

VD_GERICHTE ZA21.034495 vom 21. Januar 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.034495

FR: VD_GERICHTE ZA21.034495 du 21 janvier 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.034495 del 21 gennaio 2022

Erwägungen

E. 7

En l'espèce, la recourante fait valoir que l'événement survenu le 28 février 2020 est constitutif d'un accident, ce qui est nié par l'intimée.

- 19 - Les atteintes survenues à l'occasion d'actes médicaux peuvent constituer un accident si l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques. Une erreur de traitement peut être constitutive d'un accident dès lors qu'elle découle d'une confusion ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, sur lesquels personne ne comptait ni ne devait compter (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 97 p. 923 ; Stéphanie Perrenoud, CR-LPGA, n° 36 ad art. 4, avec les références citées). En l'occurrence, on relève d'emblée que l'événement en question est mal défini puisqu'on ignore exactement en quoi consisterait l'acte qui aurait causé la lésion musculaire litigieuse. L'événement en cause se serait produit lors d'une intervention chirurgicale de cure d'endométriose, qui n'est en tant que tel, a priori, pas de nature à causer un dommage au niveau de l'épaule. La recourante ne fait qu'émettre des hypothèses, indiquant dans un premier temps qu'elle était restée trop longtemps dans la même position, puis dans un deuxième temps qu'« elle a nécessairement été placée ou déplacée d'une manière non conforme et tout à fait inhabituelle », sans apporter le moindre élément de preuve. Elle n'a produit aucun protocole de l'opération, ni aucun document qui rendrait vraisemblable l'existence d'un incident particulier qui serait survenu durant l'intervention. Aucun médecin n'a vraiment cherché la cause de cette lésion, relevant simplement que cette dernière était apparue à la suite de l'opération du 28 février 2020. Le Dr D. _____ n'a même jamais évoqué un quelconque accident, mentionnant une origine malade de l'atteinte. Une chute du bras de la table d'opération durant l'anesthésie a été évoquée par le radiologue comme hypothèse mais n'a pas été vérifiée. Quant au Dr M. _____, il a relevé que l'assurée avait bénéficié d'une intervention gynécologique en février 2020, qu'elle avait ressenti une douleur importante dans le membre supérieur droit avec une impotence fonctionnelle dès son passage en salle de réveil, qu'elle

- 20 - mentionnait également la survenue de douleur de l'épaule gauche d'intensité moindre existant déjà auparavant, mais il a ajouté qu'on ne disposait pas de précision sur la position sur la table d'opération ou d'une complication survenue pendant cet acte. Il a constaté qu'à l'épaule droite, le bilan avait ensuite mis en évidence une déchirure musculaire qui s'était compliquée secondairement en capsulite rétractile ; on ne disposait toutefois pas du rapport de la première IRM réalisée mettant en évidence la déchirure musculaire mais d'un contrôle daté du 19 mai 2020 constatant des stigmates de déchirure en voie de cicatrisation. Il a

estimé qu'au vu de l'anamnèse, la relation de causalité était pour le moins probable entre l'événement initial qui avait causé une déchirure musculaire avec la survenue de la capsulite rétractile. Dans ses conclusions, il a précisé qu'au vu de l'anamnèse, on pouvait retenir que les troubles au niveau de l'épaule droite étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement survenu pendant l'intervention et mis en évidence dès le passage en salle de réveil. Il a ajouté que la capsulite était une complication de ce cas et était aussi à la charge de l'assurance-accidents. On constate d'emblée que ce médecin ne précise pas de quel événement il s'agit. Il n'émet aucune hypothèse sur ce qui a pu provoquer la déchirure musculaire lors de l'intervention gynécologique. Il se réfère à l'anamnèse, soit aux seules déclarations de la recourante, puisqu'il ne cite aucun document médical permettant d'attribuer les origines de l'atteinte à un acte déterminé. Il indique même ne disposer d'aucun document permettant de constater un éventuel problème durant l'intervention tel que la position sur la table d'opération ou une complication survenue pendant cet acte. Ses conclusions admettant en lien de causalité n'ont donc aucune valeur probante puisqu'il ne décrit même pas l'événement en question. Dans son avis du 5 octobre 2021, le Dr A._____ ne se prononce pas précisément sur l'origine de l'atteinte, admettant que l'événement du 28 février 2020 avait provoqué une déchirure partielle de

- 21 - quelques fibres du muscle deltoïde, mais sans donner de précision sur l'acte précis qui est à l'origine de cette atteinte. On ne dispose d'aucun argument médical ni d'élément objectif permettant de déterminer l'acte à l'origine de l'atteinte. Dans sa réponse du 17 septembre 2021, l'intimée a cependant relevé que les lésions musculaires étaient des complications connues lors d'anesthésie générale ; elle s'est référée à un document édité par les HUG (www.hug.ch/anesthesiologie/quels-sont-les-risques-anesthesie-generale) qui indique que les risques de complications pouvant survenir lors d'anesthésie générale sont notamment des lésions nerveuses, musculaires et cutanées qui sont provoquées par une position prolongée sur la table d'opération entraînant des compressions. Elles engendrent un engourdissement temporaire ou une paralysie réversible dans la quasi-totalité des cas. En l'état, il apparaît que d'autres causes qu'une éventuelle position prolongée sur la table d'opération en raison de l'anesthésie n'ont pas été mises en évidence par les médecins. Le Dr M._____, mandaté d'une expertise notamment dans le but de déterminer le lien de causalité, n'a pas estimé utile de procéder à de plus amples investigations, ni d'ailleurs les médecins traitants qui n'ont jamais émis l'hypothèse d'une erreur médicale ni d'un événement extraordinaire qui pouvait être à l'origine de l'atteinte. L'événement dont s'est prévalu la recourante lors de ses premières déclarations était un positionnement prolongé sur la table d'opération ; c'est aussi cet événement qui semble avoir implicitement été pris en considération par le corps médical. Or, cet événement est connu et prévisible en cas d'anesthésie générale et le risque de lésions musculaires qui en découle est un risque prévisible. La recourante n'apporte ainsi aucun indice permettant d'attribuer l'origine de la déchirure musculaire à un facteur extraordinaire. En conséquence, on ne peut qu'admettre l'absence d'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA.

- 22 -

E. 8

Le cas doit ainsi être examiné à la lumière de l'art. 6 al. 2 LAA. Il est admis que la déchirure des fibres musculaires est une lésion assimilée qui est à la charge de l'assurance-accidents au sens de cette disposition. L'intimée considère toutefois que cette lésion est guérie depuis le 1er juillet 2020, ce qui met fin aux prestations. La recourante

conteste la guérison et fait valoir que son cas n'est pas encore stabilisé. Il ressort des rapports médicaux au dossier que la déchirure musculaire était guérie au 1er juillet 2020. Le Dr A. _____ a notamment fondé sa conclusion sur l'IRM du 19 mai 2020 qui décrit la persistance de très discrets stigmates de déchirures musculaires dans le sus- et le sous-épineux ; le radiologue a constaté une globale normalisation des structures musculaires avec remaniements résiduels discrets post déchirure musculaire dans les muscles supra- et infra-épineux. Le Dr M. _____ indique également que le contrôle réalisé le 19 mai 2020 mettait en évidence des stigmates de déchirure en voie de cicatrisation. En revanche, il considère que cette déchirure s'est compliquée secondairement d'une capsulite rétractile, sans toutefois étayer son appréciation sur ce point. Il se limite à constater que le diagnostic de capsulite rétractile a été posé par un spécialiste (N.B. le Dr N. _____) et n'étaye ni son diagnostic ni le lien existant entre cette nouvelle atteinte et la déchirure musculaire préexistante et cicatrisée. Dans son rapport du 21 août 2020, le Dr N. _____ indique dans son anamnèse que l'assurée a développé secondairement une capsulite rétractile sans motiver ce diagnostic. Dans son rapport du 14 octobre 2020, il pose le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite post-déchirure du corps musculaire supra-épineux, infra-épineux et du chef antérieur du deltoïde et confirme que les douleurs constatées concordent avec l'événement invoqué (soit l'intervention gynécologique) sans l'étayer. Il semble admettre un lien entre, d'une part, les douleurs qui subsistent et qui seraient dues à la capsulite rétractile et, d'autre part,

- 23 - l'intervention chirurgicale qui a initialement donné lieu à une déchirure musculaire qui est rétablie (« post-déchirure »). Son rapport est toutefois sommaire et ne donne aucune explication. Il ne saurait avoir une valeur probante suffisante quant à la pose du diagnostic de capsulite rétractile compte tenu de l'avis divergent du Dr A. _____ qui est motivé de manière objective. Dans sa première appréciation du 12 novembre 2020, le Dr A. _____ avait retenu le diagnostic de capsulite rétractile sur la base des rapports médicaux au dossier, en particulier du Dr N. _____ qui ne sont pas très étayés, sans toutefois en faire une véritable analyse, et avait considéré que la durée d'incapacité de travail pour les lésions musculaires iatrogènes associées à une composante de capsulite rétractile était de 4 à 5 mois. Dans son avis du 5 octobre 2021, plus détaillé, il ne retient pas le diagnostic de capsulite rétractile et confirme le statu quo sine au 1er juillet 2020 sur la base de plusieurs éléments. D'abord, il note que les examens radiologiques ont confirmé la présence d'une tendinite du sus-épineux qui a progressivement évolué avec participation d'une tendinite du long chef du biceps et ont révélé la guérison de la déchirure musculaire. Ensuite, au vu de la récupération des amplitudes articulaires dès le 18 août 2020, il considère que le diagnostic de capsulite rétractile ne peut être démontré de manière probante. Il relève qu'en se basant sur l'article auquel le Dr M. _____ fait référence (Pierre-Alain Buchard, Cyrille Burrus et François Luthi, La capsulite rétractile de l'épaule : mise au point en 2017 ; Revue médicale suisse 2017 ; 13 : 1704), on retiendrait ce diagnostic si la rotation externe était limitée à 0°, ce qui correspond à un symptôme cardinal de la capsulite rétractile. Il ajoute qu'habituellement l'abduction et la flexion de l'épaule sont inférieures à 90° dans une telle pathologie. Or, dans le cas d'espèce, la rotation externe de l'épaule droite est de 70° au lieu de 0° et l'abduction qui est de 140°, tout comme la flexion qui est de 140°, sont supérieures aux 90° précités, ce qui ne confirme pas la présence d'une épaule gelée à droite. Il relève que lors de

- 24 - l'examen clinique d'août 2020 (du Dr N. _____), les amplitudes articulaires montraient déjà une récupération de la rotation externe à 50° et une abduction active à 140°. Puis, il constate que le Dr M. _____ a reconnu que les amplitudes articulaires de l'épaule droite étaient proches de celles de l'épaule gauche, à savoir : abduction passive à droite de 140° pour 160° à gauche, flexion passive à droite de 140° pour 150° à gauche, rotation externe de 70° à droite pour 80° à gauche et rotation interne pouce S1 à droite pour pouce L5 à gauche. Il déduit que la limitation fonctionnelle à droite est donc faible. Or, de telles limitations fonctionnelles de l'épaule droite sont davantage liées à une tendinite de la coiffe des rotateurs qu'à une capsulite rétractile. Enfin, il constate que lors de son examen clinique, le Dr M. _____ a démontré un test de Jobe positif et un test positif pour une atteinte du long chef du biceps. Selon le Dr A. _____, ces tests sont le reflet d'une tendinite respectivement du tendon du sus-épineux et du tendon du biceps et ces lésions correspondent aux découvertes de l'IRM du 1er juillet 2020. Il précise qu'en cas de tendinite de la coiffe des rotateurs, il n'est pas inhabituel de constater une légère diminution des amplitudes articulaires, comme c'est le cas chez l'assurée. En définitive, le Dr A. _____ retient qu'objectivement les lésions musculaires sont guéries depuis le 1er juillet 2020 à tout le moins, que les amplitudes articulaires de l'épaule droite sont proches de celles de l'épaule gauche, que les faibles limitations fonctionnelles de l'épaule droite sont davantage liées à une tendinite de la coiffe des rotateurs qu'à une capsulite rétractile qui n'est pas démontrée par les éléments cliniques. Ces arguments sont fondés sur une analyse objective des pièces médicales au dossier et son appréciation motivée a toute valeur probante. Les avis divergents au dossier, peu étayés et peu convaincants, ne permettent pas de jeter le doute sur l'appréciation du Dr A. _____. Dès lors qu'il a pu être constaté que la lésion assimilée qui fondait le devoir de prester était guérie au moins lors de l'IRM du 1er juillet 2020 et qu'il ne

- 25 - subsistait plus que des atteintes dégénératives au-delà de cette date, lesquelles étaient comparables à celles constatées dans l'épaule gauche en 2019 et qui expliquaient la nature et l'intensité des limitations fonctionnelles subsistantes, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations à cette date.

E. 9

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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