

VD_GERICHTE ZA22.010888 vom 2. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.010888

FR: VD_GERICHTE ZA22.010888 du 2 novembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZA22.010888 del 2 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 26 octobre 2020 à la suite de l'événement du 4 mars 2020.

E. 3

août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

- 13 - c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid.

E. 3.2

et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, la question statu quo ante ou statu quo sine est examinée sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la

- 14 - suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 3.2).

E. 4

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

- 15 - c) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V

58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.7). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

E. 5

a) En l'espèce, la recourante a été victime d'un accident le 4 mars 2020, au cours duquel, en voulant rattraper un chariot rempli de livres déséquilibré par le blocage d'une roue, elle avait été déséquilibrée à son tour et était tombée, se cognant la jambe et l'épaule droites contre des étagères. A la suite de cet accident, l'assurée a souffert de douleurs au talon d'Achille et à l'épaule droite. Demeure litigieuse la question du lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles de l'assurée, en particulier au-delà du 26 octobre 2020. L'intimée, se fondant sur l'avis de ses médecins conseils, plus particulièrement sur celui du Dr U. _____, a retenu que l'accident ne déployait plus d'effet au-delà du 26 octobre 2020 et que les plaintes douloureuses à l'épaule s'expliquaient depuis lors par les lésions d'origine exclusivement malade mises en évidence à ce moment-là. La recourante estime que les douleurs dont elle souffre toujours à l'épaule droite sont

- 16 - consécutives à l'accident, se fondant pour sa part sur les appréciations des Drs Z. _____, B. _____ et P. _____. b) Il apparaît toutefois que les appréciations des médecins conseils de M. _____ n'emportent pas la conviction. D'une part, tant le Dr G. _____ que le Dr U. _____ se sont focalisés sur une partie des douleurs décrites et sur l'existence de lésions dégénératives, pour retenir que ces dernières pouvaient conduire partiellement à une importante arthrose acromio-claviculaire. Le Dr U. _____, dont l'appréciation a fondé la décision de M. _____, justifie ainsi son analyse sur la seule présence d'atteintes dégénératives, sans prendre en compte l'entier de la situation. S'il existe bien certaines atteintes dégénératives chez la recourante, ce qu'aucun médecin ne conteste, cela ne signifie pas encore qu'aucune atteinte n'est en lien avec l'accident. L'assureur-accidents doit en effet prendre à sa charge le traitement de l'état malade préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier, tant que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (cf. consid. 3d ci-dessus). Or, le Dr Z. _____ a indiqué, dans son rapport du 7 novembre 2020, qu'il ressortait de l'imagerie d'octobre 2020 une souffrance aiguë de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'un trait de fracture toujours visible. Le Dr U. _____ ne s'est toutefois pas prononcé sur ces éléments. Il apparaît ainsi que l'arthrose n'explique qu'en partie les douleurs de l'assurée, ce qui ne suffit pas pour conclure à l'origine exclusivement malade des douleurs persistant au-delà du 26 octobre 2020. L'appréciation du Dr U. _____ repose au demeurant sur des suppositions relatives à l'âge de la recourante, ce qui ne constitue pas en soi un motif suffisant pour exclure toute origine traumatique aux douleurs. Il est également erroné de retenir, comme l'a fait le Dr U. _____, que l'assurée n'avait pas présenté d'impotence fonctionnelle immédiate, l'assurée ayant exposé le contraire dans son complément de déclaration du 28 juin 2020. On ignore également d'où le Dr U. _____ tire l'information selon laquelle le bras était tenu au corps lors de la chute, dès lors qu'il ne s'est pas entretenu avec l'assurée à l'occasion d'un examen et qu'elle ne précise pas cette information dans son complément de déclaration du 28 juin 2020 ou dans une quelconque autre

communication.

- 17 - Son appréciation se fonde ainsi sur un mécanisme de chute qui ne peut être rattaché avec certitude au cas d'espèce, ce d'autant que le Dr Z. _____ a quant à lui évoqué un mouvement forcé d'antépuulsion (cf. rapport du 7 novembre 2020). On observera encore que le Dr U. _____ s'est prononcé uniquement sur la base des pièces du dossier, sans avoir examiné une seule fois l'assurée. L'appréciation du Dr U. _____, dont on ne saurait douter de l'indépendance ou l'impartialité au seul motif qu'il est médecin conseil de l'intimé (cf. ATF 136 V 376 consid. 6.2 ; 123 V 175 ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 4.2), est en outre remise en question par l'avis des Drs Z. _____ et B. _____. Ce dernier, qui a opéré l'épaule droite de l'assurée le 15 juin 2021, a constaté à cette occasion l'absence de signe de dégénérescence ou d'usure des tendons qu'il a réparés. Il a précisé que l'arthropathie acromio-claviculaire n'avait rien à voir avec la lésion tendineuse qu'il avait réparée lors de l'opération. Le 5 octobre 2022, le Dr B. _____ a précisé que la lésion au tendon de l'assurée n'était clairement pas dégénérative, car il n'existait aucun signe dégénératif au niveau de l'IRM, ni rétractation, ni atrophie, ni musculaire, ni dégénérescence graisseuse. À sa demande, le Prof. P. _____ a d'ailleurs interprété l'imagerie ostéoarticulaire du 24 mars 2020 et constaté la présence d'une lésion distale du tendon du sus-épineux, désinsérée mais sans rétractation (cf. rapport du 7 juillet 2022). Le Dr B. _____ a expliqué que « désinsérée veut dire qu'il y a une rupture ». Aussi, comme relevé à juste titre par le Dr B. _____, le Dr U. _____ fait erreur lorsqu'il soutient que l'IRM du 24 mars 2020 ne fait état d'aucune lésion. Le Dr B. _____ a encore ajouté que les autres examens radiologiques avaient mis en évidence des lésions, dont une lésion de la coiffe des rotateurs, sans signe dégénératif. Au vu de ce constat, il n'y avait, selon le Dr B. _____, aucune raison de prétendre que la lésion de la coiffe était de type dégénératif. Son raisonnement peut être suivi. Compte tenu de l'ensemble de ses éléments, le Dr B. _____ a conclu, de manière convaincante, que la lésion du tendon sus-épineux mise en évidence à l'IRM du 24 mars 2020 et réparée lors de l'intervention du 15 juin 2021 était imputable à l'accident du 4 mars 2020, selon une probabilité supérieure à 50 %.

- 18 - Il est ainsi erroné de prétendre, comme le fait le Dr U. _____, que l'IRM du 24 mars 2020 n'a pas mis en évidence de lésion. Partant, le Dr U. _____ ne pouvait conclure que les atteintes subsistant au-delà du 26 octobre 2020 étaient dues à une atteinte d'origine exclusivement malade. On précisera, à toutes fins utiles, que le fait pour l'assurée de n'avoir jamais ressenti de douleurs à l'épaule droite par le passé ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre son atteinte et l'événement litigieux (raisonnement « post hoc ergo propter hoc », cf. consid. 3b in fine ci-dessus). Il apparaît en conséquence que les appréciations du Dr U. _____ ne pouvaient être suivies et que l'avis du Dr B. _____ est plus convaincant. c) La recourante a également souffert de son genou droit, des suites de l'accident. Or, il apparaît que le 26 octobre 2020 le cas n'était pas stabilisé s'agissant du genou droit. En effet, ce n'est que dans son rapport du 7 novembre 2020 que le Dr Z. _____ a indiqué que la souffrance fémoro-patellaire avait disparu. En avril 2021, il a rapporté que le genou de l'assurée s'était à nouveau bloqué le 26 mars 2021 après une marche avec dénivelés négatifs et qu'une prise en charge conservatrice devait être privilégiée. Or, on ignore si un traitement a bien été prodigué à la suite de cet événement, lequel n'a quoi qu'il en soit pas fait l'objet d'une déclaration de rechute. Vu ce qui précède, M. _____ ne pouvait pas mettre fin à ses prestations au 26 octobre 2020, s'agissant de l'atteinte au genou droit, dès lors que le cas ne pouvait être considéré comme stabilisé avant

le 7 novembre 2020. c) Vu ce qui précède, M. _____ ne pouvait pas se fonder sur les avis de ses médecins conseils, ceux-ci ne pouvant être qualifiés de probants. Elle devait ainsi continuer à prendre en charge le cas et verser ses prestations au-delà du 26 octobre 2020, dès lors que les lésions

- 19 - opérées le 15 juin 2021 étaient encore dues à l'accident, et ce aussi longtemps que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi (statu quo sine).

E. 6

a) Au final, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée, en ce sens que M. _____ devra prendre en charge les suites de l'événement du 4 mars 2020 au-delà du 26 octobre 2020. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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