

VD_GERICHTE ZA24.040957 vom 3. Dezember 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.040957

FR: VD_GERICHTE ZA24.040957 du 3 décembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZA24.040957 del 3 dicembre 2025

Erwägungen

E. 25

janvier 2023 peut être qualifié d'accident (art. 6 al. 1 LAA), subsidiairement si la lésion qui en est résulté constitue une lésion assimilée (art. 6 al. 2 LAA). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327

- 10 - consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). Par ailleurs, 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 des conséquences graves ou inattendues. Il 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, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; STÉPHANIE PERRENOUD, in ANNE-SYLVIE DUPONT/MARGIT MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2e éd. Bâle 2025, n. 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n. 88 p. 922). En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié 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, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1 ; PERRENOUD, op. cit., n. 28 ad art. 4 LPGA

; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 97 p. 923 s.). Les habitudes professionnelles sont avant tout prises en compte dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire. En revanche, s'agissant des mouvements non coordonnés du corps, un facteur extérieur extraordinaire

- 11 - doit être admis lorsque ledit mouvement est entraîné par un phénomène extérieur qui modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 4.2). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie

- 12 - 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). d) 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 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.2). 4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de fractures (let. a), déboîtements d'articulations (let. b), déchirures du ménisque (let. c), déchirures ou élongations de muscles (let. d et e), déchirures de tendons (let. f), lésions de ligaments (let. g) et lésions du tympan (let. h), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGa, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à

plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPG, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en

- 13 - charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). 5. 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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

- 14 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 6.2). 6. a) In casu, l'assurance-accidents intimée a refusé de servir des prestations, considérant, dans sa décision sur opposition du 10 juillet 2024, que l'événement survenu le 25 janvier 2023 n'était pas un accident et que l'atteinte à l'épaule gauche en découlant n'était pas une lésion corporelle assimilée à un accident. b) L'intimée a, à juste titre, considéré que l'événement du

25 janvier 2023 n'est pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, selon les déclarations du recourant, il exerçait une pression sur une presse, lorsqu'il a ressenti une douleur, décrite comme un claquage, qui lui a immédiatement bloqué le bras gauche. Il n'y a donc pas eu de facteur extérieur à l'origine de l'atteinte subie par celui-ci à l'épaule gauche. En outre, quoi qu'en dise le recourant, malgré les dernières allégations ressortant de son courrier du 17 février 2025 et de ses annexes, on ne saurait retenir le caractère extraordinaire de l'effort fourni par celui-ci pour utiliser la presse. A teneur de ces éléments, dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle de chef monteur, il avait notamment pour tâche de vérifier et mettre en œuvre les plans de construction, de superviser, coordonner et diriger la réalisation des différents travaux, de suivre l'exécution des étapes du travail qui lui étaient confiées ainsi que

- 15 - d'en suivre l'avancement et d'en vérifier la qualité. Le recourant précise cependant que, lors de l'événement litigieux, il était en train d'expliquer le fonctionnement de la presse à son équipe, tâche qui entrainait manifestement dans son cahier des charges, ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas. Cela implique qu'il savait manier la presse et disposait des capacités physiques requises pour l'utiliser, puisqu'il lui incombait de former son équipe à son fonctionnement. Le recourant ne prétend au demeurant pas avoir mal utilisé la presse ou avoir effectué un faux mouvement. L'événement du 25 janvier 2023 ne répondant pas à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, le recourant ne peut ainsi pas se fonder sur l'art. 6 al. 1 LAA pour obtenir des prestations de l'assurance-accidents. En l'absence d'un accident au sens de cette disposition, il convient d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.2 ; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1). c) Dans la décision attaquée, l'intimée a considéré que l'atteinte du recourant à l'épaule gauche était due à un état dégénératif préexistant, de sorte qu'il ne pouvait également pas prétendre à des prestations de l'assurance-accidents sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA. L'intimée s'est fondée sur des appréciations des 2 mai et 12 décembre 2023 de la Dre B. _____, médecin d'assurance. De son côté, le recourant conteste les conclusions de cette médecin qu'il estime infondées. En premier lieu, il convient de relever qu'il ressort de la totalité des rapports médicaux figurant au dossier que l'épaule gauche du recourant présente des dégénérescences, ce que le recourant ne conteste pas. Dans son acte de recours, il se fonde sur des articles de revues médicales et sur des rapports du 21 juin 2023 de son médecin traitant et du 5 novembre 2024 des Drs P. _____ et I. _____ pour contester les conclusions de la médecin d'assurance. Or, le recourant ne peut rien tirer des articles de revues auxquels il se réfère, ceux-ci étant insuffisants pour contester les conclusions réalisées en l'espèce par les médecins qui ont examiné son cas, étant précisé que la Cour de céans ne saurait faire de la

- 16 - médecine (cf. TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 5. 2 et la référence citée ; TF 8C_781/2011 du 11 octobre 2012 consid. 6.2). Par ailleurs, dans le certificat médical établi le 21 juin 2023, le Dr U. _____ se limite à indiquer que le recourant ne l'a pas consulté en lien avec une pathologie de l'épaule gauche avant l'événement du 25 janvier 2023, ce qui s'avère être insuffisant pour exclure que les lésions dégénératives mises en évidence par les rapports médicaux existaient déjà avant l'événement en question mais étaient asymptomatiques. Quant à la « réponse » adressée le 5 novembre 2024 à Me Puertas par les Drs P. _____ et I. _____, ces médecins ne soutiennent pas que les lésions de l'épaule du recourant seraient traumatiques et ne nient pas l'existence de la dégénérescence de ce membre. En tout état de cause, aucun médecin ne contredit la Dre B. _____, en tant que

la médecin d'assurance constate que le mécanisme de l'événement litigieux n'est pas propre en soi à engendrer les atteintes à l'épaule dont souffre le recourant. En effet, dans leur « réponse » du 5 novembre 2024, les Drs P. _____ et I. _____ relèvent à ce propos que « le mécanisme de l'accident est discutable, mais le patient a consulté le jour même suite à un événement soudain ». Ainsi, ces médecins estiment que la pression d'une presse n'est pas propre à causer l'atteinte à l'épaule gauche, tout en faisant un raisonnement post hoc ergo propter hoc insuffisant pour établir l'origine traumatique de la lésion subie à ce membre (cf. consid. 3c supra). Les conclusions de la Dre B. _____ ne sont remises en doute par aucun élément du dossier, même si elles sont brèves. L'analyse de la médecin d'assurance tient en outre compte de la totalité des pièces pertinentes au dossier. Ainsi, dans sa seconde appréciation du 12 décembre 2023, après avoir pris connaissance des nouveaux éléments médicaux récoltés, la médecin d'assurance maintient ses conclusions initiales. Elle y observe que le chirurgien traitant a confirmé l'existence de lésions dégénératives et que l'imagerie IRM du 21 février 2023 confirme l'atteinte musculaire du sous-scapulaire Goutallier 2-3 et du sus-épineux Goutallier 2, correspondant à une atteinte de la coiffe chronique survenant

- 17 - après trois ans lorsque le tendon est rompu. En outre, la Dre B. _____ conclut que d'un point de vue biomécanique, l'action décrite (soit l'appui sur une barrière avec une grosse presse lourde) ne peut pas provoquer une rupture massive de la coiffe des rotateurs sur une épaule saine. Ainsi, selon elle, une rupture de la coiffe au moins partielle de l'épaule gauche du recourant était présente avant l'événement du 25 janvier 2023, ceci pour le moins de manière probable. La médecin d'assurance confirme également une calcification ronde infra centimétrique de l'insertion de la coiffe sur le trochiter (chondrocalcinose) qui correspond vraisemblablement à une maladie calcifiante, soit un facteur favorisant les ruptures de la coiffe. Sur ce dernier point, les Drs P. _____ et I. _____ partagent un autre avis, estimant qu'une chondrocalcinose ne peut pas être mise en relation comme facteur de risque pour une possible lésion de la coiffe. Cela est sans importance pour l'issue du litige. En effet, leur position ne remet pas en doute les autres conclusions précédemment exposées de la Dre B. _____ et ne permet pas de reconnaître que les atteintes à l'épaule gauche du recourant seraient de manière prépondérante dues à l'événement du 25 janvier 2023. d) Il découle de ce qui précède que le recourant ne peut également pas se fonder sur l'art. 6 al. 2 LAA pour obtenir des prestations de l'assurance-accidents. 7. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il y ait lieu de donner suite aux requêtes formulées par le recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire ainsi qu'à son audition personnelle et à celle de deux médecins comme témoins. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

- 18 - 8. a) En définitive, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision sur opposition litigieuse. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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