

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2010

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

B._____, à Etoy, recourant, représenté par Protekta Assurance de protection juridique SA, à Lausanne

et

K._____, à Lausanne, intimée

Art. 1 al. 1 et 6 al. 1 et 2 LAA; 4, 58, 61 let. a et g LPGA; 9 al. 2 OLAA; 55 LPA-VD

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré), né le 21 juin 1984, travaille depuis le 1^{er} décembre 2008 en qualité de boucher pour la société V._____. Par l'intermédiaire de cet employeur, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de K._____ (ci-après : K._____).

La déclaration de sinistre LAA remplie par l'employeur, signée par L._____ et reçue par la K._____ le 5 juin 2009 mentionne que l'assuré s'est "démis l'épaule" le 27 mai 2009 aux environs de 17 heures 30. Il est précisé qu'il s'agit d'un accident et que la partie lésée est l'épaule droite.

Selon le certificat médical établi le 28 mai 2009 par le Dr X._____ de l'Hôpital M._____, l'assuré a été en incapacité de travail du 28 mai 2009 au 8 juin 2009 y compris.

Sur le questionnaire relatif aux circonstances de l'accident qu'il a adressé à l'intimée le 22 juin 2009, l'assuré a indiqué que l'accident était intervenu sur son lieu de travail, dans le cadre d'une activité habituelle et dans des circonstances normales, et qu'il ne s'était rien produit d'inhabituel (chute, glissade, etc.). Il a précisé que son employeur avait été témoin de l'accident.

Dans le rapport médical initial AA du 29 juin 2009, le Dr X._____ a indiqué qu'il s'agissait du 3^{ème} épisode de luxation de l'épaule droite, que celui-ci était intervenu lors d'une activité de balayage et que les lésions étaient dues uniquement à l'accident. Il a indiqué que le traitement était terminé le 28 mai 2009.

La facture du 2 juillet 2009 de l'Hôpital M. _____ relative au traitement médical reçu par l'assuré le 28 mai 2009 fait état d'un montant de 306 fr. 20.

Le rapport établi le 1^{er} septembre 2009 par un collaborateur de K. _____ indique ce qui suit :

"(...)

Sur demande l'assuré, je me suis rendu ce matin à la boucherie V. _____ à Préverenges. (...)

Le patron m'a finalement tout juste laissé poser 3 questions à l'employé, dans le magasin heureusement vide de clients à ce moment ...

- circonstances : balayait dans le laboratoire (là où l'on désosse... et a ressenti une violente douleur dans l'épaule. Ne se souvient pas d'un choc particulier (le patron, qui intervient sans cesse, me demande si je sais ce que c'est qu'un bête faux mouvement...). A consulté de suite vu la douleur, le traitement est terminé et il ne compte pas prendre de RDV chez le médecin, n'ayant plus de problèmes à ce jour.
- antécédents : a déjà eu un ou deux problèmes identiques il y a longtemps, mais ne peut me donner de date ni me dire qui a pris en charge les frais (au service du PA depuis déc. 08, mais ces anciens événements ont eu lieu bien longtemps avant, voir avant l'apprentissage...).

(...)"

Par décision du 7 septembre 2009, la K. _____ a refusé de prendre le cas de l'assuré à sa charge. Elle a motivé sa décision par le fait que lors de l'événement du 27 mai 2009, il ne s'est rien produit de particulier, comme un coup, une chute ou une glissade, de sorte qu'elle ne peut que conclure à l'absence d'une cause extérieure extraordinaire. Considérant que l'assuré n'a par conséquent pas été victime d'un accident et qu'il ne s'agit pas non plus d'une lésion assimilable à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA, en l'absence d'un facteur extérieur déterminé et d'une importance significative, elle a décliné son intervention dans cette affaire, en précisant que le cas relevait de l'assurance-maladie, à qui il incombait de prendre en charge les frais de traitement.

Par acte du 7 octobre 2009, l'assuré a formé opposition à la décision précitée en ces termes :

"(...)

En effet, lors du passage de votre expert, je lui ai bien précisé que c'est lors **du choc du balai racleur contre une armoire** que mon épaule s'est démonté instantanément et non suite au simple balayage qu'une douleur soudaine est apparue. (...)

Dès lors je vous prie de reconsidérer votre position.

(...)"

Le 7 octobre 2009, l'employeur de l'assuré a également déclaré former opposition à la décision du 7 septembre 2009. L'acte a été contre-signé par l'assuré. L'employeur a fait valoir qu'en nettoyant le sol, son employé a reçu "le tire-eau en métal avec retour caoutchouc dans l'épaule", et qu'il s'agit par conséquent d'un accident "suite à la manutention" d'un objet non d'un cas de maladie.

Par décision sur opposition du 9 octobre 2009, la K. _____ a confirmé sa décision du 7 septembre précédent refusant de prendre en charge le cas de l'assuré. L'intimée a confirmé les motifs de sa décision, en précisant que la description de l'événement du 27 mai 2009 telle que présentée par l'assuré dans son opposition ne pouvait être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante, la jurisprudence en la matière donnant la préférence à la version des faits que l'assuré a formulée lorsqu'il en ignorait les conséquences juridiques, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures.

B. Par acte du 6 novembre 2009, B. _____, représenté par Protekta Assurance de protection juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition de l'intimée du 9 octobre précédent, en concluant, principalement à la réforme en ce sens que l'événement subi le 27 mai 2009 par l'assuré est pris en charge par la K. _____. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a requis la fixation

d'un délai pour formuler des observations complémentaires, produire toute pièce utile et demander l'audition de parties ou d'éventuels témoins. Il a fait valoir que la lésion subie lors de l'événement du 27 mai 2009 devait être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, le mouvement de balayage au moyen d'un balai racleur dans un laboratoire de boucherie étant assimilable au fait de faire un mouvement brusque, soit à la présence d'une situation de risque accru, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral à ce propos (TFA, U 90/03, arrêt du 31 octobre 2003).

Par réponse du 15 décembre 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens.

Par courrier du 17 décembre 2009, le juge instructeur a imparti au recourant un délai au 14 janvier 2010 pour fournir ses explications complémentaires, produire toutes pièces éventuelles et présenter des réquisitions (expertise, audition de témoins etc.).

Le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai fixé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'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 ouverte pas sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour

statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

b) En vertu de l'art. 83c LOJV (loi vaudoise d'organisation judiciaire; RSV 173.01), lorsqu'elle statue, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est en principe composée de trois magistrats. L'art. 83c al. 2 LOJV réserve toutefois l'art. 94 LPA-VD, disposition prévoyant, dans le domaine des assurances sociales, qu'un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. et sur ceux interjetés contre un prononcé d'amende (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, selon le rapport médical du Dr X._____, le traitement du recourant, qui a induit une facture médicale de 306 fr. 20, est terminé. L'arrêt de travail du recourant a duré une semaine. La valeur litigieuse étant ainsi manifestement inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en qualité de juge unique.

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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 (art. 4 LPGA).

b) L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que 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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), 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 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b, et les références; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2^{ème} éd., 1989, p. 202). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident 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 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, 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). 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_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références).

c) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant 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 LPGGA). 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 présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple

facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_194/2009 du 11 août 2009, consid. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008, consid. 2.1).

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 telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée 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 sollicité le corps, en particulier les membres, de manière 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_194/2009 du 11 août 2009, consid. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). Précédemment, dans un arrêt du 6 octobre 2006 (TFA, U 205/06 consid. 3), le Tribunal fédéral a estimé que le facteur extérieur fait défaut, lorsque l'assuré soulève simplement une lourde poêle dans la cuisine. Il indique que cette activité s'inscrit dans le cadre des activités habituelles (professionnelles) de l'assuré, par analogie avec l'exemple a) cité dans l'arrêt 129 V 466 consid. 4.3 (".. après plusieurs luxations d'épaule d'origine malade, l'assuré ressent à nouveau un jour des douleurs, à ce niveau, quand, dans le cadre d'une activité professionnelle ordinaire, il saisit à bras tendu un sac en plastique pesant une vingtaine de kilos sur le

pont d'un camion"). Le Tribunal fédéral a conclu de la même façon, dans un arrêt récent du 23 octobre 2009 (TF, 8_C319/2009); il a en effet jugé que le mouvement litigieux rentrait dans le cadre des activités quotidiennes habituelles de la profession et ne comportait, de ce fait, pas de potentiel lésionnel accru.

3. a) En l'espèce, l'intimée admet à juste titre que l'atteinte à la santé du recourant (luxation de l'épaule droite) relève bien d'un cas d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. ATF 123 V 43). Elle soutient par contre que le droit à des prestations d'assurance en application de cette disposition doit être nié en raison de l'absence d'un facteur extérieur dommageable. Le recourant retient au contraire, compte tenu du déroulement de l'événement, un risque de lésion accru.

b) Avant d'examiner si l'on est en présence d'un événement sortant du cadre de la sollicitation normale du corps et donc générant un risque de lésion accru (cf. consid. 2c infra), il convient d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante généralement applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b p. 360 et les références), le déroulement de l'événement du 27 mai 2009. A cet égard, il y a lieu de se fonder sur les déclarations de l'assuré, en tenant compte du fait que selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; 115 V 143 consid. 8c; TF, 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2).

La déclaration de sinistre LAA reçue par l'intimée le 5 juin 2009, établie par l'employeur selon les indications de l'assuré, indique seulement que celui-ci s'est démis l'épaule droite, sans plus de précisions quant aux circonstances de l'événement. Il ressort toutefois du dossier

que le recourant a indiqué au médecin qu'il a consulté le 28 mai 2009 avoir ressenti une forte douleur à l'épaule droite alors qu'il balayait (rapport médical initial AA du 29 juin 2009 du Dr X._____). Lorsque le collaborateur de l'intimée a interrogé l'assuré sur les circonstances de l'événement le 1^{er} septembre 2009, le recourant s'est contenté de répondre qu'il balayait. L'employeur a d'ailleurs interpellé le collaborateur de la K._____ en lui demandant s'il savait ce qu'était un "bête faux mouvement". Ce n'est que dans l'acte d'opposition du 7 octobre 2009 que le recourant a fait valoir que c'est "lors du choc du balai racleur contre une armoire que mon épaule s'est démontée instantanément et non suite au simple balayage qu'une douleur soudaine est apparue". Or, il faut constater que cette version est apparue alors que le recourant savait que son assureur LAA ne voulait pas prendre en charge la lésion en question. Enfin, cette version entre elle-même en contradiction avec celle que l'employeur a présentée à l'intimée par lettre d'opposition du 7 octobre 2009, à qui il a expliqué que son employé a reçu "le tire-eau en métal avec retour caoutchouc dans l'épaule" et qu'il s'agit par conséquent d'un accident "suite à la manutention" d'un objet non d'un cas de maladie.

Dans ces circonstances, au vu du caractère concordant des premières déclarations que l'assuré a faites tant au Dr X._____ lors de la consultation du 28 mai 2009 qu'au collaborateur de l'intimée le 1^{er} septembre 2009, des circonstances dans lesquelles est apparue la nouvelle version rapportée par le recourant dans son acte d'opposition et du fait que l'employeur a, le 7 octobre 2009 également, exposé une troisième version des faits qui est en contradiction avec celle du recourant, il convient de s'en tenir aux premières déclarations concordantes du recourant alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques. La cour de céans retient ainsi que le recourant a ressenti une vive douleur à l'épaule droite alors qu'il balayait le laboratoire de désossage de son employeur.

c) Il convient maintenant d'examiner si le fait pour l'assuré de balayer le laboratoire de désossage constitue un événement sortant du cadre de la sollicitation normale du corps et donc générant un risque de

lésion accru au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 2c supra).

Il ressort du dossier que le recourant travaille en qualité de boucher pour le compte de V._____ depuis le 1^{er} décembre 2008. Dans le questionnaire relatif au sinistre du 27 mai 2009, à la question "s'agissait-il d'une activité normale ?", le recourant a répondu "oui". Il a fait de même en répondant à la question "s'est-elle déroulée dans des circonstances normales ?". Enfin, à la question "Ou s'est-il produit quelque chose de particulier ?", le recourant a répondu "non". Ainsi, on doit déduire des déclarations du recourant que balayer entrerait manifestement dans le cadre des activités qu'il exerçait régulièrement, voire quotidiennement. Vu le caractère banal de cette activité et la nature de celle-ci, qui n'est pas telle qu'elle générerait elle-même un risque de lésion accru, en l'absence de mouvement incontrôlé sous l'influence de phénomènes extérieurs, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'apparaît pas donnée en l'espèce. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que l'on n'est pas en présence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et qu'elle a refusé d'allouer des prestations.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 9 octobre 2009 par la K._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Protekta Assurance de protection juridique SA, à Lausanne (pour le recourant),
- K._____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :