

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche, juge, et Dormond Béguelin, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

ASSURA-BASIS SA, au Mont-sur-Lausanne, recourante,

et

HELVETIA Compagnie Suisse d'Assurances SA, à Saint-Gall, intimée,

ainsi que

B. _____, à **Z.** _____, appelé en cause.

Art. 4 et 64 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 9 al. 2 let. f aOLAA

E n f a i t :

A. a) Né en 1958, B. _____ (ci-après : l'assuré) travaillait depuis le 1^{er} mai 1999 en qualité d'employé technico-commercial au service de la société U. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA (ci-après : Helvetia ou l'intimée).

Le 9 mars 2015, l'assuré a été victime d'un incident alors qu'il était en train de charger deux cartons d'un poids approximatif de quarante kilos dans un véhicule utilitaire. Dans la déclaration d'accident qu'il a remplie à l'attention de l'assureur-accidents en date du 26 avril 2015, l'intéressé a décrit les événements de la manière suivante :

Pour stabiliser le chargement d'un véhicule, j'ai dû rentrer à genou dans le coffre par l'avant, et après un premier mouvement où j'ai fini à plat ventre, j'ai changé de position et me suis tenu au poignée du plafond de la main droite pendant que la gauche soulevait le 2^{ème} gros carton ... et j'ai senti une douleur dans l'épaule gauche.

b) Les examens radiographiques effectués à la suite de cet incident ont mis en évidence une déchirure transfixiante de la portion antérieure et centrale du tendon du muscle sus-épineux ainsi qu'une lésion SLAP II, toutes deux à l'épaule gauche (cf. compte-rendu de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 24 mars 2015 ainsi que le rapport du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 24 avril 2015).

Le 2 juin 2015, le dossier de l'assuré a été soumis au médecin-conseil d'Helvetia, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. A la question de savoir si les lésions mises en évidence sur l'arthro-IRM étaient imputables au déplacement d'un carton ou si elles étaient la conséquence d'un événement traumatique avec glissade et chute sur l'épaule, le Dr C. _____ a considéré que le déplacement d'un carton ne pouvait pas

causer des lésions telles que celles objectivées sur l'arthro-IRM et a rappelé qu'avec une chute « tout peut arriver ».

c) Par décision du 5 juin 2015, Helvetia a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 9 mars 2015, au motif que celui-ci ne constituait pas un accident au sens de la loi faute de facteur extérieur. Une copie de cette décision a été communiquée à Assura-Basis SA, assureur-maladie de B._____.

d) En date du 14 juin 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision, alléguant que la lésion traumatique subie était due à la chute survenue lors de l'incident du 9 mars 2015

e) Le 29 juin 2015, Assura-Basis SA s'est également opposée à la décision rendue par Helvetia. Elle a fait valoir que l'assuré s'était blessé à l'épaule en déplaçant un carton lourd dans un véhicule et qu'il souffrait depuis lors d'une rupture du tendon sus-épineux de l'épaule, laquelle constituait une lésion assimilée à un accident.

f) Statuant par décision sur opposition du 21 octobre 2015, Helvetia a rejeté les deux oppositions formées contre sa décision du 5 juin 2015. D'après la description de l'événement, il n'y avait pas eu le jour de l'incident « *une circonstance particulière qualifiable de facteur extérieur, modifiant la relation entre le corps et l'environnement extérieur, de telle sorte que le mouvement en question avait provoqué une prise de risque accrue, nécessitant une sollicitation du corps, physiologiquement plus élevée que la normale et dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique* ». Par ailleurs, aucun facteur exogène au corps humain n'avait été constaté lors de cet incident. L'événement du 9 mars 2015 ne pouvait qu'être qualifié de banal et ne permettait pas d'admettre que l'assuré avait été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) ni d'une lésion assimilée à un accident au sens de

l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

B. **a)** Par acte du 18 novembre 2015, Assura-Basis SA a formé recours devant la Cour de céans, en concluant à ce que Helvetia soit condamnée à prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 9 mars 2015. Il était admis en l'espèce que les lésions subies par l'assuré faisaient suite au mouvement/déplacement d'un carton dont le poids était estimé à 40 kg. L'assuré étant droitier, le fait de se tenir à la poignée du plafond de la main droite pendant que la gauche déplaçait/soulevait le deuxième carton constituait un risque de lésion non pas extraordinaire, mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme. Il convenait d'admettre que le mouvement exécuté par l'assuré avait requis une sollicitation particulière du corps et était d'une importance suffisante pour constituer ne serait-ce qu'un facteur déclenchant des lésions au tendon sus-épineux de l'épaule gauche.

b) Reprenant dans sa réponse du 12 février 2016 l'argumentation développée dans la décision litigieuse, Helvetia a conclu au rejet du recours.

c) Appelé en cause, B._____ a produit des déterminations datées du 15 juin 2016, dans lesquelles il a notamment décrit plus précisément les circonstances de l'incident.

d) Invitées à se déterminer sur la prise de position de B._____, Helvetia et Assura-Basis SA ont persisté dans leurs conclusions (détermination du 5 juillet 2016 et courrier du 11 juillet 2016).

E n d r o i t :

1. **a)** Sous réserve de dérogation expresse, les dispositions de la LPGA 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 pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 9 mars 2015.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. 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, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, 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, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, 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 139 V 327 consid. 3.1).

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi 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 qui présente 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. 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 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 remplie 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 requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, 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_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu 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; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et la référence).

Cette réglementation 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_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions aient au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que les examens pratiqués pour rechercher l'origine des troubles présentés par B._____ ensuite de l'événement du 9 mars 2015 ont mis en évidence une rupture transfixiante du tendon du muscle sus-épineux de l'épaule gauche. Dans la mesure où elle constitue une déchirure tendineuse, elle doit être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA. L'assuré a

également présenté, toujours à l'épaule gauche, une lésion de type SLAP II (décollement du labrum et du tendon du biceps de la glène).

5. Cela étant, il convient d'examiner si la cause de ces blessures peut être rapportée à un événement assimilable à un accident.

a) Il ressort de la description faite par l'assuré de son accident, des explications que celui-ci a données dans le cadre de sa prise de position sur le recours ainsi que du courrier que le Dr J. _____ a adressé à Helvetia le 17 juin 2015 que l'origine de la lésion ne se trouve pas dans les efforts consentis pour déplacer le deuxième carton, mais dans la chute qu'il a faite en déplaçant le premier carton. Les efforts pour déplacer le deuxième carton n'ont fait en réalité que mettre en évidence la lésion subie au cours de la chute. Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte que l'assuré se trouvait dans un environnement confiné, à savoir le coffre d'un véhicule utilitaire, lieu qui empêchait toute application de mesures d'hygiène posturale, et que la moquette au fond du coffre était humide et, partant, glissante.

b) Compte tenu de l'existence d'une chute, soit d'un mouvement non coordonné, il convient d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie, si bien que, pour ce motif déjà, le caractère accidentel de l'incident du 9 mars 2015 doit être admis.

c) Même si l'existence d'une cause extérieure extraordinaire devait être niée, il convient en tout état de cause d'admettre l'existence de circonstances particulières qualifiables de facteur extérieur. Les gestes que devaient effectuer l'assuré afin de déplacer les cartons consistaient, compte tenu des circonstances, en des sollicitations du corps physiologiquement plus élevées que la normale. Les efforts exercés sur le corps de l'assuré ne pouvaient raisonnablement être assimilés à des gestes de la vie quotidienne, tels que se lever, se coucher, se déplacer ou s'asseoir. Au surplus, il ne ressort d'aucune pièce du dossier que l'épaule gauche de l'assuré présentait des lésions dégénératives préexistantes.

6. a) Les frais de traitement sont à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (principe de la *priorité absolue* ; art. 64 al. 1 LPGA). Si les conditions de la LAA sont remplies, ces frais sont pris en charge en priorité et en totalité par l'assureur-accidents (art. 64 al. 2 let. b LPGA). Il en répond même si l'atteinte à la santé n'est qu'en partie imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA ; cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^e éd., 2016, n. 482, p. 1036). Par l'adoption de l'art. 36 LAA, le législateur a voulu éviter que l'assuré ne doive s'adresser pour un même dommage à plusieurs assureurs (assureurs-accidents et assureur-maladie). Il s'est aussi agi d'empêcher une multiplication des procès en matière de réduction pour état antérieur (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 381, p. 1015).

b) En l'occurrence, dans la mesure où les atteintes présentées par B. _____ à l'épaule gauche sous la forme d'une déchirure transfixiante du tendon du muscle sus-épineux et d'une lésion de type SLAP II sont imputables à l'accident du 9 mars 2015, il incombe à l'assureur-accidents Helvetia de les prendre en charge, quand bien même, selon la doctrine médicale, une lésion SLAP II peut être associée à la présence de troubles dégénératifs préexistants tels que l'arthrose gléno-humérale ou une tendinite de la coiffe des rotateurs (Kim TK et al., Clinical Features of the Different Types of SLAP Lesions, Journal of Bone and Joint Surgery 2003 Jan ; 85 (1) : 66-71 ; TFA U 101/06 du 19 juin 2006 consid. 4.1).

7. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge l'ensemble des lésions résultant de l'événement accidentel survenu le 9 mars 2015.

b) La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité pour les frais de procès aux organismes chargés de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4a).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 octobre 2015 par Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA est annulée.

- III.** Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 9 mars 2015.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Assura-Basis SA,
- Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA,
- M. B. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

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).

Le greffier :