



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 39

Arrêt du 14 janvier 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière :	Isabelle Schuwey

Parties

ASSURA-BASIS SA, recourante

contre

AXA WINTERTHUR, autorité intimée

concernant l'assuré **A.**_____

Objet

Assurance-accidents

Recours du 14 février 2018 contre la décision du 15 janvier 2018

considérant en fait

A. Le 7 avril 2017, A. _____, né en 1979, a déclaré à son assurance-accidents AXA Winterthur (ci-après : AXA) un évènement survenu le 8 mars 2017, lors duquel il s'était blessé au coude droit en rattrapant un poids de 25 kg à l'occasion d'une séance de sport.

Le cas a dans un premier temps été pris en charge par AXA.

Sur la base de l'avis de son médecin-conseil, le Dr B. _____, AXA, par décision du 25 septembre 2017, a ensuite refusé la prise en charge du cas, tout en renonçant à demander le remboursement des prestations déjà effectuées, au motif qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre l'évènement du 8 mars 2017 et les troubles de l'assuré.

Tant l'assuré que son assurance-maladie, Assura-Basis SA (ci-après : Assura), ont formé opposition.

Par décision du 15 janvier 2018, AXA a confirmé son refus de prestations au motif que l'évènement du 8 mars 2017 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA et qu'il ne s'agit pas non plus d'un cas de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 LAA.

B. Contre cette décision, Assura interjette recours le 14 février 2018. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge de l'évènement du 8 mars 2017 par l'assureur-accidents en tant que lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Elle se réfère à cet égard à l'avis de son propre médecin-conseil, le Dr C. _____.

Dans ses observations du 5 mars 2018, AXA propose le rejet du recours. En substance, elle considère que l'appréciation du Dr B. _____, selon lequel les lésions constatées sont exclusivement dégénératives et ne constituent pas une lésion assimilée, est plus convaincante que celle du médecin-conseil de la recourante.

À l'appui de ses contre-observations du 29 mars 2018, la recourante produit un nouveau rapport médical du Dr C. _____.

Le 4 mai 2018, AXA confirme sa position en se référant au rapport d'un autre médecin-conseil, le Dr D. _____.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante étant, en tant qu'assureur-maladie, directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2017 et dès lors applicable au cas d'espèce, si la présente 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.

Selon l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort.

La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées).

2.2. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie:

- 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.

Ainsi, en cas de lésion corporelle figurant dans cette liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (cf. Conseil fédéral, Message du 30 mai 2008 relatif à la modification de la loi sur l'assurance-accidents, FF 2008 p. 4893).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie.

3.

3.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351).

Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

3.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

3.3. Selon la jurisprudence rendue certes sous l'empire de l'ancien droit mais toujours applicable dans son principe, une lésion « assimilée à un accident » ne l'est qu'aussi longtemps que son origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion

« assimilée à un accident », à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

L'origine malade ou dégénérative des lésions doit quoi qu'il en soit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (arrêt TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.3).

4.

Est litigieuse, en l'espèce, la responsabilité de l'assureur-accidents pour les atteintes au coude droit de l'assuré.

L'assurance-maladie de ce dernier estime, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, que ces lésions doivent être considérées comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, de sorte qu'elles doivent être prises en charge par l'assurance-accidents.

Pour sa part, l'autorité intimée se réfère à l'avis de ses propres médecins-conseil, lesquels considèrent tous deux que les lésions sont exclusivement de nature dégénérative et non traumatique.

Qu'en est-il ?

4.1. Il s'agit de se référer au dossier.

Selon la déclaration LAA du 7 avril 2017, lors d'un entraînement de sport le 8 mars 2017, l'assuré a ressenti une forte douleur dans l'avant bras « *en rattrapant un disque de 25 kg qui tombait par terre* » (dossier intimée, pièce A1).

Consulté le 7 avril 2017, le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine du sport, a constaté une « *douleur insertion proximale des fléchisseurs, dépression palpable* » et a retenu le diagnostic provisoire de « *déchirure à l'insertion des fléchisseurs main/doigts* » (premier certificat médical LAA du 1^{er} mai 2017, dossier intimée, pièce M1).

Dans un rapport complémentaire du 12 juin 2017 adressé à l'assureur intimé, ce médecin a confirmé le diagnostic de « *déchirure partielle tendon fléchisseurs doigts* », ainsi que de « *tendinopathie secondaire* ». Il a précisé que l'échographie du 7 avril 2017 était « *compatible avec déchirure tendon des fléchisseurs doigts* », tandis qu'une seconde échographie du 1^{er} juin 2017 avait révélé la « *présence de signes de tendinopathie de fléchisseurs* » (dossier intimée, M2).

Le rapport d'échographie du 7 avril 2017, établi par ce même médecin, décrit une « *lésion ovale hypoechogène* » et d'une néovascularisation au sein d'un « *important remaniement hétérogène du tendon des fléchisseurs à son insertion proximale* », sans signe de déchirure du ligament collatéral médial ni d'altération de la corticale osseuse. Cet examen est « *compatible avec une déchirure proximale de l'insertion commune des muscles fléchisseurs en voie de fibrose / cicatrisation* » (dossier intimée, pièce M3).

Quant à la seconde échographie du 1^{er} juin 2017, réalisée pour cause « *d'absence d'amélioration après déchirure muscles fléchisseurs* », elle atteste de la disparition de toute lésion intramusculaire, tout en mettant en évidence un coude « *nettement épaissi avec un remaniement hypoechogène pouvant correspondre à une tendinopathie* ». Elle permet dès lors de conclure à une « *tendinopathie des muscles fléchisseurs (épitrochléite) coude D* » (dossier intimée, pièce M4).

Dans son rapport du 12 juillet 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil et chirurgie de la main, médecin-conseil d'AXA, affirme que « *les tendinopathies de la face interne du coude sont dans l'immense majorité des cas des lésions exclusivement dégénératives que l'on dénomme aussi couramment « épitrochléites ».* A l'ultrason, il est impossible de faire la différence avec une rupture traumatique. Les ruptures traumatiques des tendons épitrochléens sont rarissimes. L'action vulnérante (rattraper une charge avec la main droite) est inappropriée pour solliciter des tendons épitrochléens au-delà du point de rupture de leurs fibres. Pas de limitations fonctionnelles ni de symptomatologie inquiétantes dans un premier temps pour l'assuré, n'ayant consulté qu'un mois plus tard. En d'autres termes, il est hautement vraisemblable que cet assuré présentait déjà des troubles dégénératifs classiques et banals à la face interne de son coude droit sous forme d'une épitrochléite dont la symptomatologie a été révélée quelques semaines après un effort, mais sans être directement causée par ce dernier. La symptomatologie aurait pu débiter à n'importe quelle autre occasion de sollicitation intensive ou de contusion bénigne de la face interne du coude » (dossier intimée, pièce M5).

Sur la base de cette appréciation, l'autorité intimée a refusé la prise en charge du cas par décision du 25 septembre 2017 (dossier intimée, pièce A3).

Le 28 septembre 2017, l'assuré a formé opposition contre cette décision, estimant avoir été victime d'un accident le 8 mars 2017, à la suite duquel il a ressenti une vive et soudaine douleur, et en rappelant que son médecin traitant, le Dr E. _____, avait diagnostiqué une déchirure musculaire lors de la première consultation (dossier intimée, pièce A5).

Son assurance-maladie, Assura, a également formé opposition le 23 octobre 2017, conformément à l'avis de son médecin-conseil, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale (bordereau recourante, pièce 3), au motif que la « *déchirure proximale de l'insertion commune des muscles fléchisseurs* » diagnostiquée révélée le 7 avril 2017, qui appartient à la liste des lésions assimilées à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA, est la cause de la tendinopathie développée ensuite, de sorte qu'il appartient à l'assurance-accidents de prendre en charge le cas (bordereau recourante, pièce 4).

Une IRM a ensuite été réalisée le 27 décembre 2017. Cet examen a révélé l'absence de lésion des structures osseuses, des articulations, des ligaments et des parties molles. S'agissant des tendons, un « *épaississement, hétérogénéité et hypersignal du tendon commun des muscles épicondyliens médiaux témoignant d'une tendinose sans évidence de rupture* » a été constatée, de sorte que le diagnostic d' « *épicondylite médiale* » a été retenu (dossier intimée, pièce M6).

C'est dans ce contexte que l'autorité intimée a confirmé son refus de prise en charge, le 15 janvier 2018.

4.2. Dans son recours contre cette dernière décision, Assura affirme que la lésion constatée suite à l'évènement du 8 mars 2017 constitue une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA et n'est pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En cela, elle se réfère à un rapport du 7 février 2018 du Dr C. _____, qui affirme que la « *néovascularisation* » constatée lors de la seconde échographie du 1^{er} juin 2017 est un signe de réparation d'une lésion, que les « *altérations inflammatoires dans le sens d'une tendinopathie* » décelées ne sont pas inhabituelles trois mois après une lésion musculo-tendineuse, et qu'il n'est pas possible de prouver que la lésion tendineuse est principalement due à l'usure ou à la maladie compte tenu de la déchirure musculo-tendineuse révélée lors de la première échographie (bordereau recourante, pièce 7).

Dans un second rapport du 27 mars 2018, ce médecin confirme sa position et explique que la bosse au niveau du tendon des fléchisseurs constatée par le Dr E. _____ est typique d'une lésion tendineuse. Il estime qu'une échographie est appropriée pour constater les lésions tendineuses et que le fait qu'aucune rupture n'ait été constatée à l'IRM du 27 décembre 2017, soit plus de neuf mois après l'évènement, n'est pas pertinent dans la mesure où les lésions tendineuses partielles peuvent guérir parfaitement (bordereau complémentaire recourante, pièce 8).

A l'appui de ses ultimes remarques, la recourante produit un rapport médical du 30 avril 2018 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin-conseil. Ce dernier souligne la rareté d'une rupture des épicondyliens, au contraire des lésions dégénératives telles que l'épitrôchléite ou l'épicondylite. Il explique qu'une rupture musculaire implique une douleur aiguë et une impotence fonctionnelle pratiquement complète, de sorte qu'en l'espèce, le délai d'un mois avant la première consultation parle en défaveur d'une telle lésion. Il relève que le premier rapport d'échographie mentionnant une « *lésion ovale hypoeogène* » n'en précise pas les dimensions ni la nature (« *lésion ovale hypoechogène, kystique, dégénérative* » ou « *lésion kystique, séquellaire d'une déchirure* »). Par ailleurs, le second examen ne signale pas le « *pont fibreux* » typique d'une déchirure en voie de cicatrisation, mais de « *structure hypoechogène pouvant correspondre à une tendinopathie* ». En conclusion, ce médecin estime qu'il n'existe « *aucun élément médical objectif pour une réelle rupture musculaire ou une désinsertion musculaire, mais plus pour un épisode aigu, symptomatique, d'une tendinopathie des fléchisseurs insérée au niveau des épitrôchléens, pathologie éminemment classique et banale* » (annexe aux ultimes remarques du 4 mai 2018).

4.3. L'on se trouve dès lors en présence d'opinions médicales circonstanciées qui aboutissent à des conclusions opposées sur une question médicale complexe nécessitant des connaissances spécifiques.

A cet égard, l'argument de l'autorité intimée, selon laquelle l'avis du Dr C. _____ devrait être examiné avec réserve compte tenu de son statut de salarié de la recourante, ne saurait être suivi dans la mesure où elle-même se réfère exclusivement à l'avis de ses propres médecins-conseil.

Or, l'un des diagnostics envisagés – déchirure musculaire ou tendineuse – figurant dans la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents.

La notion de lésion assimilée à un accident, en tant que *lex specialis* en matière d'examen de la causalité entre une atteinte et un accident, a ainsi pour effet de renverser le fardeau de la preuve, de sorte qu'il appartient à l'assureur-accidents d'établir clairement l'existence prépondérante d'une cause malade étrangère à l'accident.

En l'état du dossier, l'on ne peut précisément exclure avec certitude la survenance d'une déchirure musculo-tendineuse survenue suite à l'évènement du 8 mars 2017, qui aurait ensuite évolué vers les lésions actuelles de l'assuré.

L'instruction à laquelle a procédé l'autorité intimée paraît ainsi entachée d'un doute. Or, la jurisprudence du TF paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un "*doute à tout le moins léger*" quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil de l'assureur-accidents (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4).

Il sied dès lors d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confiée à un médecin externe, afin de départager les opinions médicales contradictoires.

Celui-ci cherchera tout particulièrement à savoir si la lésion litigieuse découle d'une déchirure survenue le 8 mars 2017 ou s'il s'agit au contraire d'un phénomène exclusivement dégénératif.

5.

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision sur opposition du 15 janvier 2018 annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire.

Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Il n'est pas alloué d'indemnité de partie à la recourante, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 08 avril 2010 consid. 6, 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition du 15 janvier 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 14 janvier 2019/isc

Le Président :

La Greffière :