

BGer 8C_511/2020 vom 15. April 2021

Bundesgericht, 2021-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_511_2020

FR: TF 8C_511/2020 du 15 avril 2021

IT: TF 8C_511/2020 del 15 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Le recours est dirigé contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière de droit public (art. 82 ss LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 86 al. 1 let . d LTF). Il a été déposé dans le délai (art. 100 LTF) prévu par la loi. Il est donc recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si le Tribunal cantonal a violé le droit fédéral en mettant un terme au droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 28 février 2017.

Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral n'est pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction précédente (art. 97 al. 2 et art. 105 al. 3 LTF). Aussi, lorsque sont en jeu des prestations en espèces et en nature, comme c'est le cas en l'espèce, le Tribunal fédéral dispose-t-il d'un pouvoir d'examen étendu en ce qui concerne les faits communs aux deux types de prestations (arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 2.2 et les arrêts cités, in: SVR 2018 UV n° 39 p. 141).

E. 3.1

L' art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment qu'il y ait, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 p. 438; 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 et les références).

E. 3.2

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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 (arrêts 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 18 p. 64; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 3.2 et les références, in SVR 2018 UV n° 39 p. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181).

E. 3.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). Le juge ne peut pas écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes 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 il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.7 p. 471; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 4.1

Les premiers juges ont constaté que le docteur F. _____, spécialiste consulté par la recourante en tant qu'expert privé, avait posé dans son premier rapport du 8 août 2018 le diagnostic de tendinopathie en sablier du biceps (long chef du biceps; LCB) qui, avec la subluxation, entraînait une déchirure partielle du sous-scapulaire. En s'appuyant sur les appréciations de la doctoresse H. _____, ils ont toutefois conclu que ce diagnostic n'avait jamais été posé auparavant par les médecins traitants, mais que cette atteinte n'avait été révélée qu'en 2018, soit sept ans après l'accident, et que, par conséquent, elle n'était pas en lien de causalité avec celui-ci. Malgré les doutes du docteur F. _____, il y avait lieu également de se fier au diagnostic de contusion (qu'avait subi la recourante lors de l'accident), posé par la doctoresse H. _____ dans son appréciation médicale du 29 octobre 2018, car ce diagnostic se retrouvait dans nombre de rapports antérieurs aux

appréciations de cette praticienne. En outre, les premiers juges ont écarté une lésion de type SLAP, évoquée par le docteur F. _____ dans son rapport du 24 janvier 2019. Ils ont relevé que même le rapport du docteur G. _____ du 16 juillet 2018, auquel le docteur F. _____ faisait référence, n'était pas aussi affirmatif sur cette lésion, qui n'avait été que suspectée lors des premiers examens et n'avait plus été visible sur l'arthro-IRM effectuée le 25 juin 2013. Au surplus, les médecins de la CRR avaient relevé des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles, de sorte que la persistance des plaintes de la recourante devait être appréciée dans un contexte subjectif. Selon l'appréciation de la doctoresse H. _____ du 29 octobre 2019, il demeurait une atteinte interstitielle du tendon du sus-épineux qui devait être considérée comme stabilisée au 22 février 2017. La praticienne se référait à cet égard au rapport du docteur E. _____ du 24 février 2017, intervenu onze mois après la troisième intervention chirurgicale de l'épaule droite. A cette occasion, la recourante avait expliqué au docteur E. _____ n'avoir perçu aucun changement de l'état de son épaule droite à la suite de cette opération. L'auteur du rapport en avait conclu qu'il n'y avait aucune amélioration à attendre et que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Les juges cantonaux ont considéré que ce raisonnement, fondé sur l'analyse des pièces médicales au dossier et sur l'examen de la recourante, méritait d'être confirmé. Ils ont conclu que le cas était stabilisé au 28 février 2017 plutôt qu'au 30 novembre 2016 comme retenu par la CNA.

E. 4.2

La recourante soutient que le docteur F. _____, spécialiste de l'épaule, qui l'a vue à plusieurs reprises - à la différence de la doctoresse H. _____, qui n'a pas de contacts avec des patients - fournirait des explications circonstanciées quant au lien de causalité entre l'accident et les lésions subies par elle (soit la déchirure partielle du tendon du supra-épineux, la lésion SLAP, une lésion de la poulie bicipitale avec, consécutivement, un biceps en sablier et une déchirure du tendon du sous-scapulaire) et ses limitations fonctionnelles. Confrontés aux avis contradictoires - notamment au sujet de la lésion SLAP - de l'expert privé et de la médecin de l'assurance les juges cantonaux auraient dû mettre en oeuvre une expertise médicale.

E. 5.1.1

Dans son rapport du 8 août 2018, le docteur F. _____ a constaté des limitations fonctionnelles liées à une tendinopathie en sablier du LCB, qui, avec la subluxation, entraînait une déchirure partielle du sous-scapulaire. Comme unique option de traitement, il proposait une chirurgie, tout en précisant qu'une quatrième opération ne donnait jamais les mêmes résultats qu'une première intervention. Son diagnostic était corroboré par l'avis du docteur G. _____ du 16 juillet 2018 sur les images de l'arthro-IRM du 29 novembre 2017. Ce dernier a retenu dans le rapport mentionné qu'il n'y avait pas d'évidence de re-déchirure du tendon du sus-épineux ni de lésion au niveau du sous-épineux, mais qu'il y avait des irrégularités autour de la poulie bicipitale et en particulier au niveau du ligament gléno-huméral supérieur, qui était très hétérogène et probablement lésé au contact de la portion supérieure du tendon du sous-scapulaire. A cet endroit, il y avait une discrète tendinopathie du tendon du LCB dans la portion basse et antérieure de la poulie bicipitale avec une discrète subluxation du tendon du LCB. Il n'y avait pas d'évidence de lésion de type SLAP mais un récessus sous-labral s'étendant antérieurement de 11 h à 1 h avec une extension au niveau d'un foramen sous-labral antéro-supérieur entre 1 h et 2 h. Selon le docteur G. _____, il fallait savoir qu'il n'y avait jamais d'extension d'un récessus au

niveau du foramen et que cela pouvait donc correspondre à une lésion de type SLAP II A. Dans son rapport du 24 janvier 2019, le docteur F. _____ déclare en outre explicitement qu'il existe un lien de causalité entre l'évènement accidentel du 27 juillet 2011 et les lésions subies par la recourante (en particulier le biceps en sablier et une déchirure du tendon du sous-scapulaire).

E. 5.1.2

La doctoresse H. _____ confirme dans son appréciation chirurgicale du 29 octobre 2018 le diagnostic de tendinopathie en sablier du LCB ainsi que l'atteinte au tendon du sous-scapulaire. Selon cette praticienne, on observe chez la recourante vraisemblablement un processus inflammatoire secondaire à un conflit intra-articulaire par friction répétée du tendon dans une gouttière rétrécie ou étroite. C'est-à-dire que s'il y a atteinte du toit de la gouttière - le tendon du muscle sous-scapulaire -, cela provoque un déséquilibre. Lors d'atteinte partielle supérieure du tendon du muscle sous-scapulaire, il y a un élargissement de l'entrée du tunnel, puis un rétrécissement, provoquant un frottement du tendon contre la structure adjacente. Qui dit frottement dit inflammation, aboutissant à un long biceps en sablier. Cependant, la doctoresse H. _____ nie un lien de causalité entre l'évènement accidentel et les atteintes des tendons du LCB et du sous-scapulaire, qui n'ont été objectivées que six ans après la chute dans la douche. Elle relève ainsi que lors de l'arthro-IRM du 2 septembre 2011, il avait été indiqué que le long chef du biceps était bien présent dans sa gouttière, qu'il était intact et que le tendon du sous-scapulaire présentait un aspect normal, que l'arthro-IRM réalisée le 27 avril 2012 n'avait pas mis en évidence d'atteinte du versant transverse du LCB et que lors de l'arthro-IRM réalisée en 2013, ni une atteinte du tendon du muscle sous-scapulaire ni une atteinte du LCB n'étaient décrites. Par ailleurs, dans son rapport opératoire du 16 août 2012, le docteur D. _____ avait remarqué que le tendon du biceps était normal et que la coiffe des rotateurs ne présentait pas d'anomalie visible. D'après le médecin d'assurance, la seule atteinte vérifiée et traitée a donc été une atteinte interstitielle du tendon du sus-épineux, qui n'a pas eu une récurrence. La situation médicale était par conséquent stabilisée au moment de l'examen médical par le docteur E. _____ du 22 février 2017.

E. 5.2.1

Dans son rapport du 24 janvier 2019, le docteur F. _____ relève que la doctoresse H. _____ n'évoque pas la lésion SLAP, quoique ce diagnostic ait été suspecté sur la première arthro-IRM du 2 septembre 2011 puis confirmé sur l'arthro-IRM du 27 avril 2012 ainsi que par le professeur G. _____, spécialiste FMH en radiologie et spécialiste en radiologie ostéoarticulaire, d'abord dans son conseilium du 20 novembre 2012 et ultérieurement dans son conseilium du 5 juillet 2018 concernant l'arthro-IRM du 29 novembre 2017. Partant d'une telle lésion et d'une déchirure partielle du tendon sus-épineux ainsi que de l'hypothèse d'une lésion de la poulie bicipitale (qui peut être concomitante à une lésion SLAP), le docteur F. _____ expose de manière détaillée comment de telles lésions peuvent causer une instabilité du tendon du LCB, relevant que cette instabilité fait bouger ce tendon sur les tubérosités de la gouttière bicipitale comme un essuie-glace lors d'une rotation externe ou interne du bras, augmentant avec le temps la surface de friction, avec des dégâts complémentaires sur le tendon. Malgré la réparation réussie du tendon du sus-épineux, cette instabilité a perduré chez la recourante, ce qui a conduit au développement d'un tendon du long chef du biceps en sablier et à une déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire. Par rapport à l'imagerie, le docteur F. _____ remarque que les

structures de l'intervalle des rotateurs et la poulie sont mal visualisées sur une IRM simple, un peu mieux avec une arthro-IRM directe, mais que même une arthro-IRM peut ne pas révéler une lésion de la poulie, car en position neutre de l'épaule, le LCB peut être centré dans le sillon intertuberculaire chez deux tiers des patients ayant ce type de lésion. Le meilleur outil diagnostique reste l'arthroscopie. Néanmoins, cette lésion doit être recherchée spécifiquement lors de l'arthroscopie, car elle peut passer inaperçue. De plus, les déchirures partielles du tendon du sous-scapulaire peuvent également être manquées avec une arthro-IRM, mais peuvent être constatées par un examen clinique ou par une arthroscopie. Concernant la remarque dans le protocole opératoire du 16 août 2012 qui atteste un tendon du biceps normal, le docteur F._____ mentionne qu'une lésion du LCB peut facilement être ratée lors d'une arthroscopie si le tendon n'est pas tiré dans l'articulation et que sa portion intertuberculaire n'est pas examinée avec un crochet palpateur. L'expert privé indique par ailleurs que lors de la consultation du 7 septembre 2011 et lors de l'examen médical du 2 avril 2012, il a été constaté des signes qui auraient dû orienter sur une origine des douleurs provenant du LCB. Dans sa réponse du 13 mars 2019, la doctoresse H._____ se réfère notamment à l'IRM réalisée le 25 juin 2013, sur laquelle l'atteinte SLAP est infirmée ou non objectivée (" pas d'image franche de lésion du bourrelet, notamment la lésion SLAP visualisée sur la dernière IRM n'est plus visible ", selon les médecins de la CRR). Elle retient qu'elle-même ne visualise pas d'atteinte SLAP chez la recourante. Comme la recourante n'a pas subi une lésion SLAP (ni une déchirure partielle du tendon du sus-épineux), les hypothèses et associations émises par le docteur F._____ dans son rapport du 24 janvier 2019 ne peuvent pas s'appliquer à elle. Le docteur F._____ affirme sa position avec une image IRM (sans date) montrant, selon la légende, que le produit de contraste s'est infiltré sous toute l'attache de l'ancre du LCB sur le labrum supérieur, y compris à sa partie postérieure, ce qui correspond à une lésion SLAP et renvoie à nouveau au consilium du professeur G._____ du 5 juillet 2018, qui a retenu qu'il y avait probablement une lésion SLAP étant donné l'extension de ce récessus sous-labral au niveau d'un foramen sous-labral antéro-supérieur. A cet égard, la doctoresse H._____ observe qu'elle peine à comprendre comment un récessus sous-labral qui présente des contours réguliers peut être considéré comme une atteinte SLAP II A, qui se caractérise par des contours irréguliers. Elle rappelle en outre que le récessus sous-labral, le foramen sous-labral et le complexe de Buford sont considérés comme des variantes anatomiques du labrum glénoïdien supérieur.

E. 5.2.2

Le docteur F._____ critique en outre le constat de la doctoresse H._____ dans son appréciation du 29 octobre 2019 que l'iconographie réalisée chez la recourante met en évidence une déchirure interstitielle du tendon du muscle sus-épineux droit et une bursite sous-acromio-deltôïdienne. Selon le docteur F._____, il ne s'agit pas d'une déchirure interstitielle, mais d'une rupture partielle de la face inférieure (ou articulaire) du tendon du sus-épineux, comme l'avaient retenu le docteur Panow, médecin radiologue FMH, dans son rapport de l'échographie du 21 août 2011 (" rupture partielle-arrachement du tendon du sus-épineux de la grande tubérosité de l'humérus [env. 30 %] ") et le docteur I._____, spécialiste FMH en radiologie, dans le rapport concernant l'arthro-IRM du 2 septembre 2011 (" contamination tardive de la surface inférieure du sus-épineux évoquant une rupture partielle "). L'expert privé explique que les traumatismes sont plus souvent associés à des déchirures partielles articulaires (87 %) qu'à des déchirures partielles sous-acromiales (50 %) et que cette différence est significative. Cependant, dans ses rapports du 13 mars et du 4

juin 2019, la doctoresse H._____ persiste dans son appréciation que la recourante a subi non pas une atteinte partielle du versant articulaire mais une atteinte partielle de type intra-tendineuse du tendon du muscle sus-épineux.

E. 5.2.3

Ensuite, le docteur F._____ s'étonne que la doctoresse H._____ omette les diagnostics mentionnés par les radiologues - la déchirure partielle du tendon du sus-épineux et une lésion SLAP - et retienne une contusion de l'épaule. En plus, il explique que l'action vulnérante consistant en une chute de sa hauteur peut provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs et une lésion SLAP. Le mécanisme le plus fréquemment cité pour provoquer une telle lésion est une chute avec le bras écarté ou le bras tendu. Pour d'autres auteurs, elle est liée à une traction sur le LCB, et elle peut également survenir à la suite d'un choc direct contre l'épaule. A cet égard, le docteur F._____ cite un article de consensus du Groupe d'experts de la chirurgie de l'épaule et du coude de Swiss Orthopaedics, Forum Médical Suisse, sur les lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs (<https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/smf.2019.03247>, visité le 18 mars 2021). Selon ces auteurs, une action vulnérante " tel un choc direct sur l'épaule sans réception sur le membre supérieur en extension est apte à générer une lésion transfixiante ". Par conséquent, une telle action vulnérante est, selon le docteur F._____, également apte à générer une déchirure partielle intra-articulaire du tendon. La doctoresse H._____ fait également référence à cet article, mais soutient que seules les charges de traction peuvent provoquer une rupture tendineuse accidentelle, alors que la chute directe sur l'épaule ou un impact sur un bord acéré ne peuvent pas léser la coiffe des rotateurs.

E. 5.3

Vu les avis contradictoires - et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées - du docteur F._____ et de la doctoresse H._____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP II A d'origine traumatique ainsi que sur le type de lésion partielle du tendon du sus-épineux et sur l'action vulnérante (pour la controverse médicale concernant l'aptitude d'un choc direct de créer une lésion de la coiffe des rotateurs, cf. arrêt 8C_446/2019 consid. 5.2.2 s.), force est de constater que l'instruction de la cause ne permet pas de statuer sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance au-delà du 28 février 2017. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils ordonnent une expertise médicale afin de départager l'opinion de ces deux médecins.

E. 6.1

La recourante requiert la prise en charge par l'intimée des frais des rapports médicaux rédigés par le docteur F._____.

E. 6.2

Aux termes de l' art. 45 al. 1 LPGA , les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (arrêt 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 UV n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c p. 63; arrêts 8C_61/2016 précité consid. 6.1 in fine;

8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2016 UV n° 24 p. 75).

E. 6.3

Les premiers juges ont motivé leur refus de mettre les frais de l'expertise privée du docteur F. _____ à la charge de l'intimée en indiquant que non seulement la recourante n'avait pas obtenu gain de cause, mais encore que cette expertise n'avait pas suffi à influencer sur l'appréciation de la situation médicale telle qu'elle résultait du dossier constitué par l'intimée. Or, comme on vient de le voir, le rapport d'expertise privée du docteur F. _____ fait apparaître des doutes sur la pertinence et la fiabilité des conclusions de la doctoresse H. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP II A, provoquant la tendinopathie en sablier du LCB et la déchirure du tendon du sous-scapulaire et pouvant être mise en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 27 juillet 2011. Il y a donc lieu de retenir que ce rapport a constitué une mesure indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA . Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge des frais des expertises privées du docteur F. _____ du 24 janvier 2019 et du 13 mai 2019. Il appartiendra au tribunal cantonal, à qui la cause est renvoyée, de statuer dans ce sens.

E. 7

Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis. L'intimée, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF) et versera à la recourante une indemnité à titre de dépens (art. 68 al. 1 LTF).

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