

BGer 8C_89/2020 vom 4. Dezember 2020

Bundesgericht, 2020-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_89_2020

FR: TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020

IT: TF 8C_89/2020 del 4 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

Le recours est dirigé contre une décision finale (art. 90 LTF) rendue 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) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi. Il est donc recevable.

E. 2.1

Le litige porte sur le point de savoir si la cour cantonale était fondée à confirmer la décision de l'intimée de mettre un terme aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) au 31 mai 2017, singulièrement de considérer le cas comme stabilisé à cette date.

E. 2.2

Lorsque 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 les faits établis par l'autorité précédente (art. 97 al. 2 et 105 al. 3 LTF). Aussi, lorsque sont en jeu des prestations en espèces et en nature, 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_591/2018 du 29 janvier 2020 consid. 3 et l'arrêt cité).

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'événement 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 événement 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'événement 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 (cf. 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 (statu quo ante ou statu quo sine) 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 faibles 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

D'après la cour cantonale, l'intimée était fondée à considérer le cas comme stabilisé au 31 mai 2017, aucun traitement n'étant propre à entraîner une amélioration ou à éviter une péjoration de l'état de santé du recourant s'agissant des atteintes consécutives à l'accident du 23 juillet 2013. Elle a en effet considéré que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux et la déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A révélées par l'arthro-IRM du 7 août 2017 - ayant conduit le docteur F. _____ à proposer une intervention chirurgicale - n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013. Pour ce faire, elle a fait siennes les conclusions de la doctoresse

G._____, qu'elle a considérées comme circonstanciées, dûment motivées et reposant sur les constatations de spécialistes en radiologie. Les opinions divergentes du docteur F._____, et de la doctoresse E._____ qui considéraient qu'une déchirure du labrum antéro supérieur de type SLAP 2A était déjà présente sur l'IRM de 2015 paraissent isolées. Les explications du docteur F._____ à ce propos ne reposaient au demeurant sur aucun élément objectif. Il en allait de même de l'indication de ce médecin selon laquelle la déchirure de la face profonde distale et antérieure du tendon du sus-épineux " était peut-être déjà présente consécutivement à l'accident ", qui n'était corroborée par aucune pièce ni aucune littérature médicale. Enfin, le diagnostic de probable déchirure du sous-scapulaire invoqué par le recourant reposait uniquement sur une hypothèse du docteur F._____ qui n'était corroborée par aucun spécialiste consulté. Aussi, les premiers juges ont-ils considéré que l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux du recourant.

E. 4.2

Le recourant reproche à la cour cantonale d'avoir privilégié sans fondement l'appréciation de la doctoresse G._____ au détriment de l'avis du docteur F._____. Ce médecin aurait pourtant émis des conclusions claires et motivées quant à la probabilité que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux révélée par l'IRM du 7 août 2017 soit consécutive à l'accident du 23 juillet 2013 et sur la présence d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A. Il aurait ainsi analysé les IRM présentes au dossier, cité des articles scientifiques, tenu compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique et expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles les arguments de la doctoresse G._____ - non spécialisée en chirurgie orthopédique - n'étaient pas convaincants. Le docteur D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, aurait par ailleurs admis qu'il existait une probable relation de causalité entre les troubles constatés par le docteur F._____ et l'événement du 23 juillet 2013. Le recourant estime ainsi qu'au vu des avis contradictoires du docteur F._____ et de la doctoresse G._____, la juridiction précédente aurait dû mettre en oeuvre un expertise médicale.

E. 5

Statuer sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 2017 implique de trancher la question de savoir si les lésions révélées par l'IRM du 7 août 2017 sont en relation de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013. Or les avis du docteur F._____ et de la doctoresse G._____ divergent sur ce point.

E. 5.1

S'agissant de la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux, la doctoresse G._____ constate, dans ses rapports des 14 décembre 2017 et 27 mars 2018, que cette atteinte n'était pas présente sur l'IRM du 21 octobre 2013, le docteur C._____ ayant fait état d'une fissuration ou déchirure superficielle du tendon du sus-épineux, laquelle ne correspondrait pas à une déchirure transfixiante mais à un processus d'usure. Elle n'apparaissait pas non plus sur l'IRM du 30 janvier 2015, la doctoresse E._____ ayant constaté qu'une petite déchirure partielle de la face profonde, distale antérieure du tendon du sus-épineux était apparue sur l'IRM du 7 août 2017 par rapport à l'IRM comparative. La doctoresse G._____ en conclut que cette lésion n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du

23 juillet 2013. Or la conclusion du docteur F. _____ dans son rapport du 5 mars 2018, selon laquelle cette lésion était peut-être déjà présente consécutivement à l'accident, notamment en raison du fait que les signes d'une telle déchirure pouvaient être manqués dans 60% des cas même avec une arthro-IRM, n'est pas suffisante pour remettre en cause l'appréciation convaincante de la doctoresse G. _____, d'autant moins que ce médecin a admis qu'on pouvait " discuter de l'origine traumatique ou dégénérative de la déchirure partielle du tendon supra-épineux ". Partant, la cour cantonale était fondée à retenir que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux n'était pas consécutive à l'accident de 2013.

E. 5.2

Concernant la déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A ressortant du compte-rendu de l'IRM du 7 août 2017 réalisée par la doctoresse E. _____, le docteur F. _____ indique, dans son rapport du 16 août 2017, rejoindre cette dernière quant à la présence d'une telle lésion. Puis, dans son appréciation médicale du 23 août 2017, le docteur D. _____ émet l'opinion selon laquelle une relation de causalité entre les troubles constatés par le docteur F. _____ et l'événement du 23 juillet 2013 est probable. De son côté, la doctoresse G. _____ constate, dans son rapport du 14 décembre 2017, que les IRM des 22 octobre 2013 et 30 janvier 2015 n'ont pas mis en évidence une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A mais ont révélé un complexe de Buford du labrum. Après avoir précisé que celui-ci pouvait être confondu avec une déchirure du labrum-SLAP, elle indique rejoindre le docteur C. _____ sur la présence d'un complexe de Buford au vu de l'IRM du 7 août 2017 mettant en évidence un ligament gléno-huméral épaissi et une perte de substance du labrum sans pouvoir identifier le fragment déchiré. Une telle atteinte étant d'origine congénitale, la doctoresse G. _____ conclut qu'elle n'a pas pu être provoquée par l'accident du 23 juillet 2013.

Dans son rapport du 5 mars 2018, le docteur F. _____ indique ne pas être d'accord avec la doctoresse G. _____. D'après lui, les spécialistes en radiologie ostéo-articulaire et les chirurgiens orthopédistes, spécialistes de l'épaule, ne confondent pas un complexe de Buford avec une déchirure du labrum-SLAP. Il précise qu'une lésion de type SLAP 2A peut survenir chez un patient ayant un complexe de Buford, et, après avoir analysé l'IRM du 7 août 2017, arrive à la conclusion que tel est le cas chez le recourant. Ce faisant, il corrige l'interprétation de l'IRM faite par la doctoresse G. _____. S'il la rejoint quant au complexe de Buford, il met en plus en évidence une lésion SLAP 2A, adjacente mais bien présente, confirmée par une vue coronale de l'IRM. Il indique ainsi rejoindre la doctoresse E. _____ quant à la présence d'une lésion SLAP 2A qu'elle aurait par ailleurs également décelée sur l'IRM du 30 janvier 2015 puisqu'elle a noté "déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'aspect plus étendue et plus irrégulière que sur l'IRM comparative " et que le docteur C. _____ aurait envisagé une telle lésion sur l'IRM de 2013 en notant " un contour légèrement irrégulier de la bordure antéro-supérieure du labrum, complexe de Buford? Fissuration du labrum ". Cette lésion étant d'origine traumatique, le docteur F. _____ est d'avis que l'intervention chirurgicale proposée doit être à la charge de l'assurance-accidents.

Dans son rapport du 27 mars 2018, la doctoresse G. _____ contredit les conclusions du docteur F. _____. Elle indique avoir à nouveau analysé les IRM de 2015 et 2017 avec, cette fois-ci, le concours du docteur I. _____, spécialiste en radiologie, spécialisé dans la lecture d'IRM. Ils arrivent à la conclusion que ce que la doctoresse E. _____ a décelé

comme étant un SLAP en 2015 n'était autre qu'un récessus sous-labral. Par conséquent, en 2015, l'assuré présentait uniquement un complexe de Buford. Ils visualisent par contre effectivement un SLAP sur l'IRM du 7 août 2017, mais de type 1. A quatre ans de l'événement du 23 juillet 2013, la doctoresse G. _____ en conclut qu'il ne peut pas être un état séquellaire de l'accident et précise au demeurant, dans un rapport ultérieur, qu'un SLAP de type 1 est, selon la littérature, d'origine dégénérative.

Dans un avis du 29 mai 2018, le docteur F. _____ se dit consterné par l'appréciation de la doctoresse G. _____. Il réfute notamment la présence d'un récessus sous-labral sur l'IRM de 2015, lequel ne toucherait que la partie antéro-supérieure du labrum alors que l'IRM révélerait une déchirure s'étendant de la partie antéro-supérieure à la partie postéro-supérieure du labrum, ce qui, d'après le docteur F. _____, correspond bien à un SLAP. Se déterminant sur cette appréciation, la doctoresse G. _____ indique, dans un rapport du 26 septembre 2018, maintenir ses conclusions après avoir notamment comparé une image représentant un récessus sous-labral avec l'IRM de 2015.

E. 5.3

Vu les avis contradictoires - et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées - du docteur F. _____ et de la doctoresse G. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'origine traumatique, force est de constater que l'instruction de la cause ne permet pas de statuer sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 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

Le recourant requiert la prise en charge par l'intimée des frais de l'expertise privée du docteur F. _____ du 5 mars 2018.

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 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 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 le recourant 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 constituée 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 G. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A pouvant être mise en lien de causalité, au degré de la

vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 23 juillet 2013. 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 du recourant tendant à la prise en charge des frais de l'expertise privée du docteur F. _____ du 5 mars 2018. 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 au recourant 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.