

FR_GERICHTE 605 2017 113 vom 4. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_113

FR: FR_GERICHTE 605 2017 113 du 4 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 113 del 4 giugno 2018

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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.

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution

qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

E. 2.3

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

E. 3.1

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement.

E. 3.2

Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 4.1

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées).

E. 4.2

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. 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. 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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).

E. 5

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si Mutuel Assurances SA était fondée à refuser la prise en charge des examens et traitements en lien avec l'atteinte constatée au niveau de l'épaule gauche lors de l'arthro-IRM réalisée le 7 octobre 2016, à la suite d'une chute subie le 13 novembre 2014.

E. 5.1

Qu'en est-il ? 5.1.1. Accident du 25 avril 2009 et atteintes signalées Le 25 avril 2009, l'assuré a été victime d'un accident de moto, lors duquel il a subi diverses fractures (branche ischio-pubienne à gauche, cubitus distal gauche, base du 2ème métacarpien gauche) et des contusions (rate et genou gauche), ainsi qu'un traumatisme crânien (rapport médical du 12 mai 2009, dossier intimée, pièce 3). Des IRM réalisées ultérieurement ont ensuite précisé l'étendue des lésions du poignet gauche : outre les fractures du cubitus distal et de la base du 2ème métacarpien déjà diagnostiquées, diverses lésions du carpe ont été constatées (plusieurs fractures de l'os semi-lunaire et de l'os trapézoïde, impaction du triquetrum et déchirure du ligament scapho-lunaire) (rapport d'IRM du 27 mai 2009, dossier intimée, pièce 5). Le 28 août 2009, les Dr C. _____ et D. _____, tous deux spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main,

ont procédé à la « réinsertion du ligament scapho-lunaire », à l'« arthrodèse temporaire du poignet gauche », ainsi qu'à la « correction du cal vicieux du cubitus distal » (protocole opératoire, dossier intimée, pièce 14). Dans un rapport du 7 octobre 2009 adressé à l'assureur-accidents, le Dr C. _____ avait déclaré qu'« il restera probablement des lésions traumatiques, soit des douleurs persistantes soit un déficit de mobilisation » (dossier intimée, pièce 19). Ce médecin a ensuite diagnostiqué une algodystrophie (rapport du 18 février 2010, dossier intimée, pièce 24). L'assuré a également bénéficié d'un suivi d'ergothérapie. Dans un rapport du 24 avril 2010, Laurence Chollet, ergothérapeute, a signalé la persistance des douleurs au poignet. Elle a également déclaré que le patient « utilise beaucoup de compensation au niveau de l'épaule, ce qui lui crée également des douleurs » (dossier intimée, pièce 27). De nombreux autres rapports médicaux au dossier font état des différentes atteintes et douleurs présentées par le recourant des suites de l'accident, et notamment suite à l'intervention du poignet gauche. La première mention de douleurs à l'épaule gauche ressort d'un rapport du 18 janvier 2011 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté un « déficit d'extension d'environ 10° » au niveau de l'épaule gauche, en suspectant des « omalgies postopératoires » (dossier intimée, pièce 54).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 L'assuré a alors bénéficié d'un suivi ostéopathique, notamment pour ses douleurs à l'épaule gauche (procès-verbal d'entretien du 21 novembre 2011, dossier intimée, pièce 63). Moyennant des aménagements de son poste de travail, l'assuré a pu progressivement reprendre son emploi d'opérateur logistique auprès de son précédent employeur jusqu'à un taux de 75% dès le 1er juin 2012. Un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, orthopédique et neuropsychologique) du 21 mars 2013 a confirmé l'existence d'une incapacité de travail globale de 25%, principalement en raison des séquelles neuropsychologiques découlant du traumatisme crânien. La situation du poignet gauche a été considérée comme stabilisée, mais des séquelles permanentes (mobilité restreinte et troubles dégénératifs débutants) ont été constatées, justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En particulier, la présence de « signes radiologiques d'atteinte arthrosique de l'articulation radio-cubitale distale ainsi que de l'articulation radio-carpienne » a été signalée (rapport d'expertise du 21 mars 2013, dossier intimée, pièce 89). Sur la base de ce rapport, par décision du 5 juillet 2013, Mutuel Assurances SA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 25% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, tout en confirmant la poursuite de la prise en charge du suivi psychothérapeutique (dossier intimée, pièce 93). Le 9 septembre 2013, l'assuré s'est opposé au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité octroyée, notamment en raison du risque de développement d'arthrose radio-carpienne et/ou radio-cubitale distale, évoqué par le Dr D. _____ dans un rapport du 21 août 2013, et qui pourrait selon ce médecin nécessiter une arthrodèse partielle, voire totale du poignet (dossier intimée, pièce 97). La stabilisation de l'état de santé et le taux d'invalidité n'ont en revanche pas été contestés (dossier intimée, pièce 98). Le 2 octobre 2013, Mutuel Assurances SA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision (dossier intimée, pièce 100).

5.1.2. Chute du 13 novembre 2014 et atteintes signalées Par déclaration de sinistre bagatelle du 19 novembre 2014, l'employeur de l'assuré a annoncé à Mutuel Assurances SA une « chute sur le côté gauche » survenue le 13 novembre 2014, alors que l'assuré « portait le vélo de sa fille et s'est encoulé les pieds dans les pédales ». Des contusions à l'épaule et au genou gauches ont été signalées (dossier intimée, pièce 102). Consulté le 21 novembre 2014, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de

l'assuré, a signalé un traumatisme au niveau de l'épaule gauche ainsi que la possibilité de lésions intra-articulaires au niveau du genou gauche. Cet évènement n'a toutefois engendré aucune incapacité de travail (dossier intimée, pièce 103). Face la persistance des douleurs du genou, l'assuré a été adressé au Dr E. _____. Dans son rapport du 10 décembre 2014, ce dernier a confirmé qu'une arthroscopie du genou devait être envisagée. S'agissant de l'épaule, il a en revanche indiqué que cette dernière articulation avait « bien évolué suite au traitement d'anti-inflammatoire topique et antalgique » (dossier intimée, pièce 105).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 L'arthroscopie du genou gauche a été réalisée le 26 février 2015 par ce médecin (protocole opératoire du 26 février 2015, dossier intimée, pièce 110). Par courrier du 13 avril 2015, Mutuel Assurances SA a confirmé à l'assuré la prise en charge de cette intervention. Le lien de causalité avec l'accident du 25 avril 2009 en effet été jugé vraisemblable, dans la mesure où le genou gauche avait été touché lors de cet évènement. Aucune lésion structurelle n'a en revanche été constatée suite à la chute du 13 novembre 2014, qui n'aurait fait « qu'aggraver momentanément un état préexistant » (dossier intimée, pièce 112). Le 9 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de révision de la décision sur opposition du 2 octobre 2013, au motif que l'arthroscopie du 26 février 2015 a révélé une lésion cartilagineuse du genou gauche, considérée par l'autorité intimée comme en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident du 25 avril 2009, alors que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 21 mars 2013 avait estimé que les douleurs résiduelles du genou gauche n'avaient pas de substrat organique. Il a ainsi demandé la révision ou la reconsidération de la décision prise sur la base de ce rapport (dossier intimée, pièce 117). Par courrier du 14 août 2015, Mutuel Assurances SA a rejeté la demande de révision et refusé de reconsidérer sa décision, au motif notamment que la lésion cartilagineuse découverte lors de l'arthroscopie était superficielle, de petite taille et relativement banale, de sorte qu'elle n'ouvrait pas le droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité (dossier intimée, pièce 120).

5.1.3. Examens et traitements litigieux depuis 2016

Dans le courant de l'année 2016, l'assuré a consulté à nouveau son médecin traitant en raison de douleurs à l'épaule gauche, de sorte qu'une arthro-IRM de l'épaule a été réalisée le 7 octobre 2016. Cet examen n'a pas permis de mettre en évidence de « lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs » mais a révélé une « minime bursite sous-acromiale », un « petit kyste géodique au niveau du trochiter en sous-chondral » ainsi qu'un « discret remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire » (dossier intimée, pièce 123). Par décision du 15 novembre 2016, Mutuel Assurances SA a refusé de prendre en charge les troubles de l'épaule gauche, traités à partir de l'année 2016, au motif que ceux-ci ne seraient pas en relation de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'évènement survenu le 13 novembre 2014 (dossier intimée, pièce 125). Dans son opposition du 4 décembre 2016 contre cette décision, l'assuré a fait valoir que les troubles de l'épaule gauche devaient être mis en relation non pas avec sa chute du 13 novembre 2014 mais avec son accident du 25 avril 2009, suite auquel il avait toujours eu des douleurs, qui s'était toutefois aggravées depuis le mois de mars 2016 et pour lesquelles il avait bénéficié d'un traitement d'ostéopathie entre mars et juin 2016, puis de physiothérapie (dossier intimée, pièce 127). L'autorité intimée a alors soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 mars 2017, ce dernier a déclaré que l'IRM du 7 octobre 2016 n'avait révélé aucune lésion structurelle, de sorte que les atteintes constatées n'étaient pas d'origine traumatique imputable à l'accident du 25 avril 2009, mais qu'il s'agissait de lésions liées à un état dégénératif / maladif. Dans ces

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 conditions, « en l'absence de contemporanéité entre les troubles de l'épaule gauche et l'accident du 25.04.2009 et en l'absence de lésions structurelle qui lui serait imputable, on ne peut pas retenir de relation de causalité entre cet accident de 2009 et les troubles de l'épaule gauche traités dès 2016 ». En outre, l'accident du 13 novembre 2014 n'a causé que des contusions ayant aggravé de manière passagère cet état dégénératif antérieur (dossier intimée, pièce 130). 5.1.4. Décision litigieuse et éléments ultérieurs C'est dans ce contexte que Mutuel Assurances SA a rendu, le 10 avril 2017, la décision litigieuse de refus de prise en charge des troubles de l'épaule gauche. Dans l'intervalle, un rapport médical avait été demandé par l'assureur le 3 avril 2017 au médecin traitant de l'assuré, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a déclaré que son patient souffrait de douleurs persistantes à l'épaule gauche et a recommandé qu'il soit réexaminé par les spécialistes qui l'avaient suivi à l'époque. Il a certifié que « les douleurs de l'épaule gauche avaient été décrites lors de l'accident de 2009 et avaient augmenté suite à une chute à vélo relativement banale ». Il a ajouté qu'« après l'accident de 2009 avec nette diminution des fonctions du poignet gauche, le patient a adopté une stratégie d'utilisation du membre supérieur gauche avec une certaine tension chronique mi-épaule gauche » (rapport du 6 avril 2017, dossier intimée, pièce 133). Dans un rapport du 27 avril 2017, reçu par l'autorité intimée le 15 mai 2017, le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, confirme avoir examiné le patient le 26 avril 2017 et pose les diagnostics de « irritation post-traumatique du médian gauche au poignet » et de « lésion partielle du nerf axillaire à gauche ». Il affirme que la « lésion partielle du nerf axillaire engendre une atteinte de la partie postérieure du deltoïde » (dossier intimée, pièce 134). Dans un rapport du 3 mai 2017 adressé à l'autorité intimée, le Dr C. _____, chirurgien traitant des suites de l'accident de 2009, déclare que suite à la reconstruction du scaphoïde qu'il a pratiquée il y a près de 10 ans, le patient souffre de douleurs persistantes qui irradient dans le bras et l'épaule („Diese strahlen an den Oberarm und in die Schulter“). Il constate que les examens ont révélé une irritation du nerf médian ainsi qu'une lésion partielle du nerf axillaire („Irritation des Nervus medianus und (...) eine Partialläsion des Nervus axillaris“). Selon lui, les douleurs et les lésions nerveuses proviennent manifestement du poignet et de l'utilisation restreinte de celui-ci („Die geäusserten Beschwerden sind klar ausstrahlende Schmerzen, welche vom lädierten und prä-arthrotischen Handgelenk herführen sowie klare Signale im Bereiche des Medianus und auch Axillaris durch die Fehlbelastung im Bereiche des Handgelenks sind“). Dans ces conditions, il affirme que les douleurs sont en relation avec l'accident de moto („Die Schmerzen sind für mich als behandelnder Arzt klar dem Unfallgeschehen zuordenbar“) (dossier intimée, pièce 135). Consulté ensuite par l'assuré, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a pour sa part constaté des « douleurs du membre supérieur gauche irradiant depuis la main », et a affirmé que l'on peut « attribuer toutes les douleurs actuelles au traumatisme à moto de 2009 » et préconise la poursuite de la physiothérapie, l'ostéo et l'ergothérapie (rapport du 22 mai 2017 produit par le recourant le 13 juin 2017). Dans le cadre de la procédure de recours, l'autorité intimée a à nouveau soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr G. _____. Dans un rapport du 25 octobre 2017, il a considéré qu'il

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 convenait de distinguer, d'une part, « les troubles douloureux du membre supérieur gauche, imputables aux lésions anatomiques subies lors de l'accident du 25 avril 2009, qui irradient proximale au bras et à l'épaule gauches », et, d'autre part, « les lésions anatomiques spécifiques de l'épaule gauche démontrées à

l'arthro-IRM du 7 octobre 2016 ». S'agissant des premiers, également qualifiés de « douleurs référées », il reconnaît l'existence d'un lien de causalité avec l'accident du 25 avril 2009, de sorte que le traitement conservateur, notamment par physiothérapie, doit être pris en charge par l'assurance-accidents. En revanche, s'agissant des secondes, à savoir la bursite sous-acromiale, le kyste géodique sous-chondral du trochiter, le remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire et la lésion de labrum, il considère qu'au vu de leur étiologie dégénérative et non traumatique, un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident ne saurait être admis. Dans ces conditions, le traitement spécifique, éventuellement chirurgical, envisagé pour ces lésions, ne saurait engager aucune responsabilité de l'assurance-accidents. S'agissant de la lésion du nerf axillaire mentionnée par le neurologue, il relève que dans la mesure où aucun déficit neurologique n'a jamais été diagnostiqué par les différents médecins qui ont suivi le patient durant 8 ans, une relation de causalité avec l'accident ne peut pas non plus être retenue (dossier intimée, pièce 136).

E. 5.2

À titre liminaire, la Cour constate tout d'abord que le recourant, dans ses conclusions, ne précise pas clairement quelles sont les atteintes dont il entend obtenir la prise en charge par l'assurance-accidents, se limitant à conclure à la prise en charge « des troubles présentés au niveau du bras et de son épaule gauche ». Or, il ressort de la décision litigieuse que celle-ci concerne exclusivement les douleurs à l'épaule gauche sous l'angle des atteintes diagnostiquées par l'arthro-IRM du 7 octobre 2016 (décision litigieuse, consid. 2.1. et 8). L'autorité intimée, dans sa réponse du 30 octobre 2017, a encore précisé qu'il était litigieux la prise en charge des « troubles de l'épaule gauche investigués au mois d'octobre 2016 ». Cela étant, il apparaît, conformément à l'appréciation médicale du 25 octobre 2017 du Dr G. _____, que les douleurs ressenties par le recourant au niveau de son membre supérieur gauche doivent être distinguées entre, d'une part, les douleurs irradiant depuis le poignet gauche, et, d'autre part, les douleurs anatomiques spécifiques de l'épaule liées aux lésions révélées lors de l'arthro-IRM du 7 octobre 2016. Selon ce médecin, ces dernières douleurs ne sont pas d'origine traumatique mais dégénérative ou malade. En effet, aucune lésion structurelle liée à l'un ou l'autre accident subi par le recourant n'a été constatée (absence de « lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs »). De plus, le temps écoulé entre l'accident de 2009 et l'apparition des douleurs spécifiques de l'épaule gauche parle également en défaveur de lésions d'origine traumatique. Cette appréciation, qui découle d'une étude circonstanciée et complète du dossier médical de l'assuré, concorde avec les éléments ressortant du dossier médical et repose sur des arguments médicaux détaillés. De plus, ses conclusions sont claires et motivées de façon précise, de sorte que ce rapport remplit ainsi toutes les conditions requises par la jurisprudence visant à déterminer la valeur probante d'un rapport médical et emporte dès lors la conviction de la Cour. Au demeurant, les rapports produits par le recourant dans le cadre du présent recours ne s'opposent pas à ce point de vue.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 En effet, ni le médecin généraliste du recourant, ni son chirurgien traitant, ni les spécialistes consultés (neurologue et chirurgien orthopédique) ne se sont exprimés sur l'étiologie spécifique des lésions constatées à l'arthro-IRM du 7 octobre 2016 (bursite sous-acromiale, kyste géodique, remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire). Ils se sont au contraire limités à évoquer l'existence de douleurs irradiant depuis la main et à confirmer le lien de celles-ci avec l'accident de 2009, ce qui est également admis par le médecin-conseil. En l'absence de tout élément permettant

de mettre en doute l'opinion du Dr G. _____ sur la question précise de l'étiologie des atteintes constatées à l'arthro-IRM du 7 octobre 2016, seules ici litigieuses, l'opinion de ce spécialiste ne saurait être écartée sur la base des simples assertions du recourant, infondées sur le plan médical. Partant, en l'absence d'avis médicaux contradictoires et à défaut de tout élément médical faisant suspecter une origine traumatique des atteintes litigieuses, une expertise judiciaire n'apparaît pas nécessaire, de sorte que la requête en ce sens du recourant doit être rejetée. La Cour considère en effet qu'il est établi de manière probante que les atteintes constatées à l'arthro-IRM du 7 octobre 2016 ne sont pas d'origine traumatique, mais dégénérative, de sorte que l'existence d'un lien de causalité, à tout le moins probable, entre ces atteintes spécifiques et l'accident du 25 avril 2009 ne saurait être admise. Elle retient à cet égard et du même coup que ce sont bien ces atteintes qui sont à l'origine des douleurs récentes, qui ont entraîné une nouvelle prise en charge médicale de son cas. Il n'est pas non plus contesté qu'il n'existe aucun lien de causalité avec la chute du 13 novembre 2014, qui n'a manifestement entraîné qu'une aggravation provisoire de l'état antérieur. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'autorité intimée a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents découlant des atteintes constatées à l'arthro-IRM du 7 octobre 2016.

E. 5.3

Il convient finalement de relever que tous les avis médicaux au dossier, et notamment celui du médecin-conseil de l'autorité intimée, mentionnent des douleurs irradiant depuis la main (ou le poignet) jusque dans le bras et l'épaule gauches, et reconnaissent leur lien avec l'accident de moto de 2009. L'autorité intimée ne s'est pas prononcée expressément sur ce point précis. Toutefois, en restreignant l'objet du litige à la seule prise en charge de l'arthro-IRM du 7 octobre 2016 et du traitement des atteintes décelées lors de cet examen, Mutuel Assurances SA semble a contrario admettre implicitement la prise en charge, sur le principe, des traitements conservateurs destinés à soulager les douleurs qui ne seraient pas liées aux atteintes constatées lors de l'arthro-IRM du 7 octobre 2016. Il s'ensuit que ces autres douleurs doivent être considérées comme une manifestation des séquelles de l'accident du 25 avril 2009, dont le traitement, éventuellement conservateur, engage ainsi la responsabilité de l'autorité intimée, ceci dans le sens des conclusions du Dr G. _____. Le recourant soumettra dès lors à l'autorité intimée, cas échéant, toute facture y relative, pour examen de leur prise en charge.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12

E. 6.1

Au vu de tout ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles actuels du recourant et l'accident du 25 avril 2009 doit, d'une part, être reconnue pour les douleurs irradiant depuis le poignet et la main gauches, et, d'autre part, niée pour les douleurs spécifiques découlant essentiellement des atteintes dégénératives constatées à l'arthro-IRM du 7 octobre 2016. Les frais découlant de ce dernier examen ainsi que les mesures thérapeutiques spécifiquement ordonnées pour le traitement des atteintes découvertes à cette occasion ne sauraient, dans ces circonstances, incomber à l'assurance-accidents. Partant, c'est à juste titre que Mutuel Assurances SA a nié le droit du recourant à la prise en charge de tels frais, lesquels n'ont au demeurant pas été précisément listés. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté.

E. 6.2

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6, 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie. III. 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 4 juin 2018/isc Le Président : La Greffière :

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