

# **FR\_GERICHTE 605 2020 209 vom 21. Juni 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-06-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_209](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_209)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 209 du 21 juin 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 209 del 21 giugno 2021

## **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 à raison du lieu et de la matière par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

### **E. 2**

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

#### **E. 2.1**

Au sens de l'art. 4 de la loi 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 réputée accident toute

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

#### **E. 2.2**

La notion d'accident se décompose ainsi 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 et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références citées).

### **E. 3**

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. 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.

### **E. 3.1**

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).

### **E. 3.2**

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**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; voir ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12

### **E. 4.1**

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

### **E. 4.2**

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. 5**

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 322 consid. 5a et les références citées). Lorsque l'existence d'un fait ne peut être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la partie qui l'invoque pour fonder son droit ou au contraire pour s'exonérer d'une obligation d'en supporter les conséquences (RAMA 1994 p. 326 consid. 1 et 3b; ATF 116 V 136 consid. 4b, 114 V 298 consid. 5b).

### **E. 5.1**

En matière d'appréciation 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. Il ne peut 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 (arrêt TF du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

### **E. 5.2**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 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 353 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, voir ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

## **E. 6**

Est en l'espèce litigieux le droit aux prestations, in casu au traitement médical des séquelles qui auraient été causées au niveau de l'épaule gauche par une glissade survenue au mois d'octobre 2018, traitement qui a notamment nécessité une intervention chirurgicale le 7 janvier 2020. Qu'en est-il ?

### **E. 6.1**

Evènement du 8 octobre 2018 et suites Le recourant a glissé en jouant au golf le 6 octobre 2018.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12

#### **E. 6.1.1**

L'annonce initiale (déclaration bagatelle du 29 novembre 2018) avait sobrement résumé cet évènement : « Monsieur jouait au golf, il a glissé et est tombé sur l'épaule gauche » (dossier SUVA, pièce 1). Ce n'est que plus d'une année après cela, dans le cadre de la demande de rechute, que le recourant est revenu plus en détail sur les circonstances de cet évènement : « Le 06.10.2018 vers 10h30, à Pont-la-Ville, je jouais au golf dans un talus et j'ai glissé et je suis tombé sur l'épaule gauche, en retombant sur une surface dure, peut-être un caillou dans le sol ou sur un club de golf, je ne m'en souviens plus précisément, et j'ai ressenti immédiatement une douleur au niveau de mon épaule gauche, lesquelles douleurs se sont accentuées les jours suivants » (rapport du 26 novembre 2019, dossier SUVA, pièce 23)

### **E. 6.1.2**

Une première IRM a été pratiquée plusieurs semaines plus tard, le 27 novembre 2018, pour chercher une explication aux douleurs persistantes : « Chute sur l'épaule gauche mi-septembre 2018 avec douleurs persistantes avec composante inflammatoire. Bursite ? Autre ? Infiltration indiquée ? Intégrité des tendons de la coiffe des rotateurs ? » (dossier SUVA, pièce 17). Une « rupture partielle du versant bursal du tendon du muscle supra-épineux et du tendon du muscle infra-épineux » ainsi qu'une « bursite sous-acromio-sous-deltoidienne marquée » étaient alors signalées, aucune dégénération significative n'étant par ailleurs observée : « Axes et rapports anatomiques de l'articulation gléno-humérale et de l'articulation acromio-claviculaire dans la norme. Signal normal des structures osseuses. Microkyste d'inclusion synoviale aspécifique de taille millimétrique dans la grande tubérosité de la tête de l'humérus. Rupture partielle du versant bursal du faisceau postérieur du tendon du muscle supra-épineux et du faisceau supérieur du tendon du muscle infra-épineux. Continuité préservée du faisceau antérieur du tendon du muscle supra-épineux et du faisceau inférieur du tendon du muscle infra-épineux. Pas de rétraction interne de ces tendons. Continuité préservée et signal normal du tendon du muscle infra-épineux et du tendon du muscle sous-scapulaire. Trophicité normale des muscles de la coiffe des rotateurs. Le tendon du muscle long chef du biceps est de signal normal, bien localisé dans sa gouttière bicipitale humérale avec insertion normale sur le labrum glénoïdien supérieur. L'appareil ligamentaire est préservé. Couverture cartilagineuse préservée de l'articulation gléno-humérale. Morphologie normale du labrum glénoïdien. Pas de remaniement dégénératif significatif de l'articulation acromio-claviculaire. Important épanchement liquidien dans la bourse sous-acromio-sous-deltoidienne ». Ces examens seront commentés au mois d'octobre 2019 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, lequel évoquait alors une « tendinopathie » et disait à peine distinguer la lésion partielle « superficielle » : « IRM du 11.2018 : à la relecture, nous peinons à distinguer la lésion partielle superficielle du sus-épineux. Tendinopathie du sous-épineux, sous- scapulaire et LCB intacts, bursite sous-acromio-deltoidienne importante » (rapport du 4 octobre 2019, dossier SUVA, pièce 15).

### **E. 6.1.3**

Le recourant a subi une infiltration « ciblée sous guidage échographique à visée antalgique de la bourse sous-acromio-sous -deltoidienne-gauche » le 17 décembre 2018 (dossier SUVA, pièce 19).

### **E. 6.1.4**

A la fin de l'hiver 2018-2019, il a ressenti de nouvelles douleurs qui lui ont valu une prescription de physiothérapie, signée par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, à Bulle : « rupture partielle de la coiffe et bursite épaule gauche après chute le 6.10.18. Récidive de la douleur le 23.02.19 » (dossier SUVA, pièce 2).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Ces nouvelles douleurs, paraissant toujours s'inscrire dans le cadre d'une tendinopathie, seraient survenues après une nouvelle partie de golf: « tendinopathie du ...et bursite sous-acromiale. (...) Infiltration efficace le 17.12.18, nouvelle récurrence le 23.02.19 au golf » (rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, dossier SUVA, pièce 3).

### **E. 6.1.5**

De nouveaux examens furent alors réalisés le 8 mai 2019, qui notaient également une réapparition des douleurs dans un contexte de reprise de l'activité sportive: « Tendinopathie du sus-épineux et bursite sous-acromiale. Infiltration efficace le 17.12.2018, mais réactivation des douleurs le 23.02.2019 suite à un effort au sport » (rapport d'échographie, dossier SUVA, pièce 16). Une bursite était à nouveau présente, mais la rupture partielle n'apparaissait plus clairement: « La rupture partielle du versant bursal du tendon du muscle supra-épineux gauche et du tendon du muscle infra-épineux gauche décelable à l'IRM du 27.11.2018 est mal visualisée. Lame d'épanchement liquidien dans la bourse sous-acromio-sous-deltoïdienne gauche ». Le recourant subira, quoi qu'il en soit, une deuxième infiltration ce jour-là.

## **E. 6.2**

Annnonce d'une rechute le 30 septembre 2019 Il a continué à ressentir des douleurs à l'épaule gauche au mois de septembre 2019, raison pour laquelle il a fini par consulter le Dr B.\_\_\_\_\_. Celui-ci a prévu de l'opérer au début de l'année suivante, le 7 janvier 2020 (dossier SUVA, pièce 14).

### **E. 6.2.1**

Le cas a ainsi été ré-annoncé à la SUVA, comme une rechute de l'évènement du 6 octobre 2018 (dossier SUVA, pièce 9). A l'appui de cette nouvelle demande de prise en charge, une radiographie était produite, qui montrait la présence d'un acromion (= protubérance de l'épine de la scapula (omoplate) et forme notamment l'articulation acromio-claviculaire qui est l'une des 4 articulations régissant l'épaule (avec la sterno- costo-claviculaire, la scapulo-serrato-thoracique et la scapulo-humérale), dans un environnement toutefois encore relativement bien préservé : « Il n'y a pas d'anomalie gléno-humérale. L'acromion est de type II mais on note une ossification sur le bord antéro-inférieur de l'acromion, au niveau de l'insertion du ligament coraco-acromial. Pas de signe d'atteinte dégénérative significative au niveau acromio-claviculaire » (radiographie du 2 septembre 2019, dossier SUVA, pièce 20). Le Dr C.\_\_\_\_\_ rappelait pour sa part la survenance de la glissade l'année précédente, continuant à évoquer une tendinopathie : « chute sur épaule gauche en jouant au golf. Tendinopathie de la coiffe, bursite, conflit sous-acromial » (rapport du 4 octobre 2019, dossier SUVA, pièce 18). Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, il retenait en premier lieu l'existence d'un conflit sous-acromial : « Epaule G : conflit sous-acromial et bursite sous-acromio-deltoïdienne avec acromion Bigliani II et ossification sur le bord antéro-inférieur, lésion superficielle sus-épineux, tendinopathie infra-épineux » (rapport du 4 octobre 2019, dossier SUVA, pièce 15).

### **E. 6.2.2**

Le recourant a donc été opéré le 7 janvier 2020. A l'appui de cette intervention, le Dr B.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de « conflit sous-acromial avec acromion Bigliani II et ossifications sur bord antéro-inférieur épaule G » (protocole opératoire du

## **E. 6.3**

Thèses médicales Deux thèses s'affrontent, celle du recourant, relayée par le spécialiste qui le suit depuis le mois de septembre 2019 et qui l'a opéré, à savoir le Dr B.\_\_\_\_\_, et celle du spécialiste de la SUVA le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

### **E. 6.3.1**

Pour le Dr D. \_\_\_\_\_, l'atteinte située au niveau de l'épaule n'est, en dépit même de la survenance à l'époque d'une chute qui avait certes pu aggraver un temps les douleurs, pas de nature accidentelle, mais bien d'origine dégénérative : « En résumé, le patient a fait une chute de sa hauteur le 06.10.2018, tombant sur le moignon de l'épaule G. Ce genre de mécanisme n'est pas à même de provoquer une déchirure d'un tendon de la coiffe des rotateurs. La lésion tendineuse mise en évidence par l'IRM et lors de l'intervention chirurgicale n'est à priori pas d'origine traumatique mais dégénérative, dans le cas présent expliquée par un conflit sous-acromial en lien avec une variante anatomique. La contusion subie le 06.10.2018 a donc aggravé, voire relevé, de manière transitoire l'état antérieur. La persistance de symptômes au niveau de l'épaule G au-delà de deux mois après l'événement est à mettre sur le compte de l'état antérieur. Le lien entre la rechute signalée en septembre 2019 et l'événement d'octobre 2018 est tout au plus possible. L'intervention chirurgicale effectuée le 07.01.2020 traite l'état antérieur congénital et le lien entre cette intervention et l'événement du 06.10.2018 est tout au plus possible » (appréciation médicale du 11 mai 2020, dossier SUVA, pièce 44). Il se fonde ici essentiellement sur le protocole opératoire, qu'il avait au demeurant attendu pour se prononcer en toute connaissance de cause (cf. ses observations du 28 octobre 2019 et du 2 décembre 2019, dossier SUVA, pièces 21 et 24). Ainsi, l'intervention chirurgicale aurait permis de formellement exclure la présence d'une lésion transfixiante qui aurait pu être causée par la chute, tandis qu'elle achevait dans le même temps de prouver l'existence d'un acromion responsable d'un frottement répétitif: « Le rapport opératoire du 07.01.2020 exclut formellement une lésion transfixiante au niveau de la coiffe des rotateurs. Même une lésion transfixiante serait difficilement assimilable à une contusion du moignon de l'épaule, comme dans le cas présent. En revanche, le patient présente un acromion Bigliani II avec, en plus, une ossification sur le bord inférieur de l'acromion. Un acromion Bigliani II est une variante anatomique de l'os acromion qui est alors légèrement courbé et provoque ainsi un rétrécissement de l'espace sous-acromial (un conflit sous-acromial, tel que décrit par le Dr B. \_\_\_\_\_), engendrant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 ainsi un frottement des tendons de la coiffe des rotateurs qui passent dans cet espace. Le frottement répétitif peut faire apparaître avec l'âge des lésions partielles, a priori non-transfixiantes, au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs. Il faut relever que dans le cas présent, la situation est encore aggravée (conflit sous-acromial augmenté) par une ossification du bord inférieur de l'acromion puis une bursite sous-acromio-deltôïdienne importante, vraisemblablement causée par ces variantes anatomiques » (appréciation médicale du 11 mai 2020, dossier SUVA, pièce 44). Il s'est encore attaché à décrire plus en détail le mécanisme d'usure ayant selon lui conduit à la rupture : « Sur le plan médical, on rappellera que du point de vue anatomique, la coiffe des rotateurs (à laquelle appartient le muscle et le tendon sus-épineux) correspond à l'ensemble des muscles et des tendons qui entourent la tête de l'humérus au niveau de l'articulation de l'épaule. Ces muscles servent à donner la force permettant l'élévation du bras et ces diverses rotations, tout en participant également à la stabilité de l'épaule. Avec les troubles dégénératifs articulaires liés à l'âge, ou en raison d'une problématique constitutionnelle, les tendons de la coiffe peuvent entrer en conflit avec la partie de l'omoplate nommée acromion située au-dessus de ces tendons. Le frottement répété des tendons peut provoquer une tendinopathie, avec douleurs de passage, puis des fissures de tendons, allant parfois jusqu'à la rupture. Ces douleurs justifient, dans le premier temps, d'un traitement conservateur avec, en cas d'échec de ce dernier, la possibilité de lever le conflit en décompressant chirurgicalement l'espace sous-acromial (acromioplastie) » (dossier SUVA, pièce 44). Il a

inversement décrit le mécanisme d'une rupture accidentelle, qui ne pouvait selon lui s'être produit dans le cas du recourant, au vu de l'atteinte observée: « A l'inverse, les atteintes de la coiffe reconnues comme étant d'origine traumatique ne sont pas partielles mais classiquement transfixiantes et dues le plus souvent à une chute avec réception sur le bras en extension. D'autres mécanismes lésionnels, tels une luxation d'épaule, le fait de rester subitement suspendu à un bras en supportant tout le poids de son corps ou une traction passive et violente en adduction, antépulsion ou abduction du membre supérieur peuvent aussi générer une lésion transfixiante (=complète) d'un tendon de la coiffe ».

### **E. 6.3.2**

Pour le Dr B. \_\_\_\_\_, c'est la chute en soi qui aurait causé l'atteinte. Il l'a dit dans un rapport du 2 avril 2020 : « Selon vous, le dommage sur lequel une opération a eu lieu le 07.01.2020 est-il imputable, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 06.10.2018? Veuillez justifier votre réponse. Oui. Le traumatisme du 06.10.2018 est adéquat. Les suites de cet accident, avec des douleurs principalement nocturnes, correspondent bien à une lésion de la partie acromiale du sus-épineux » (dossier SUVA, pièce 42). Il s'est plus tard encore prononcé sur la thèse du Dr D. \_\_\_\_\_, considérant qu'elle devait être écartée : « Je ne partage pas l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_. La chute avec réception sur le moignon de l'épaule est tout à fait à même de produire une déchirure d'un tendon dans la coiffe des rotateurs. Il faut noter également la présence d'ossifications sur le bord antéro-inférieur de l'acromion. De telles ossifications peuvent être la conséquence d'un traumatisme local et la persistance de ces ossifications peut expliquer la persistance d'un conflit sous-acromial et d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, comme cela est le cas chez votre client » (rapport du 27 août 2020, dossier SUVA, pièce 58).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12

## **E. 7**

Discussion Il ressort de ce qui précède que les éléments médicaux récoltés à la suite de l'évènement du 6 octobre 2018, à l'origine selon le recourant de son atteinte à l'épaule gauche, ne sont à l'évidence pas décisifs pour étayer sa thèse. Un cliché d'IRM réalisé plusieurs semaines plus tard, à la fin du mois de novembre 2018, et le Dr B. \_\_\_\_\_, qui soutient pourtant le recourant, a lui-même semblé admettre que cette image ne permettait guère de distinguer de lésion partielle du sus-épineux, celle-ci au demeurant qualifiée de superficielle. En revanche, c'est bien une « tendinopathie » qui était alors évoquée par ce dernier spécialiste comme par le médecin traitant le Dr C. \_\_\_\_\_, ce qui va d'emblée dans le sens d'une atteinte dégénérative plutôt qu'accidentelle.

### **E. 7.1**

Ce n'est qu'une année après l'accident, dans le cadre de la rechute annoncée, que le Dr B. \_\_\_\_\_ a commencé à soutenir la thèse au recourant qui le lui demandait en l'interrogeant deux fois à ce sujet. On ne peut ici dès lors exclure qu'il ait répondu favorablement à son patient en vertu du lien de confiance les unissant. Mais il y a tout de même lieu de faire remarquer qu'avant cela, les premières observations du Dr B. \_\_\_\_\_ du mois d'octobre 2019 retenait l'existence d'un conflit sous-acromial, ce qui correspond bien à la thèse du Dr D. \_\_\_\_\_: « Monsieur présente un conflit sous-acromial avec une bursite sous-acromio- deltoïdienne importante dans le contexte d'un acromion Bigliani II et d'une ossification sur le bord inférieur de l'acromion. Le rapport de l'IRM fait état d'une

lésion superficielle du sus-épineux, que nous ne visualisons pas clairement » (rapport du 4 octobre 2019, dossier SUVA, pièce 15). Ce n'est donc qu'au printemps 2020, à la demande de son patient, que le Dr B. \_\_\_\_\_ a semblé changé d'opinion en privilégiant plus clairement la piste accidentelle. Au mois de janvier 2020, lorsqu'il avait prescrit de la physiothérapie dans le sillage de l'opération qu'il venait de pratiquer, il évoquait encore que celle-ci était dispensée pour cause de « maladie » (dossier SUVA, pièce 37).

### **E. 7.2**

Les rapports du Dr D. \_\_\_\_\_ sont, quoi qu'il en soit, beaucoup plus clairs et détaillés que ceux que le Dr B. \_\_\_\_\_ a pu rédiger à partir du printemps 2020. Il s'attache en effet à décrire, de façon convaincante, le mécanisme d'usure, causé par le frottement de l'acromion sur les tendons de la coiffe des rotateurs, expliquant le phénomène du conflit sous-acromial décrit au départ par le Dr B. \_\_\_\_\_ et dont l'opération, on le rappelle, n'était pas destinée à réparer une lésion des tendons ou des muscles, mais bien à raboter une partie dudit acromion. Le Dr D. \_\_\_\_\_ relève, à côté de cela, l'absence de tout signe clair d'une lésion accidentelle qui aurait pu être causée au départ par une glissade, qui n'avait apparemment dans les premières semaines, donné lieu à aucun traitement particulier, et qui n'aura pas empêché le recourant de s'estimer capable, au mois de février suivant, de reprendre le golf.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12

### **E. 7.3**

C'est le lieu de rappeler ici qu'une récurrence des douleurs avait déjà été signalée après cette tentative de reprise du golf à la fin de l'hiver 2020 et cela pourrait ainsi tout aussi bien être un mouvement réalisé à ce moment-là - dont la nature accidentelle ne serait à tout le moins pas établie - qui serait à l'origine des douleurs nouvellement annoncées comme une rechute. Ce qui donnerait à penser que le recourant, âgé de plus de 60 ans, serait atteint de douleurs causées par la pratique régulière du sport. L'on peut en tous les cas partir du principe, au vu de ses déclarations, qu'il paraît être un sportif accompli: « Mon état de santé ne n'est pas amélioré, je n'arrivais plus à dormir, ni à lever mon bras gauche, je n'ai depuis lors pas pu reprendre la pratique du vélo, le golf plus que difficilement, ni le ski, le hockey sur glace, la position de contrainte au niveau de mon bras gauche, mais j'ai toujours travaillé. J'ai alors à nouveau consulté le Dr C. \_\_\_\_\_ le 14.03.2019, j'ai ensuite suivi des séances de physiothérapie jusqu'en mai 2019 » (rapport du 26 novembre 2019, dossier SUVA, pièce 23). Or, si l'on se réfère aux renseignements que l'on peut glaner sur internet, l'on s'aperçoit que le conflit sous-acromial est parfois défini comme une pathologie du sportif (« Toutes les activités physiques ou professionnelles demandant des gestes répétitifs avec une forte abduction ou flexion (ou les 2) de l'épaule peuvent amener à une usure prématurée des différentes structures au niveau acromial. Ainsi, les tendons de la coiffe des rotateurs (notamment le sous-épineux), peuvent entrer en souffrance et s'inflammer. Cette inflammation va donc réduire l'espace sous acromial et donc favoriser le frottement : nous rentrons donc dans un cercle vicieux, qui peut amener à la rupture de la coiffe des rotateurs », cf. [www.valdemarne.fr/newsletters/sport-sante-et-preparation-physique/pathologie-du-sportif-le-conflit-sous-acromial](http://www.valdemarne.fr/newsletters/sport-sante-et-preparation-physique/pathologie-du-sportif-le-conflit-sous-acromial))

### **E. 7.4**

Dans ces conditions, le refus de prestations se justifiait. Il se justifiait d'autant plus dans le cas de cette rechute annoncée après la survenance d'un événement sans gravité particulière

qui n'avait donné lieu à une première infiltration que deux mois plus tard, au mois de décembre 2019 et qui n'avait par la suite pas empêché le recourant de s'estimer prêt à reprendre le golf, au risque de se blesser une nouvelle fois. L'hypothèse d'une rechute observée environ 11 mois plus tard et signalée un an après l'évènement banal du 6 octobre 2018 n'est ainsi tout au plus que possible, mais l'on se situe là dans le domaine des suppositions au vu de la thèse d'une usure progressive soutenue et autrement mieux documentée par le médecin d'assurance, dont la vraisemblance est dès lors ici manifestement prépondérante. On rappellera enfin, sur ce dernier point, que les exigences en matière de preuve de l'existence d'un lien de causalité sont plus sévères encore au regard de l'écoulement du temps.

## **E. 8**

Il s'ensuit, le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. La procédure en matière d'accidents n'étant pas gratuite lorsque le droit aux prestations est en jeu, il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant qui succombe n'a par ailleurs pas droit à une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 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 21 juin 2021/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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