

VD_FINDINFO AA 3/17 - 73/2018 vom 25. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_3_17_-_73_2018

FR: VD_FINDINFO AA 3/17 - 73/2018 du 25 juin 2018

IT: VD_FINDINFO AA 3/17 - 73/2018 del 25 giugno 2018

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, CAUSALITÉ NATURELLE, FORCE PROBANTE, LÉSION DE L'ÉPAULE, DÉCISION DE RENVOI, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, EXPERTISE MÉDICALE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 10 LAA, 48 LAA, 6 al. 3 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.06.2018 AA 3/17 - 73/2018

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, CAUSALITÉ NATURELLE, FORCE PROBANTE, LÉSION DE L'ÉPAULE, DÉCISION DE RENVOI, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, EXPERTISE MÉDICALE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 10 LAA, 48 LAA, 6 al. 3 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 3/17 - 73/2018 ZA17.002788 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 25 juin 2018

Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente MM.

Métral et Piguet, juges Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :

M. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à

Yverdon-les-Bains, et A. _____ , à [...], intimée. _____ Art. 29 al. 2

Cst. ; 4, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 3 LAA En fait : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme spécialiste RH, à plein temps et depuis le 1^{er} août 2009, pour le compte de la société E. _____ SA, à [...]. A ce titre, il est assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès d'A. _____ (ci-après : l'A. _____ ou l'intimée). Par déclaration d'accident LAA du 6 juin 2011, l'employeur a annoncé un sinistre survenu le dimanche 5 juin 2011 à 17h00 à [...]. Alors qu'il pratiquait du BMX® sur l'aire de jeux de [...], l'assuré était passé par-dessus le vélo. Atteint à l'épaule droite (luxation acromio-claviculaire), il s'est soumis, le 17 juin 2011, à un geste chirurgical (comprenant une suture des ligaments coraco-claviculaires, une reconstruction de la capsule acromio-claviculaire ainsi qu'une mise en place d'une plaque à crochet d'augmentation de l'épaule droite) pratiqué par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef aux [...] ([...]). Selon le protocole opératoire établi le 17 juin 2011, les suites opératoires étaient les suivantes : “ - mobilisation libre de l'avant-bras - mobilisation douce de l'épaule jusqu'à la 5^{ème} semaine - contrôle radiologique à cette échéance - ablation des agrafes à 2 semaines ” L'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) a été effectuée le 16 décembre 2011. Après avoir présenté des incapacités de travail à des taux divers (cf. pièce n. 11), l'assuré a repris son activité à 75% dès le 30 décembre 2011. B. Le 24 février 2015, M. _____ a annoncé une rechute à l'A. _____ en lien avec l'accident précité. En effet, il indiquait présenter, depuis

quelques mois à cette époque, des douleurs type brûlures au niveau du moignon de l'épaule et des contractures associées à des phénomènes de paresthésies aux deux derniers doigts de la main (« questionnaire pour rechute » du 1^{er} juin 2015 et rapport de consultation du 19 novembre 2014 du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin-associé aux [...]). Dans un rapport du 17 avril 2015 établi à la suite d'un électroneuro-myogramme (ENMG) réalisé le même jour, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'assuré présentait une luxation partielle du nerf cubital dans la partie haute de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, le nerf venant s'appuyer sur l'épitrochlée. A cela s'ajoutait une diminution de l'amplitude du potentiel sensitif de 35% à droite par rapport à la gauche indiquant vraisemblablement la perte de quelques fibres nerveuses, responsable des symptômes surtout subjectifs sensitifs de la main droite. La situation ne paraissait cependant pas suffisamment grave pour justifier une intervention. De l'avis du Dr F. _____, il n'y avait probablement pas de relation de cause à effet entre le traumatisme de l'épaule et cette anomalie, les longues périodes d'immobilisation en flexion du coude pouvant avoir joué un rôle en forçant le nerf à se luxer. En date du 2 juillet 2015, le Dr I. _____ a répondu au questionnaire médical que lui avait adressé l'A. _____ dans l'intervalle. A la question n° 6 « les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ? », ce médecin a indiqué : « oui, au niveau du moignon de l'épaule dans la mesure où cette symptomatologie n'était pas présente avant l'accident et s'est développée progressivement dans les suites de celui-ci. Toutefois au niveau de la symptomatologie du nerf cubital, il est toujours difficile de mettre en lien la situation actuelle avec cet accident. ». Le 23 juillet 2015, un des médecins-conseils du service médical de l'A. _____ a estimé pour sa part que les lésions de l'assuré n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement du 5 juin 2011. Il se référait sur ce point au rapport de consultation du Dr F. _____. Dans le respect de son droit d'être entendu en procédure, l'A. _____ a fait part, le 11 août 2015, à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de ses prestations pour la rechute de l'accident du 5 juin 2011 annoncée le 24 février 2015. Selon les conclusions de son service médical, le lien de causalité entre l'accident en question et les lésions actuelles de l'assuré ne pouvait être établi au degré de vraisemblance prépondérante requis. Ce constat était corroboré par l'avis du Dr F. _____ du 17 avril 2015 relevant qu'il n'existait probablement pas de relation de cause à effet entre le traumatisme de l'épaule et l'anomalie observée. Dans ces conditions, la causalité naturelle avec la luxation partielle du nerf cubital dans la partie haute de la gouttière épitrochléo-olécrânienne n'était pas démontrée. Par décision du 16 octobre 2015, l'A. _____ a confirmé sa prise de position communiquée le 11 août 2015 en ce sens qu'en l'absence d'un lien de causalité naturelle établi avec vraisemblance prépondérante, l'assuré n'avait pas droit à des prestations d'assurance-accidents pour les suites de la rechute annoncée le 24 février 2015. Par écrit du 16 novembre 2015 de son conseil Me Charles Munoz, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en demandant sa réforme, en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les lésions actuelles dues à l'accident du 5 juin 2011. Il se plaignait d'une interprétation erronée des conclusions du Dr F. _____ par l'A. _____. Quand bien même ce médecin niait l'existence d'un lien de cause à effet entre le traumatisme subi à l'épaule droite lors de la chute à vélo et les atteintes actuelles, il admettait en revanche que l'immobilisation en flexion du coude lors du traitement de l'accident du 5 juin 2011 avait pu jouer un rôle dans les lésions actuelles. L'assuré reprochait également à l'assureur de passer sous silence les réponses du Dr I. _____ au questionnaire qu'il lui avait adressé. En effet, selon ce médecin, une partie

au moins des séquelles actuelles (à savoir les lésions au niveau du moignon de l'épaule) était liée à l'accident de juin 2011 alors que pour l'autre partie, le Dr I. _____ n'excluait pas une telle possibilité mais soulignait la difficulté à se prononcer sur cette question. Pour l'assuré, il existait donc un lien de causalité naturelle (et adéquate) entre ses lésions et l'accident initial, précisément son traitement, ceci à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante. Le 5 décembre 2016, l'A. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision de refus de prestations du 16 octobre 2015 compte tenu de l'absence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles à l'épaule et à la main droites et l'accident du 5 juin 2011. Le Dr F. _____ indiquait qu'il n'y avait probablement pas de cause à effet entre le traumatisme de l'épaule du 5 juin 2011 et la luxation partielle du nerf cubital observée. Il n'était également pas convaincu de l'existence d'un lien de causalité entre la rechute annoncée et l'événement de juin 2011 dès lors que les longues périodes d'immobilisation en flexion du coude avaient pu jouer un rôle en forçant le nerf à se luxer. D'autre part, pour le Dr I. _____ la problématique du moignon de l'épaule s'était développée progressivement dans les suites de l'événement du 5 juin 2011 dès lors que cette symptomatologie était inconnue avant l'accident. Or une « certaine période d'immobilisation en flexion du coude » était insuffisante à établir un lien de causalité naturelle avec l'accident initial, le protocole du 17 juin 2011 mentionnant en particulier une mobilisation de l'avant-bras qui était libre dès l'opération. C. Par acte du 20 janvier 2017, M. _____, représenté par Me Charles Munoz, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la couverture pour toutes les prestations d'assurance liées à l'avis de rechute du 24 février 2015 lui soit acquise. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction – plus précisément, la réalisation d'une expertise médicale permettant de se prononcer en priorité sur un lien de causalité éventuel entre l'événement du 5 juin 2011 (son traitement) et les lésions actuelles –, puis nouvelle décision. Il reproche à l'assureur-accidents de s'être livré à une interprétation erronée des appréciations médicales figurant au dossier. Il évoque une première opération subie après son accident du 5 juin 2011 à la suite de laquelle son bras a été immobilisé « pendant de longs mois » en raison du port d'un gilet orthopédique de manière à ce que son coude soit « fléchi, bras en appui sur les côtes » jusqu'à l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du 16 décembre 2011. Pour le recourant, les brûlures au niveau du moignon de l'épaule et les contractures associées à des phénomènes de paresthésies des derniers doigts de la main annoncées le 24 février 2015 sont la conséquence de l'accident initial et son traitement, en particulier l'immobilisation de longue durée de son bras. Il maintient que même si le Dr F. _____ nie un lien de causalité entre le traumatisme subi à l'épaule lors de la chute et les atteintes actuelles (paresthésies), ce médecin admet toutefois dans son rapport du 17 avril 2015 que l'immobilisation en flexion du coude lors du traitement de l'accident joue un rôle dans les lésions actuelles. Il fait en outre grief à l'intimée de faire preuve de mauvaise foi en passant sous silence une partie des réponses du 2 juillet 2015 du Dr I. _____. Ainsi, sous la réponse n. 6, il est manifeste pour ce praticien qu'une partie au moins des séquelles actuelles (au niveau du moignon de l'épaule) est due à l'accident de juin 2011. Pour l'autre partie, soit les lésions à la main, paresthésies et nerf cubital, le Dr I. _____ n'exclut pas une telle possibilité mais mentionne uniquement la difficulté de se prononcer sur cette question. Le recourant souligne enfin qu'à la question « les lésions sont-elles toujours en lien de causalité avec cet événement

(rechute) ? », le médecin-conseil de l'intimée se contente, de son côté, de répondre « non » en renvoyant à l'avis du Dr F. _____ qui selon lui « confirme » l'inexistence d'un rapport de causalité. Il reproche au médecin-conseil de n'avoir fourni ni explication complémentaire ni motivation et de n'avoir pas tenu compte de ses plaintes en l'absence d'un quelconque examen clinique. De plus, le médecin-conseil n'expose pas pour quels motifs il s'écarte des conclusions du Dr I. _____. Le recourant fait valoir qu'en l'absence d'avis médicaux contraires, l'A. _____ n'était pas fondée à se distancer tant du rapport probant du Dr I. _____ dont il ressort un lien de causalité que de l'avis du Dr F. _____ pour lequel, une longue immobilisation comme en l'espèce peut jouer un rôle dans les lésions présentes à la main (et la symptomatologie du nerf cubital). Le recourant est enfin d'avis qu'il est injuste de la part de l'intimée de lui faire supporter les vices de l'instruction du dossier jusqu'à la décision litigieuse. Le lien de causalité entre l'accident du 5 juin 2011 et les lésions actuelles à l'épaule et à la main doit donc être admis et les prestations d'assurance allouées en conséquence. Dans sa réponse du 29 mars 2017, l'A. _____ a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision sur opposition du 5 décembre 2016, le recourant étant par ailleurs débouté de toutes autres conclusions. Elle réfute l'interprétation du rapport du Dr F. _____ qu'en fait le recourant et lui oppose le fait que selon ce praticien, il n'existe probablement pas de relation de cause à effet entre le traumatisme de l'épaule du 5 juin 2011 et la luxation partielle du nerf cubital dans la partie haute de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, le nerf venant s'appuyer sur l'épitrochlée. Le Dr F. _____ considère certes que les longues périodes d'immobilisation en flexion du coude ont pu jouer un rôle en forçant ledit nerf à se luxer ; il parle cependant d'une possibilité, et non d'une certitude, de sorte qu'un lien de causalité naturelle entre les longues périodes d'immobilisation et la luxation du nerf n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée répète également que selon le protocole opératoire du 17 juin 2011, la mobilisation de l'avant-bras était libre dès l'opération. Elle observe en outre que le fait pour le Dr I. _____ de répondre positivement à la question de savoir si les lésions sont uniquement dues à l'accident ne signifie pas pour autant un lien de causalité avéré. Selon l'intimée, il s'agit là d'un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », insuffisant à établir l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs annoncées et l'accident. Elle s'estime fondée à suivre les conclusions de son service médical qui n'a fait que confirmer l'avis du Dr F. _____ sans fournir d'explications complémentaires dans la mesure où il disposait déjà des éléments nécessaires pour apprécier la situation médicale en toute connaissance de cause. Le reproche d'une insuffisance d'instruction est infondé, une expertise médicale ne se justifiant pas et les documents au dossier étant « tout à fait suffisants » pour permettre une « appréciation consciencieuse de la situation ». L'intimée rappelle enfin qu'il incombe au recourant d'établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'accident du 5 juin 2011 et les plaintes alléguées comme rechutes ou séquelles tardives de cet événement. Au terme d'un second échange d'écritures des 1^{er} mai et 6 juin 2017, les parties ont chacune maintenu leur position respective compte tenu de l'absence d'éléments ou d'arguments nouveaux. Le recourant précise que le rapport du médecin-conseil de l'intimée du 23 juillet 2015 n'était pas versé au dossier lors de son opposition ; il estime que l'absence de cette pièce médicale est contestable sous l'angle de son droit d'être entendu, quand bien même le vice en question a pu être corrigé au cours de la procédure. L'intimée observe de son côté que même en écartant l'avis de son service médical, une relation de cause à effet ne saurait être admise entre la luxation du nerf et la

longue période d'immobilisation en flexion du coude de sorte que la mise en œuvre d'une expertise médicale n'est pas indiquée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) Dans le cas présent, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1). b) Le litige a pour objet la question de savoir si les atteintes à l'épaule et à la main droites annoncées sont dues à l'accident du 5 juin 2011 et si, en conséquence, l'assureur-accidents est tenu de fournir sa couverture pour toutes les prestations d'assurance liées à l'avis de rechute du 24 février 2015. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1 er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) L'assurance-accidents est tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée 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 qui entraîne la mort. b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur causant 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées, 122 V 230 consid. 1; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3). En outre, un rapport de causalité naturelle et adéquate est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable de caractère accidentel. La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4c). La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu

de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante (à cet égard cf. infra consid. 3e). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1) ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3e éd., Bâle 2016, n. 104, p. 929). En cas d'état maladif antérieur, 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 maladif antérieur 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) (RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 107, p. 930). 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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 407 consid. 3b). c) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue en outre ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident (ATF 128 V 169 consid. 1c ; TF 8C_707/2013 du 19 juin 2014 consid. 5.2.1 et 8C_883/2012 du 24 octobre 2013 consid. 2.3). d) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPG), le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer pourquoi il se fonde sur un rapport médical plutôt qu'un autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). S'agissant en particulier des rapports médicaux établis par le médecin traitant

de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait cependant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Quant aux rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). Le point de 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 l'assurance sociale.

4. En l'occurrence, il convient de déterminer si les lésions actuelles à l'épaule et à la main droites dont se plaint le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident de vélo du 5 juin 2011.

a) L'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre les lésions à l'épaule et la main droites du recourant et l'accident. Se fiant à un avis sur dossier de son service médical, elle constate qu'un tel lien n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante au vu du rapport du Dr F._____. Ce faisant, elle considère que l'avis du Dr I._____ n'emporte pas la conviction pour admettre l'existence d'un lien de causalité, dans la mesure où il ne satisfait pas aux critères pour se voir conférer pleine valeur probante. Le recourant soutient pour sa part que sur la base des opinions des Drs F._____ et I._____, un lien de causalité entre l'accident du 5 juin 2011 et les lésions actuelles doit être admis et les prestations LAA être allouées en conséquence. Dans l'éventualité où la Cour de céans ne saurait se fonder sur les éléments au dossier, il suggère le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale.

b) Dans son rapport du 17 avril 2015, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, précise qu'il n'y a probablement pas de relation de cause à effet entre le traumatisme de l'épaule et l'anomalie qu'il observe, à savoir une luxation partielle du nerf cubital dans la partie haute de la gouttière épitrochléo-olécrânienne, le nerf venant s'appuyer sur l'épitrochlée. Il ajoute que les longues périodes d'immobilisation en flexion du coude peuvent avoir joué un rôle en forçant le nerf à se luxer. Le 2 juillet 2015, le Dr I._____ répond au questionnaire de l'intimée en indiquant que : « oui, au niveau du moignon de l'épaule dans la mesure où cette symptomatologie n'était pas présente avant l'accident et s'est développée progressivement dans les suites de celui-ci. Toutefois au niveau de la symptomatologie du nerf cubital, il est toujours difficile de mettre en lien la situation actuelle avec cet accident ». Le protocole opératoire du 17 juin 2011 mentionne une mobilisation libre de l'avant-bras, une mobilisation douce de l'épaule jusqu'à la 5^{ème} semaine, un contrôle radiologique à cette échéance et l'ablation des agrafes à deux

semaines. c) Sur le plan formel et à titre liminaire, il convient de relever l'absence de violation du droit d'être entendu de l'assuré au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse ; RS 101) devant l'autorité administrative, dans la mesure où celui-ci a eu connaissance des éléments de son dossier, en particulier le rapport du 17 avril 2015 du Dr F. _____ communiqué le 11 août 2015. En réplique, l'intéressé convient lui-même de l'absence de vice de forme au terme de la procédure. d) Cela précisé et dans la mesure où le recourant se plaint de douleurs apparues à la suite du traitement de son atteinte à l'épaule causée par l'accident de BMX® du 5 juin 2011, il convient de rappeler que la jurisprudence développée en lien avec l'ouverture du droit aux prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (art. 6 al. 3 LAA) implique un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident (cf. consid. 3c supra). Or sur cette question, seul le Dr F. _____ indique que les longues périodes d'immobilisation en flexion du coude peuvent avoir joué un rôle en forçant le nerf à se luxer. Il fonde ce constat sur le fait que l'assuré lui a indiqué « avoir eu pendant six mois une immobilisation du bras, coude fléchi, bras en appui sur les côtes » (rapport du 17 avril 2015 du Dr F. _____, p. 1). L'intimée soutient qu'une certaine période d'immobilisation en flexion du coude ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle avec l'événement du 5 juin 2011. Elle se prévaut à cet effet du protocole opératoire du 17 juin 2011 selon lequel la mobilisation de l'avant-bras était libre. On ne saurait encore considérer qu'il n'y ait pas eu une longue immobilisation. Faute d'instruction précise sur cette question, on ignore en l'état actuel du dossier combien de temps le coude a été immobilisé. C'est pour cette raison également que le Dr F. _____ a indiqué dans son rapport que les longues périodes d'immobilisation pouvaient avoir joué un rôle en forçant le nerf à se luxer. Peu importe finalement le terme utilisé par le spécialiste, l'intimée aurait dû l'interpeller afin de lui demander si – au vu de ses constatations et après avoir vérifié la durée de l'immobilisation – le lien de causalité était seulement possible, probable ou certain en lui exposant les conséquences de son choix. Par ailleurs, dès lors qu'il ne fait que renvoyer à l'avis du Dr F. _____, le rapport du médecin-conseil de l'A. _____ est totalement insuffisant pour trancher cette question. Force est de constater en réalité que la question des éventuelles lésions causées lors du traitement médical pris en charge par l'assureur-accidents n'a pas du tout été examinée par l'intimée et des questions précises sur ce point n'ont pas été posées au Dr F. _____. L'instruction est dès lors incomplète de sorte qu'il n'est pas possible de statuer en l'état en pleine connaissance de cause. e) Pour toutes les raisons qui précèdent, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA. Il conviendra d'établir en premier combien de temps a duré l'immobilisation. L'expert devra notamment déterminer si l'évolution défavorable est due au traitement médical des suites de l'accident. Il se prononcera également sur le point de savoir si dans le même laps de temps et sans l'événement accidentel, les atteintes actuelles de l'assuré à son épaule et à sa main droites auraient évolué de la même manière. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. 5. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction

conformément aux considérants du présent arrêt. a) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). b) Le recourant, qui obtient gain de cause, avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2016 par A. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. A. _____ versera à M. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Charles Munoz (pour M. _____), ■ A. _____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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