

VD_FINDINFO AA 9/20 - 9/2021 vom 12. Januar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_9_20_-_9_2021

FR: VD_FINDINFO AA 9/20 - 9/2021 du 12 janvier 2021

IT: VD_FINDINFO AA 9/20 - 9/2021 del 12 gennaio 2021

Regeste

ACCIDENT, RECHUTE, LIEN DE CAUSALITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, RAPPORT MÉDICAL, FORCE PROBANTE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.01.2021 AA 9/20 - 9/2021

ACCIDENT, RECHUTE, LIEN DE CAUSALITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, RAPPORT MÉDICAL, FORCE PROBANTE | 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 9/20 - 9/2021 ZA20.001324 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 12 janvier 2021 _____

Composition : M Piguet , juge unique Greffière
: Mme Tedeschi ***** Cause pendante entre : Q. _____ , à [...], recourant, représenté par O. _____, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA. E n f a i t : A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, a travaillé à plein temps du 1 er novembre 2017 au 31 mai 2018 pour le compte de V. _____ AG en qualité d'auxiliaire sur machine. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 25 mai 2018, l'assuré a glissé, chuté et est tombé sur son épaule droite, alors qu'il redescendait d'une passerelle sur laquelle il était monté pour débarrasser un carton. Le 28 mai suivant, l'employeur a annoncé le sinistre à la CNA. Par décisions du 30 mai 2018, la CNA a, d'une part, confirmé prendre en charge les traitements médicaux de l'assuré et, d'autre part, lui octroyer une indemnité journalière. A teneur d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite, pratiquée le 26 juin 2018, le Dr B. _____, spécialiste en radiologie, a conclu, dans son rapport du même jour, à une déchirure partielle profonde supérieure insertionnelle et pré-insertionnelle du tendon sous-scapulaire, une déchirure partielle profonde insertionnelle antérieure du tendon sus-épineux, une déchirure partielle profonde insertionnelle supérieure du tendon sous-épineux, une tendinopathie intra-articulaire distale du long biceps et à une fine bursite sous-acromiale. Dans son rapport de consultation du 13 juillet 2018, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une déchirure partielle transfixiante sus-épineux de l'épaule droite, prescrit un traitement conservateur et attesté d'une incapacité de travail complète dès le 25 mai 2018. A teneur d'un rapport du 31 octobre 2018, la Dre D. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a, après avoir examiné l'assuré, posé le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs, semblant prédominer au niveau du sous-scapulaire et du sus-épineux,

avec une possible lésion de la poulie bicipitale. Elle a indiqué que l'intéressé mentionnait aller beaucoup mieux par rapport aux premiers mois – durant lesquels il ne pouvait pas mobiliser son bras –, effectuer de nombreux exercices et souhaiter reprendre une activité professionnelle au plus vite. La Dre D. _____ a relevé que la situation médicale n'était cependant absolument pas stabilisée, que les limitations fonctionnelles persistantes étaient importantes au niveau du membre supérieur droit et que l'incapacité de travail totale était toujours justifiée. Enfin, cette médecin a préconisé qu'un séjour au sein de la Clinique P. _____ (ci-après : la P. _____) soit mis en place, afin que l'assuré puisse bénéficier d'une physiothérapie intensive et d'une évaluation de ses capacités fonctionnelles et professionnelles. Par avis du 7 novembre 2018, le Dr Z. _____ a retenu une évolution relativement défavorable de la situation et adhéré à la proposition de la Dre D. _____ s'agissant d'une hospitalisation au sein de la P. _____. Le 28 novembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), à laquelle cet office a répondu en octroyant le 22 janvier 2019 une mesure d'intervention précoce, sous la forme de modules externalisés auprès de la Fondation F. _____. Du 16 janvier au 13 février 2019, l'assuré a séjourné auprès de la P. _____. Selon le rapport final du 7 mars 2019, la Dre H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr M. _____, médecin assistant auprès de la P. _____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, ainsi que le diagnostic supplémentaire de traumatisme de l'épaule droite survenu le 25 mai 2018, avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs, sans rupture transfixiante, avec comme complication une irritation du nerf axillaire droit, sans anomalie électroneuromyographique. Ces médecins indiquaient que les plaintes et les limitations de l'assuré s'expliquaient principalement par les lésions objectivables constatées pendant le séjour à la clinique. En conclusion, ils renaient que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite du traitement de physiothérapie pouvait cependant améliorer les capacités fonctionnelles du patient. Aucune intervention chirurgicale n'était recommandée. Une stabilisation médicale était au demeurant attendue dans un délai de deux mois. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles consistaient à éviter le port de charge supérieure à 15-20 kg, le port répété de charge supérieure à 10-15 kg, un travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, ainsi que les positions en porte-à-faux prolongées ; il n'existait en revanche pas de limitation dans les travaux fins. Ces médecins ont par ailleurs observé un patient qui s'était investi dans sa rééducation, mais qui avait rapidement été limité par la douleur, et ont relevé qu'avant son accident, l'assuré souhaitait se rediriger dans sa profession initiale de plâtrier-plaquiste, mais que cet emploi, tout comme d'ailleurs l'activité antérieure d'auxiliaire sur machine, ne semblaient plus réalisables. Un stage de réorientation, dans le cadre des mesures d'intervention précoces de l'AI, était prévu à la sortie de la clinique. Dans tous les cas, d'après les médecins de la P. _____, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, était favorable. Selon un rapport du 21 mai 2019, la Dre D. _____ a indiqué que l'assuré lui avait déclaré que son épaule droite allait beaucoup mieux et qu'il avait récupéré la force et les mouvements de son épaule, mais qu'il lui restait quelques difficultés pour le mouvement combiné lorsque son bras était à l'horizontal, son coude fléchi et qu'il tirait le bras vers l'arrière. Au demeurant, il ne prenait plus de médicament. Il avait également signalé qu'il allait débiter un stage le

3 juin 2019 auprès de W. _____, lequel devait se dérouler jusqu'au 21 juin suivant, et qu'il se réjouissait de retourner travailler, ayant bon espoir de trouver un emploi adapté. Objectivement, la Dre D. _____ a considéré que la situation était stabilisée et confirmé les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la P. _____. Les activités professionnelles lourdes ou s'exerçant dans le bâtiment, tel que plâtrier, n'étaient cependant plus exigibles, la capacité de travail étant définitivement nulle dans ce type d'emplois. Dans une activité adaptée en revanche, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Enfin, les lésions de l'assuré ne lui permettaient pas de prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A teneur d'une décision du 29 mai 2019, la CNA a mis fin à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalière avec effet au 30 juin 2019, la situation médicale étant stabilisée s'agissant des suites de l'accident du 25 mai 2018. Pour ce qui était du droit à d'autres prestations d'assurance, la situation devait encore être examinée. Par courriel du 19 juin 2019, l'assuré a annoncé à la CNA une rechute de sa lésion de l'épaule droite. Il a indiqué que le 3 juin 2019, il avait commencé son stage auprès de W. _____. Après deux semaines, les douleurs à l'épaule étaient réapparues et étaient devenues insupportables, de sorte que l'intéressé avait consulté le Dr Z. _____. Par rapport du 19 juin 2019, le Dr Z. _____ a décrit qu'en portant une lourde charge alors qu'il travaillait, l'assuré avait ressenti un craquement et une nette péjoration des douleurs dans l'épaule droite. Ce médecin a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 19 juin 2019. Le 23 août 2019, une IRM de l'épaule droite a été pratiquée. Dans son rapport du même jour, le Dr C. _____, spécialiste en radiologie, a conclu qu'il n'existait pas de changement significatif en comparaison avec l'IRM du 26 juin 2018. Il a confirmé les diagnostics d'arthrose acromio-claviculaire, de tendinopathies du sus-épineux (avec déchirure partielle, intrinsèque postérieurement) et insertionnelle du sous-scapulaire, ainsi que de petite déchirure intrinsèque du faisceau supérieur du sous-épineux. Appelée à se déterminer, la Dre D. _____ a répondu, dans un avis du 9 septembre 2019, que l'IRM du 23 août 2019 était superposable à celle réalisée le 26 juin 2018. Il n'y avait ainsi pas d'aggravation objective de l'état de santé sur le plan radiologique, comme sur le plan clinique. Par conséquent, l'état de santé actuel était superposable à celui qui prévalait au moment de l'examen final du 21 mai 2019. Par décision du 19 septembre 2019, la CNA a informé l'assuré, désormais représenté par O. _____, que, s'agissant de la nouvelle incapacité de travail annoncée à partir du 19 juin 2019, aucune aggravation notable de l'état de santé ne pouvait être retenue sur la base des documents médicaux. Par conséquent, aucune prestation ne pouvait être allouée au-delà du 30 juin 2019, tel que retenu dans la décision du 29 mai précédent. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2019, le Dr Z. _____ a mentionné, d'une part, qu'en date du 6 septembre 2019, son patient allait un peu mieux, avait arrêté son stage et avait retrouvé l'état de son épaule « d'avant-dernière alerte », et, d'autre part, qu'en date du 1^{er} octobre 2019, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles, à savoir d'éviter de porter des charges de plus de 15 kg, les travaux au-dessus de la tête et les activités répétitives pour l'épaule. Aux termes de son avis complémentaire du 9 octobre 2019, la Dre D. _____ a indiqué que le dernier rapport du Dr Z. _____ ne modifiait pas ses conclusions des 21 mai et 9 septembre 2019. Par courriel du 9 octobre 2019, l'assuré a requis de la CNA qu'elle rende une décision formelle sur son droit à des prestations d'assurance pour la période du 1^{er} juillet au 30 septembre 2019. Par décision du 22 octobre 2019, la CNA a refusé à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A teneur de son opposition du 21 novembre 2019, l'assuré a requis que la CNA

réforme sa décision du 22 octobre 2019 en ce sens qu'elle poursuive le versement des indemnités journalières jusqu'au 5 septembre 2019. Il a en substance argué que les mêmes lésions étaient visibles sur les IRM du 26 juin 2018 et du 23 août 2019, de sorte qu'il s'agissait incontestablement d'un cas de rechute. De surcroît, l'intéressé a porté au dossier un questionnaire médical rempli le 5 novembre 2019 par le Dr Z. _____, dans lequel ce dernier reprenait pour l'essentiel les observations rapportées dans son rapport du 1^{er} octobre 2019. Ce médecin avait toutefois ajouté que les limitations et douleurs mises en évidence en juin 2019 étaient les mêmes que celles précédemment constatées ; au vu de l'évolution de la situation, il estimait qu'il n'y aurait pas d'amélioration de l'état actuel et que l'on pouvait même redouter, à moyen ou long terme, une légère péjoration. La capacité de travail était cependant entière dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles. Par décision du 27 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a considéré que les constatations du Dr Z. _____ ne permettaient pas d'admettre que l'état de santé s'était modifié par rapport aux éléments retenus par la médecin d'arrondissement. En outre, le médecin traitant ne prétendait pas avoir mis en place un traitement qui aurait permis l'amélioration de la capacité de travail et n'indiquait pas dans quelle activité il estimait que la capacité de travail avait été nulle du 19 juin au 5 septembre 2019. Par ailleurs, les résultats de l'IRM du 23 août 2018 étaient superposables à ceux de l'IRM effectuée le 26 juin 2018. Enfin, les plaintes de l'assuré ne trouvaient pas de traduction clinique. C'était dès lors à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations avec effet au 30 juin 2019. B. Par décision du 29 novembre 2019, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que le taux d'invalidité, arrêté à 1 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. C. a) Par acte du 10 janvier 2020, Q. _____, toujours représenté par O. _____, a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA poursuive le versement des prestations d'assurance – notamment des indemnités journalières – pour la période du 1^{er} juillet 2019 au 5 septembre 2019, et subsidiairement à son annulation, avec renvoi à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, Q. _____ a fait valoir n'avoir retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qu'à compter du 6 septembre 2019 et contesté le rapport du 9 septembre 2019 de la Dre D. _____, arguant que celle-ci ne l'avait pas ausculté. Il a par ailleurs souligné sa volonté de reprendre une activité professionnelle et son engagement dans le processus de guérison, éléments attestés par de multiples médecins et intervenants. b) Dans sa réponse du 7 avril 2020, la CNA a conclu au rejet du recours. S'il était vrai que la situation n'était pas encore totalement stabilisée au mois de juin 2018 et après le séjour auprès de la P. _____ en février 2019, il ne fallait toutefois pas perdre de vue que le traitement qui devait être poursuivi avait un caractère conservateur uniquement et qu'une stabilisation de l'état de santé était attendue au bout de deux mois. Ainsi, il n'était pas possible de retenir l'existence d'une rechute en juin 2019. Un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise médicale, était par conséquent inutile. c) Dans sa réplique du 8 juin 2020, Q. _____ a intégralement maintenu ses conclusions. Il estimait que la CNA avait violé son obligation d'instruire les faits de la cause, celle-ci ayant refusé de l'examiner afin de vérifier si les douleurs et limitations fonctionnelles étaient réapparues. d) Dans sa duplique du 26 juin 2020, la CNA a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse,

applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Au vu des conclusions prises par le recourant, le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période du 1^{er} juillet au 5 septembre 2019. 3. a) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1) ; le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2) ; l'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain en cas de service, de maternité et de paternité ; RS 834.1) (al. 3). Le droit au versement de l'indemnité journalière de l'assurance-accidents suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_301/2018 du 22 août 2019 consid. 4). b/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). bb) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). cc) Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc 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 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 5. a) Dans son rapport final du 21 mai 2019, la Dre D._____ a considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit toute activité évitant le port de charge supérieure à 15-20 kg, le port répété de charge supérieure à 10-15 kg, un travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, ainsi que les positions en porte-à-faux prolongées ; il n'existait en revanche pas de limitation dans les travaux fins. Ce faisant, la Dre D._____ confirmait les conclusions auxquelles étaient arrivés les spécialistes de la P._____ dans leur rapport final du 7 mars 2019. Ces derniers avaient considéré que la situation n'était pas encore stabilisée, mais qu'elle pouvait être améliorée par la poursuite du traitement de physiothérapie et qu'une stabilisation médicale était prévue dans un délai de deux mois. En date du 21 mai 2019, à savoir trois mois après la fin du séjour le 13 février 2019 auprès de la G._____, la Dre D._____ a été en mesure de conclure à la stabilisation de l'état de santé du recourant, ce dernier ayant d'ailleurs fait état d'une grande amélioration de son épaule droite et de la fin du traitement médicamenteux. b) Dans son rapport du 19 juin 2019, le Dr Z._____ a indiqué que le recourant avait ressenti une péjoration de ses douleurs après avoir soulevé une lourde charge, alors qu'il effectuait un stage auprès de W._____. On relèvera au préalable que l'exacerbation – temporaire – des douleurs est liée à un effort incompatible avec l'état objectif de l'épaule du recourant et aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la P._____ et par la Dre D._____. Cela étant, cette exacerbation n'est corrélée à aucune observation médicale objective. En effet, l'IRM pratiquée le 23 août 2019 ne met en évidence aucun changement significatif par rapport à la première IRM réalisée le 26 juin

2018. Dans ses rapports des 1^{er} octobre et 5 novembre 2019, le Dr Z. _____ a indiqué que les douleurs présentées par son patient étaient les mêmes que celles constatées avant l'événement de juin 2019, sans toutefois objectiver ces douleurs ou les mettre directement en lien de causalité avec l'événement du 25 mai 2018. Plus encore, les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles soulevées par les spécialistes de la P. _____ et par la Dre D. _____, à savoir que le recourant est inapte à porter des charges de plus de 15 kg, à effectuer un travail au-dessus de la tête, ainsi que des travaux répétitifs pour l'épaule. Le Dr Z. _____ a par ailleurs estimé qu'en respectant les limitations fonctionnelles décrites, le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dès le 6 septembre 2019. c) Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation opérée par l'intimée, celle-ci n'étant pas fondamentalement remise en cause par les explications données par le Dr Z. _____. En tenant compte du fait que l'état de santé du recourant était stabilisé au 21 mai 2019, c'est ainsi sans violer le droit fédéral que l'intimée a refusé d'allouer des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2019. 6. a) Il n'y a pas violation du droit à l'administration des preuves lorsque l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). b) En l'espèce, le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir de procéder à une expertise judiciaire. Le fait que la Dre D. _____ ait rendu ses avis du 9 septembre et 9 octobre 2019 sans avoir examiné personnellement le recourant ne saurait rien y changer, dès lors qu'il est admis qu'il n'est pas toujours nécessaire de procéder à l'examen médical d'un assuré, en particulier lorsqu'il existe au dossier des éléments permettant de se faire une idée suffisamment claire de la situation. 7. a) En définitive, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 27 novembre 2019 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020], par application de l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 27 novembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ O. _____ (pour Q. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, ■ Office fédéral de la santé publique, 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). La greffière :

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