

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 88 vom 25. Februar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__88

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 88 du 25 février 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 88 del 25 febbraio 2019

Regeste

RECHUTE, AA, CAUSALITÉ NATURELLE | 16 al. 2 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

Erwägungen

E. 7

a) Dans le cas d'espèce, une radiographie effectuée au lendemain de l'accident n'a mis en évidence aucune anomalie. Une IRM réalisée le 9 novembre 2015 a permis de constater que l'assuré souffrait d'une contusion de l'articulation acromio-claviculaire, sans évidence d'une ligne fracturaire, d'une rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire, notamment dans la partie supérieure avec rupture de la poulie du biceps et atrophie de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire (Goutallier 2), d'une dislocation du long chef du biceps, d'une fissuration longitudinale de la partie centrale du tendon du sous-épineux, d'une tendinopathie d'insertion du sus-épineux ainsi que d'une petite bursite sous-acromiale. L'examen a également relevé, au niveau osseux, un acromion de type Bigliani 2, un léger œdème osseux de la clavicule distale, une lame de liquide dans l'articulation acromio-claviculaire et un réhaussement du contraste périfocal. Un traitement de physiothérapie a été mis en place. Les deux médecins traitants ont attesté une pleine capacité de travail dès le 18 avril 2016. Le Dr G. _____ a constaté une évolution favorable sous traitement conservateur avec une récupération quasi complète de la mobilité. Il a indiqué que le traitement était terminé, hormis la nouvelle prescription de six séances de physiothérapie supplémentaires (cf. rapport du 12 avril 2016). Quant au Dr K. _____, il a confirmé que son patient présentait une capacité de travail entière dès le 18 avril 2016, tout en préconisant un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA pour évaluer les séquelles (cf. feuille-accident LAA au 26 avril 2016). Dans les faits, la reprise de travail en plein a bien eu lieu le 18 avril 2016, la CNA ayant versé les indemnités journalières jusqu'au 17 avril 2016. Le 30 mai 2016, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr X. _____, qui a diagnostiqué un status après contusion de l'épaule gauche et une rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire avec atrophie musculaire Goutallier II, dislocation du long chef du biceps de épaule gauche. Il a constaté que l'évolution était tout à fait satisfaisante, que l'assuré avait repris son métier et que l'événement en cause avait aggravé de manière temporaire un état dégénératif préexistant de l'épaule gauche. L'examen des épaules avait notamment conduit aux constatations suivantes : « Elles sont stables dans tous les plans. Mobilité symétrique à l'exception de la rotation externe, bras au corps, qui est de 50 ° à gauche contre 60 ° à droite. Flexion-extension : 170-0-50 ° ddc [des deux côtés]. Abduction : 170 °. Rotation externe-interne, bras en abduction : 90-0-90 °. A droite, il n'y a pas de signe clinique de tendinopathie de la coiffe des rotateurs. A gauche, le Palm-up et le test de Jobe sont négatifs. Le Belly-press est négatif. Lors de la manœuvre de Lift-off, diminution de la force

musculaire. » Appelé à se déterminer une nouvelle fois ensuite de l'annonce par l'assuré d'une rechute à la suite d'une « déchirure » à l'épaule gauche, le Dr X. _____ a estimé que le statu quo sine avait été retrouvé à une année de l'accident, dans la mesure où celui-ci avait aggravé de façon temporaire une ancienne déchirure du tendon du sous-scapulaire. Il a ajouté que la présence d'une atrophie musculaire Goutallier II à l'examen par IRM de novembre 2015 était le signe que cette déchirure était très ancienne. A son avis, la rechute annoncée en novembre 2016 n'était pas en lien de causalité probable avec l'événement en cause (cf. avis du 2 décembre 2016). Le Dr X. _____ a ajouté que mise à part l'image de contusion de l'articulation acromio-claviculaire, l'IRM n'avait pas montré de lésion traumatique (cf. avis du 23 janvier 2017). Se ralliant à cette appréciation, l'intimée a estimé que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint au plus tard un an après l'accident et a refusé de prester des suites de la rechute annoncée le 25 novembre 2016. b) Le recourant conteste cette appréciation, dont il remet en cause la valeur probante, lui préférant la prise de position du Dr G. _____, selon laquelle les troubles prévalant depuis le 24 novembre 2016 constituait une décompensation douloureuse de la lésion de la coiffe des rotateurs reconnue comme accidentelle en 2015. Il estimait que de ce fait, l'intimée devait reprendre le service de ses prestations. Le recourant ne saurait toutefois être suivi dans ses conclusions. En effet, dans son rapport du 20 avril 2017, invité par le recourant à se déterminer sur la conclusion du Dr X. _____ selon laquelle le statu quo sine aurait été retrouvé une année après l'accident du 24 septembre 2015, le Dr G. _____ a répondu « Oui, dans le sens que le patient avait retrouvé une mobilité complète. Néanmoins, des restrictions de port de charges avaient été émises pour pouvoir reprendre son métier, en l'occurrence soulèvement de charges de plus de 15kg et mouvements de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale ». S'agissant du lien de causalité l'événement du 24 septembre 2015 et les douleurs actuelles, le Dr G. _____ a indiqué « En fait, il est difficile de faire la part des choses entre les lésions dégénératives et des lésions fraîches, mais l'accident a été reconnu par la SUVA et on peut imaginer que la SUVA considérait qu'il y avait quand même une partie de lésions fraîches dans les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche de M. M. _____ ». Le Dr G. _____ a en outre qualifié de probable le lien de causalité entre les troubles actuels et l'événement du 24 septembre 2015 sans toutefois motiver davantage sa conclusion. Il a noté que certes, l'IRM réalisée après la décompensation douloureuse de l'épaule gauche n'avait pas révélé de nouvelle lésion, mais qu'à son sens, si on reconnaissait des lésions accidentelles en 2015, on pouvait considérer qu'elles se décompensaient en 2017. Force est de constater que ces considérations ne sont guère convaincantes. L'avis du Dr G. _____ ne repose pas sur des éléments circonstanciés et objectifs, mais part de la prémisse non avérée que l'intimée avait admis l'existence de lésions fraîches à la coiffe des rotateurs lors de l'événement accidentel. Hormis le fait que l'appréciation du Dr G. _____ ne contredit pas le rapport médical du Dr X. _____ sur le fait que le statu quo sine a été retrouvé à une année de l'événement en cause, il ne dit pas en quoi les conclusions de Dr X. _____ seraient erronées, mais se contente d'affirmer qu'il est difficile de faire la part des choses et qu'en présence de lésions accidentelles en 2015, on pouvait reconnaître leur décompensation ultérieure. Cette argumentation ne suffit toutefois pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales, qu'il existe un lien de causalité ni certain ni même probable, entre les douleurs apparues en novembre 2016 et l'événement du 24 septembre 2015. Ainsi, les éléments apportés par le Dr G. _____ ne suffisent pas à faire naître un doute sur le bienfondé et la fiabilité des conclusions du Dr X. _____. Celles-ci sont

d'ailleurs corroborées par l'appréciation médicale, plus approfondie, de la Dresse P._____. c) Dans son appréciation médicale du 11 août 2017, le Dresse P._____ a indiqué que l'existence d'un acromion morphotype II et III, comme visualisé chez l'assuré, favorisait la survenance d'un conflit sous-acromial et de remaniements dégénératifs, eux-mêmes à l'origine de la lésion tendineuse dégénérative. Reprenant et commentant systématiquement les diagnostics retenus à l'IRM du 9 novembre 2015, la Dresse P._____ a indiqué que la tendinopathie du muscle subscapulaire impliquait un remaniement tendineux, soit une dégénérescence. Retenant que lors d'atteintes ou de ruptures de la coiffe des rotateurs, le tendon pouvait être apparenté à une courroie dans une poulie, qui s'use progressivement, la Dresse P._____ a constaté que dans le cas de l'assuré, la rupture du tendon, décrite comme partielle, relevait d'une usure ; il n'y avait donc pas de rupture post-traumatique à proprement parler. Elle a précisé que, sachant que la dégénérescence graisseuse des muscles à tendon rompu apparaissait minimum un an après la rupture et que dite dégénérescence s'aggravait généralement lentement, il était évident que l'atteinte au tendon du muscle subscapulaire mise en évidence sur l'IRM du 9 novembre 2015 était plus ancienne que l'événement du 24 septembre 2015, l'IRM ayant été réalisée à six semaines de l'événement. S'agissant de la fissure longitudinale de la partie centrale du muscle infra-épineux, la Dresse P._____ a expliqué que lors d'un processus dégénératif avancé, la structure microscopique du collagène du tendon s'altère de plus en plus, induisant un clivage du tendon, dont le résultat est un déficit biomécanique qui s'exprime par le développement de transformations soit longitudinales soit transversales. Les transformations longitudinales, comme constatées chez l'assuré, sont considérées comme une conséquence d'un frottement des fibres à l'intérieur du tendon et résultent d'un processus chronique et évolutif, et non pas d'un événement aigu. Il s'agit donc dans le cas présent d'une altération tendineuse par usure, sans rupture tendineuse, dans le sens où il n'existe pas d'interruption des fibres tendineuses perpendiculairement à l'axe de force du tendon. La Dresse P._____ en a conclu que l'assuré présentait une image classique d'atteinte tendineuse dégénérative, probablement favorisée par l'acromion de type II d'origine congénitale, précisant que la clinique corroborait cette appréciation, puisque l'assuré ne présentait aucune limitation de la mobilité de son épaule gauche lors de l'exercice de son activité professionnelle, les mécanismes compensatoires ayant eu le temps de progressivement se mettre en place pour compenser la lente progression du processus dégénératif. Concernant la dislocation/luxation du long chef du biceps, la Dresse P._____ a indiqué qu'il s'agissait-là d'une atteinte le plus souvent secondaire à une altération dégénérative des tissus, et que tel est le cas de l'assuré, chez qui une atrophie de la partie du muscle subscapulaire a été constatée sur l'IRM du 9 novembre 2015. Enfin, le léger œdème osseux de la clavicule distale sans évidence de ligne fracturaire présent conjointement à une lame de liquide dans l'articulation acromio-claviculaire témoigne d'une contusion au niveau de l'épaule gauche, plus précisément de l'articulation acromio-claviculaire. Le Dresse P._____ a conclu de ces éléments que c'était à juste titre que le Dr X._____ avait retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche en relation avec l'accident du 24 septembre 2015, alors que l'atteinte de la coiffe des rotateurs était d'origine uniquement dégénérative. Elle a précisé que les effets délétères du traumatisme subi par l'assuré ayant conduit à ladite contusion n'avait pas perduré au-delà d'une année, délai à l'issue duquel le statu quo sine pouvait être retenu, alors que la symptomatologie persistant au-delà de cette date était en relation de causalité exclusive avec une pathologie antérieure et manifestement dégénérative. L'appréciation médicale de

la Dresse P. _____ examine les points litigieux importants et procède d'une étude circonstanciée, en pleine connaissance de l'anamnèse. Elle se fonde sur des examens complets du dossier médical, en particulier de la situation médicale du recourant au moment de l'accident, afin de déterminer si on est en présence de lésions dégénératives ou accidentelles. Dès lors qu'il s'agit de déterminer si on est en présence d'une ancienne lésion, antérieure à l'accident, l'examen sur la base des pièces est pleinement relevant. La Dresse P. _____ a procédé à une riche description du contexte médical ; son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Son rapport du 11 août 2017 répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, sans qu'aucun élément au dossier ne permette de jeter le doute sur ses conclusions. En particulier, les conclusions du Dr G. _____ sur le lien de causalité entre les troubles annoncés le 25 novembre 2016 et l'accident de septembre 2015 ne reposent que sur des suppositions non objectivées et ne suffisent pas à remettre en cause l'analyse de la Dresse P. _____. Les conclusions de la Dresse P. _____ peuvent être retenues. d) Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre la lésion invoquée à titre de rechute le 25 novembre 2016 et l'accident du 24 septembre 2015. Contrairement à ce que soutient le recourant, cette conclusion s'impose même sous l'angle des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA, dans leur teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2016. Ces dispositions ne lui sont en effet d'aucun secours, dès lors qu'elles ne permettent l'allocation de prestations de l'assurance-accidents pour les lésions semblables aux conséquences d'un accident que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Or en l'occurrence, comme il a été démontré à satisfaction supra, les atteintes présentées par l'assuré au-delà du délai d'un an après l'accident du 24 septembre 2015 sont uniquement de nature dégénérative. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations en lien avec la décompensation douloureuse survenue le 24 novembre 2016.

E. 8

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, 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 (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

E. 9

a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par M. _____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a

LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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