

VD_GERICHTE ZA13.003106 vom 17. Januar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.003106

FR: VD_GERICHTE ZA13.003106 du 17 janvier 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.003106 del 17 gennaio 2014

Erwägungen

E. 2

Sur le plan professionnel:

- 7 - Chez un patient travaillant comme maçon, non qualifié, il n'y a pas d'indication à la poursuite d'une incapacité de travail prolongée. Etant donné que le patient n'a plus de contrat de travail, il est proposé une reprise médico-théorique à 50 % dès le mois de septembre [2011]. Le patient est informé qu'il devra s'inscrire au chômage dès qu'il récupérera 50 % de capacité de travail. On peut s'attendre à une reprise difficile au vu des facteurs de risque de chronicité relevés. Le patient a rendez-vous à la consultation du Dr H. _____ le 11.08.2011. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MAÇON - 100 % du 10.08.2011 au 11.08.2011. TRAITEMENT A LA SORTIE - Dafalgan 1 g 3 x 1 cp par jour en réserve selon douleur. - Effigel 2 x par jour." Le 11 août 2011, le Dr H. _____ a indiqué retrouver à son examen clinique, non seulement une importante limite fonctionnelle mais aussi "tous les signes d'un syndrome neuro-méningé". Dans un rapport médical du 15 novembre 2011, le Dr H. _____ a précisé que le traitement de physiothérapie de mobilisation selon Beutler devait être poursuivi. Ce spécialiste relevait qu'en présence d'un travailleur de force, la situation médicale n'était alors pas encore suffisamment stabilisée pour permettre à l'assuré de retravailler dans une profession du bâtiment (sa mobilisation n'était pas accompagnée d'une récupération de la force musculaire) tout en constatant une bonne amélioration ces dernières semaines. Dans un rapport d'examen du 11 janvier 2012, le Dr V. _____ a apprécié en ces termes la situation médicale de l'assuré: "5. Appréciation Cet assuré de 55 ans, maçon, portugais, a fait une chute le 10.2.2011. Une souris intra-articulaire est suspectée à la suite de blocage du coude gauche. Un Ct-Scan du coude gauche ne montrera finalement aucune souris intra-articulaire. L'évolution est favorable en ce qui concerne le coude gauche.

- 8 - Des plaintes sont également présentes au niveau de l'épaule droite et une arthro-IRM, le 1.3.2011, permet d'écarter une lésion de la coiffe des rotateurs. J'ai examiné l'assuré à l'agence le 22.6.2011. Il existait un manque de mobilité important au niveau de l'épaule droite. J'ai adressé l'assuré à la CRR où il a séjourné du 12.7. au 9.8.2011. Les examens radiologiques ont montré des signes de tendinopathie du sus-épineux et d'arthropathie acromio-claviculaire droite. Des discordances entre l'examen clinique et les douleurs signalées ont été relevées et une reprise de travail médico-théorique à 50% a été déclarée possible pour début septembre. Le Dr H. _____ a prolongé l'incapacité de travail. Dans son rapport du 15.11.2011, il a noté une excellente évolution de l'amplitude articulaire de l'épaule droite. L'examen de ce jour confirme une mobilité quasi complète de l'épaule droite avec une force tout à fait équivalente au côté gauche. Compte tenu de ce qui précède, une capacité de travail de 50% est reconnue à l'assuré dès le 1.2.2012. Nous laissons le soin au Dr H. _____ d'augmenter progressivement la capacité de travail. On peut s'attendre à

une pleine capacité de travail au plus tard pour début avril 2012." Par courrier du 11 janvier 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle continuerait à lui verser les indemnités journalières à 100 % jusqu'au 31 janvier 2012 l'intéressé étant selon elle apte au travail à 50 % dès le 1er février 2012, et qu'elle lui verserait les indemnités à 50 %. Le 11 avril 2012, le Dr H. _____ a confirmé la reprise théorique du travail à 50 % de son patient dès le 1er février 2012. Il précisait à ce propos que des limitations fonctionnelles étaient possibles. Le Dr H. _____ expliquait que l'évolution était lentement favorable avec "comme souvent dans ces cas de syndrome neuro méningé", une récupération lente avec des hauts et des bas. Sur demande de la CNA le Dr V. _____ a indiqué, le 23 mai 2012, que le statu quo sine était atteint à la date de son examen pratiqué le 11 janvier 2012. Le médecin-conseil précisait par ailleurs qu'une nouvelle convocation de l'assuré n'était pas nécessaire, l'examen précité ayant été "déjà tout à fait rassurant". Le Dr V. _____ a dès lors conclu à une reprise du travail à 75 % dès le 1er juin 2012 puis à 100 % dès le 1er juillet suivant.

- 9 - Dans un courrier du 4 juin 2012, la CNA a informé l'assuré que le versement des indemnités journalières serait modifié conformément aux taux précités et lui a recommandé de reprendre le travail comme indiqué. Par courrier médical du 27 juin 2012 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr H. _____ a exposé que l'évolution post-traumatique était lente mais que c'était surtout des douleurs à l'effort qui empêchaient l'assuré de reprendre une activité de maçon à 100 %. Le médecin traitant attestait une capacité de travail théorique de 50 % dès le 1er février 2012. Il a par ailleurs demandé à la CNA de bien vouloir reconvoquer l'assuré afin de refaire un point de la situation. Le 5 septembre 2012, l'assuré a été réexaminé par le Dr V. _____. Au terme de son rapport du même jour, le médecin-conseil a observé que les radiographies n'ayant montré aucune lésion osseuse et l'IRM initiale n'ayant pas mis en évidence d'atteinte de la coiffe des rotateurs, l'accident survenu le 10 février 2011 avait cessé de déployer ses effets. Le Dr V. _____ a ainsi maintenu ses conclusions (à savoir la possibilité de reprise du travail à 50 % dès le 1er février 2012, à 75 % dès le 1er juin 2012 puis à 100 % dès le 1er juillet 2012). Par décision du 18 septembre 2012, la CNA a confirmé reconnaître l'assuré apte au travail à 50 % dès le 1er février 2012, à 75 % dès le 11 juin 2012 [recte: le 1er juin 2012] et à 100 % dès le 1er juillet 2012. Elle a en particulier attiré l'attention de l'intéressé sur le fait qu'en vertu de l'art. 25 al. 3 OLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202), l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est supérieure à 50 %, elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 %, mais inférieure ou égale à 50 %, une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donnant pas droit à l'indemnité journalière.

- 10 - Par écrit du 18 octobre 2012 complété le 26 novembre 2012, A. _____, représenté par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a fait opposition contre la décision précitée. Le 2 novembre 2012, le Dr H. _____ a produit copie à la CNA des pièces et documents médicaux suivants: - un rapport d'IRM cervicale du 24 octobre 2012 de la Dresse T. _____, spécialiste en radiologie, dont les conclusions sont les suivantes: "Conclusions Cervico-discarthrose importante avec formation ostéophytaire antérieure et postérieure dans une moindre mesure. Hernie discale C3-C4 médiane associée à un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du canal cervical à 8,8mm avec discrète empreinte sur le fourreau discal. Protrusion discale circonférentielle C6-C7 avec extension foraminale et extra foraminale rétrécissant le trou de conjugaison C6-C7 ddc, discrètement plus marquée à droite qu'à gauche." - une correspondance

médicale adressée le 29 octobre 2012 par le Dr H. _____ au Dr X. _____, spécialiste en neurologie, au terme de laquelle le premier nommé demandait à son Confrère son avis sur d'éventuelles lésions cervicales dans un contexte de syndrome neuro méningé post-traumatique de l'épaule droite. Le médecin traitant ajoutait vouloir obtenir différents bilans "pour mieux comprendre l'évolution particulière de Monsieur A. _____". Le 9 novembre 2012, le Dr H. _____ a transmis un rapport médical du 6 novembre 2012, établi à son attention par le Dr X. _____ et dont il ressort en particulier ce qui suit: "APPRECIATION: Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'examen clinique, hormis un syndrome cervico-vertébral modéré, ne montre aucune autre altération significative. Il n'y a aucun argument pour suspecter actuellement une souffrance radiculaire ou médullaire associée. Il n'y a pas de souffrance tronculaire périphérique. La latence de la réponse F pour le tronc cubital à droite est à la fois physiologique et ample, excluant une composante plexulaire. Enfin, la latence dérivée par aiguille au niveau du deltoïde droit montre un nerf circonflexe parfaitement fonctionnel.

- 11 - Je n'ai donc finalement pas d'explications bien claires pour rendre compte de la situation algique persistante chez un patient qui n'a plus d'activité professionnelle depuis un peu plus de 20 mois. Je pense qu'il faut poursuivre les mesures de physiothérapie au niveau cervical et scapulaire. On peut reprendre un traitement anti- inflammatoire non stéroïdien au long cours. En l'absence de signes évocateurs d'une souffrance radiculaire déficitaire ou d'une souffrance médullaire associée, je ne verrais pas d'autres propositions pour l'heure. En restant à ton entière disposition pour toute information complémentaire, je te prie de croire, Cher Ami, à l'expression de mes sentiments cordialement dévoués." Au terme d'une appréciation médicale du 5 décembre 2012 sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré en regard des pièces et avis médicaux produits au dossier, le Dr V. _____ a pu confirmer la reprise de travail à 50 % dès le 1er février 2012, à 75 % dès le 1er juin 2012 et à 100 % dès le 1er juillet 2012. Le médecin-conseil a notamment relevé que les éléments mis en évidence selon l'IRM cervicale du 24 octobre 2012 n'étaient pas consécutifs à l'accident du 10 février 2011. Le Dr V. _____ a également souligné qu'à l'examen neurologique pratiqué le 6 novembre 2012, le Dr X. _____ ne retrouvait alors aucune altération significative, de telle sorte qu'il n'existait pas d'arguments de nature à suspecter une souffrance radiculaire ou médullaire. Par décision sur opposition du 7 décembre 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision rendue le 18 septembre 2012. Son argumentation s'articulait comme il suit: "[...]

E. 4

Sur le vu de l'examen du 11 janvier 2012, le 23 mai 2012 le Dr V. _____ a reconnu l'assuré apte au travail à 75% dès le 1er juin et à 100% à partir du 1er juillet 2012. Le 27 juin 2012, le Dr H. _____ a demandé au médecin d'arrondissement de réexaminer l'assuré tout en soulignant que se sont les douleurs à l'effort qui empêchent la reprise du travail en plein. L'examen sollicité a eu lieu le 5 septembre 2012. Objectivement, le médecin d'arrondissement n'a retrouvé aucune amyotrophie, la mobilité étant comparable à celle observée lors des examens cliniques préalables. Pour le surplus, le Dr V. _____ a rappelé que les radiographies n'ont montré aucune lésion et l'IRM a permis d'infirmier une lésion de la coiffe. En ce qui

- 12 - concerne la capacité de travail, le médecin d'arrondissement s'est confirmé dans ses conclusions.

E. 4.1

et 9C_980/2012 du 4 juin 2013, consid. 2.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales

- 20 - effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). 4. La chute sur le chantier du 10 février 2011 a été reconnue par la CNA comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA, élément non contesté en l'espèce. Il s'ensuit que l'intimée a alloué ses prestations légales au recourant – notamment le versement d'indemnités journalières – avec effet à compter du 13 février 2011 (cf. courriers des 11 mars 2011 de la CNA). a) Le recourant, se basant sur les avis de son médecin traitant (Dr H. _____) conteste avoir recouvré une capacité de travail théorique de 75 % dès le 1er juin 2012 et, finalement de 100 % à compter du 1er juillet suivant. Dans le cadre de l'instruction du dossier et compte tenu des particularités annoncées par les Drs H. _____ et Q. _____ des eHnv, l'assuré a fait l'objet d'un premier examen clinique en date du 22 juin 2011 par le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la CNA. Ce médecin-conseil a alors noté des investigations radiologiques sans particularités (arthro-IRM et CT-scanner des 1er mars 2011), une évolution favorable au niveau du coude gauche tout en mentionnant un examen clinique préoccupant s'agissant de l'épaule droite de l'assuré (mobilité active fortement réduite avec des interrogations sur la bonne participation du recourant aux exercices demandés). Les Drs L. _____ et S. _____ qui ont examiné le recourant en juillet – août 2011, ont observé que les traitements mis en œuvre s'étaient révélés infructueux. Ces spécialistes soulignaient par ailleurs des discordances entre les plaintes annoncées et le peu d'anomalies relevées sur les différents examens pratiqués. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant, les médecins de la CRR suggéraient une reprise d'activité médico-théorique dans l'ancienne profession de maçon non qualifié, à compter du mois de septembre 2011. C'est ensuite au terme de sa consultation du 11 août 2011 que le médecin traitant évoque, pour la première fois, un éventuel syndrome neuro méningé affectant son

- 21 - patient. Le 15 novembre 2011, ce même médecin a notamment précisé qu'à son avis, la situation médicale de son patient, travailleur de force, n'était pas suffisamment stabilisée pour permettre la reprise d'une activité dans le secteur du bâtiment. Fort de ces constatations, le Dr V. _____ a entrepris de revoir le recourant en date du 11 janvier 2012. Depuis son précédent examen, le médecin-conseil observe alors une mobilité quasi complète de l'épaule droite de l'assuré avec une force identique au côté gauche. Il retient par conséquent une capacité de travail théorique de 50 % dès le 1er février 2012, indiquant qu'une pleine capacité devait être recouvrée au plus tard au début avril 2012. Le 11 avril 2012, le Dr H. _____ confirme en ce sens une reprise de travail possible à 50 % depuis le 1er février 2012. Il précise néanmoins que la récupération s'effectue lentement. Le 23 mai suivant, le Dr V. _____ répond à la CNA que le statu quo sine est atteint en date de sa précédente consultation, soit depuis le 11 janvier 2012. Se fondant sur le dossier médical à sa disposition, le médecin-conseil retient une capacité de travail du recourant à 75 % dès le 1er juin 2012 puis à 100 % à partir du 1er juillet 2012. A la demande du médecin traitant (cf. courrier médical du 27 juin 2012 du Dr H. _____), lequel invoque des douleurs à l'effort qui empêchent la reprise du travail en plein, le Dr V. _____ a revu le recourant à sa consultation du 5 septembre 2012. A cette occasion, le médecin-conseil a maintenu ses conclusions s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle telle que

précédemment arrêtée. Le Dr V. _____ constate alors une discordance entre les plaintes subjectives de l'assuré (douleurs au niveau de l'épaule droite avec réveils nocturnes et reprise de travail soldée par un échec) et ses propres observations (épaule droite ne montrant aucune amyotrophie avec une mobilité comparable à celle précédemment observée). Pour le surplus, le médecin-conseil rappelle que les radiographies n'ont montré aucune lésion et que l'IRM pratiquée a permis d'infirmier une lésion de la coiffe des rotateurs. Une IRM cervicale du 24 octobre 2012 effectuée à la demande du Dr H. _____ a notamment mis en évidence une cervico-discarthrose importante. Suspectant une origine neurologique à la base de ces lésions

- 22 - dégénératives, le médecin traitant sollicite l'avis du Dr X. _____, neurologue. Le 6 novembre 2012, ce spécialiste indique que le bilan pratiqué n'a montré aucune altération significative, excepté un syndrome cervico-vertébral modéré. Il n'y a pas d'argument permettant de suspecter une souffrance radiculaire ou médullaire associée ou une souffrance tronculaire périphérique. La latence de la réponse F pour le tronc cubital à droite est simultanément physiologique et ample, excluant une composante plexulaire. La latence dérivée par aiguille au niveau du deltoïde droit montre un nerf circonflexe parfaitement fonctionnel. Le neurologue constate en définitive ne pas disposer "d'explications bien claires" pour étayer la situation algique persistante du recourant. Le 19 novembre 2012, le Dr H. _____ communique au conseil du recourant que son Confrère, neurologue, n'a pas établi de relation de cause à effet entre les lésions cervicales dégénératives constatées à l'IRM et la symptomatologie persistante au niveau de l'épaule droite dont le recourant estime toujours souffrir et qui l'entraverait s'agissant de sa capacité de travail comme maçon. Le 5 décembre 2012, s'en référant aux constatations du Dr X. _____, le Dr V. _____ certifie que les troubles mis en évidence au niveau de la colonne cervicale de l'assuré ne sont pas liés à l'accident du 10 février 2011. Le médecin confirme à nouveau la reprise de travail du recourant à 50 % dès le 1er février 2012, à 75 % dès le 1er juin 2012 et à 100 % dès le 1er juillet 2012. Dans un courrier du 15 janvier 2013 adressé au conseil du recourant, le médecin traitant expose ne pas disposer d'éléments nouveaux à ceux figurant déjà au dossier et suggère la réalisation d'une expertise par un médecin indépendant. b) Au vu de ce qui précède, on retient que malgré leurs investigations ni le Dr H. _____ ni son Confrère neurologue, le Dr X. _____, ne sont parvenus à objectiver de lésions articulaires au niveau de l'épaule droite susceptibles de corroborer médicalement les plaintes algiques rapportées par le recourant et qui entraveraient celui-ci dans sa

- 23 - capacité de travail résiduelle. Sur la base de leurs constatations, seul un syndrome cervico-vertébral modéré a finalement pu être objectivé, sans qu'une souffrance radiculaire ou médullaire associée voire une souffrance tronculaire périphérique n'ait été retrouvée. En conclusion, ni le Dr H. _____ ni le Dr X. _____ ni le Dr V. _____ n'ont mis en évidence de lésion accidentelle au niveau de l'épaule droite permettant d'expliquer les troubles présentés par l'assuré. Aucun lien de causalité entre la symptomatologie du recourant et les lésions dégénératives constatées à l'IRM n'ayant été établi, la question d'atteintes préexistantes aggravées par l'accident, qui pourraient être démontrées par une expertise indépendante, tombe. Quoique puisse en inférer le conseil du recourant, force est de constater avec l'intimée que les constatations et conclusions médicales retenues par son médecin-conseil, le Dr V. _____, doivent se voir attribuer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que s'agissant d'appréciations émises par le médecin de la CNA il n'existe, partant, aucun motif justifiant de s'en distancer (cf. consid. 3c supra). Les

conclusions du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, se fondent en effet sur plusieurs examens cliniques, sur une prise en compte et une étude complète de l'ensemble des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse médicale. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière claire et cohérente, sans éluder les écueils que constituent les avis médicaux divergents du médecin traitant. Elles s'avèrent ainsi objectives et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans, tant intrinsèquement que dans la réfutation des avis médicaux divergents. On relèvera que celles-ci rejoignent celles retenues en août 2011 par les médecins de la CRR qui estimaient alors qu'une reprise médico-théorique à 50 % dès le mois de septembre 2011 était possible. c) C'est ainsi au final à raison que dans la décision attaquée la CNA, suivant en ce sens les constatations et conclusions médicales du 5 décembre 2012 du Dr V. _____, a considéré que les troubles de la

- 24 - colonne cervicale n'étaient pas consécutifs à l'accident subi et que le recourant bénéficiait ainsi d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dès le 1er février 2012, de 75 % dès le 1er juin 2012 et, finalement de 100 % dès le 1er juillet 2012. En vertu de la disposition de l'art. 25 al. 3 OLAA (cf. consid. 3a supra) applicable – le recourant ne travaillant plus depuis la survenance de son accident professionnel –, c'est à raison que l'intimée a réduit le versement des indemnités journalières en fonction des taux de capacité de travail résiduelle retenus en l'espèce. d) Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_632/2012 du 10 janvier 2013, consid. 3, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008). Sur la base des arguments avancés par son médecin traitant et/ou à la demande de celui-ci, l'assuré a déjà fait l'objet d'examens cliniques détaillés et convaincants (cf. consid. 4b in fine supra) pratiqués les 22 juin 2011, 11 janvier 2012 et 5 septembre 2012 par le médecin-conseil de la CNA. Partant, au vu de l'ensemble des rapports, avis, certificats ou courriers médicaux figurant au dossier il n'y a manifestement pas matière à donner de suite aux réquisitions de preuves, à savoir la mise en œuvre par la Cour de céans d'une expertise médicale pour pouvoir statuer. 5. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Par ces motifs,

- 25 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 7 décembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour A. _____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), par l'envoi de photocopies.

- 26 - 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 :

E. 5

L'IRM cervicale du 25 octobre 2012 a montré des lésions dégénératives importantes. Suspectant une composante neurologique, le Dr H. _____ a sollicité un examen neurologique. Dans son courrier du 29 octobre 2012 au Dr X. _____, le Dr H. _____ a énoncé que si personnellement je n'observe plus guère d'amélioration du moins subjective alors qu'objectivement il récupère complètement la mobilité, Monsieur A. _____ estime toujours ne pas être capable de travailler comme maçon. Force est partant de constater que le Dr H. _____ n'a pas retrouvé plus d'explication orthopédique aux plaintes de l'assuré au niveau de l'épaule.

E. 6

Le bilan pratiqué par le Dr X. _____ n'a montré aucune altération significative hormis un syndrome vertébral modéré. Aucun argument permettant de suspecter une souffrance radiculaire ou médullaire associée ou une souffrance tronculaire périphérique n'a été retrouvé. La latence de la réponse F pour le tronc cubital à droite a été à la fois physiologique et ample, excluant une composante plexulaire. La latence dérivée par aiguille au niveau du deltoïde droit a montré un nerf circonflexe parfaitement fonctionnel. En conclusion de son rapport, le neurologue a certifié qu'il n'a pas non plus d'explication bien claire pour rendre compte de la situation algique.

E. 7

Dans son courrier du 19 novembre 2012 à la Fortuna, le Dr H. _____ a indiqué que le Dr X. _____ n'a pas pu établir une relation de cause à effet entre les lésions cervicales constatées sur l'IRM et la symptomatologie de l'épaule. Le 5 décembre 2012, le médecin d'arrondissement a certifié que les troubles de la colonne cervicale ne sont pas consécutifs à l'accident.

E. 8

En conclusion, force est de constater que ni le Dr H. _____ ni le Dr X. _____ n'ont retrouvé de lésion accidentelle au niveau de l'épaule permettant d'expliquer les troubles présentés par l'assuré. Le point de savoir si ces troubles sont dus aux altérations dégénératives au niveau de la colonne cervicale peut rester indécis dès lors qu'ils n'engagent pas la responsabilité de la Suva. D'autres mesures d'instruction ne se révèlent partant pas nécessaires. Selon la pratique de la Haute Cour relative à la portée de l'obligation d'administrer les preuves, l'administration (ou en cas de recours le juge) peut renoncer à faire admettre des preuves supplémentaires si – après une saine appréciation des éléments en sa possession – elle (il) acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuve ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 Cst. ou de l'art. 6 - 13 - CEDH (ATF 112 V 162, cons. 1d et les références; ATF 124 V 94, cons. 4b; arrêt du TF U 59/02 du 21.5.2002, cons. 2b).

E. 9

Sur le vu de tout ce qui précède, la décision querellée doit être confirmée et l'opposition rejetée. A toutes fins utiles, une copie de la décision sur opposition est notifiée à la caisse-maladie frais de traitement compétente." B. Par acte du 24 janvier 2013, A. _____, représenté par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il conclut avec dépens à l'annulation de la décision litigieuse, le dossier de la cause étant renvoyé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour complément d'instruction (sous la forme de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise du recourant), puis nouvelle décision. Le recourant soutient en substance, que l'intimée n'était pas fondée à supprimer progressivement le droit aux prestations en se fondant sur l'appréciation et les conclusions de son médecin-conseil, à savoir le Dr V. _____. Il est d'avis que la fixation de la capacité de travail "semble avoir été faite sans réel fondement". Il estime que les avis médicaux récoltés par l'intimée ne sont pas suffisants pour permettre de statuer sur son droit aux prestations litigieuses. Le recourant a produit en ce sens, les nouveaux avis et courriers médicaux suivants adressés à son conseil: - un avis du 19 novembre 2012 à teneur duquel, le Dr H. _____ constate que son Confrère le Dr X. _____ n'a pas établi de relation de causalité entre les lésions cervicales constatées à l'IRM du 24 octobre 2012 et la symptomatologie persistante au niveau de son épaule droite. Ce médecin traitant préconise la réalisation d'une contre-expertise pour faire un bilan vingt-et-un mois après la lésion initiale afin que les assurances bougent, que ce soit la SUVA, l'assurance-maladie ou l'AI puisqu'avec les lésions cervicales qu'il présente, l'assurance-maladie va certainement aussi être impliquée. - un courrier du 15 janvier 2013 dans lequel le Dr H. _____ indique ne pas pouvoir apporter de nouveaux éléments à ceux figurant déjà au

- 14 - dossier et suggérant la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant. Dans sa réponse du 12 avril 2013, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle relève en substance que sa décision sur opposition du 7 décembre 2012 se fonde sur le rapport final du 5 décembre 2012 de son médecin-conseil – ayant pleine valeur probante au sens de la jurisprudence – qui confirme que l'accident survenu le 10 février 2011 ne déploie plus d'effet. Rappelant que dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance dès lors que l'état de fait peut être considéré comme satisfaisant sous l'angle de la vraisemblance prépondérante et que des mesures probatoires supplémentaires n'apporteraient pas d'éléments nouveaux, l'intimée constate qu'il convient de se distancer de l'avis du médecin traitant, le Dr H. _____, qui dans son courrier du 15 janvier 2013 n'apporte aucun nouvel élément et se résume à faire une interprétation subjective de la situation. L'intimée constate d'autre part que le Dr X. _____ a clairement affirmé ne pas être en mesure d'objectiver la symptomatologie du recourant ni d'établir un quelconque lien de causalité entre celle-ci et les lésions dégénératives constatées à l'IRM. Par réplique du 2 mai 2013 – communiquée le 3 mai suivant par la Cour et pour information à l'intimée –, le recourant maintient l'intégralité des motifs et conclusions à l'appui de son recours du 24 janvier 2013. Il indique pour le surplus, ne pas avoir d'explications complémentaires à formuler sur la réponse de sa partie adverse. 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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars

- 15 - 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 auprès du tribunal des assurances 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; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires d'hiver 2012/2013 (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et est dès lors applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations légales de l'assurance-accidents à la suite de l'événement survenu le 10 février 2011, ceci pour la période dès le 1er juin 2012, date à laquelle la CNA a retenu – suivant en ce sens les conclusions de son médecin-conseil – que le recourant bénéficiait d'une aptitude théorique au travail progressive de 75 % puis de 100 % à partir du 1er juillet 2012.

- 16 - 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 127 V 466 consid. 1). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA). L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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 (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1ère phrase LPGA). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Ainsi selon l'art. 25 al. 3 OLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202), l'assurance-accidents verse l'intégralité de la prestation lorsque l'incapacité de travail d'un assuré au chômage est

supérieure à 50 %; elle verse la moitié de la prestation lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 25 %, mais inférieure ou égale à 50 %. Une incapacité de travail inférieure ou égale à 25 % ne donne pas droit à l'indemnité journalière.

- 17 - b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013, consid. 3.1, 8C_71/2012 du

E. 11

décembre 2012, consid. 4 et 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3, 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n°79 p. 865). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, 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; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références

- 18 - citées; RAMA 1992 n°U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012, consid. 3.4 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher le point litigieux. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; RAMA 2000 n°KV 124 p. 214 consid. 3a). Le juge tiendra compte du fait que, selon l'expérience générale, l'avis du médecin de famille ou du médecin traitant est, dans le doute, plutôt favorable au patient, vu

les liens de confiance de droit contractuel (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_105/2012 du 23 juillet 2012, consid. 3, 9C_12/2012 du 20 juillet 2012, consid. 7.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

- 19 - 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, 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 et les références). 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 et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps que celui-ci aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee et les références; TF 8C_562/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013, consid.

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