

VD_GERICHTE ZA16.038313 vom 8. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.038313

FR: VD_GERICHTE ZA16.038313 du 8 juin 2018

IT: VD_GERICHTE ZA16.038313 del 8 giugno 2018

Erwägungen

E. 15

septembre 2015 destiné au Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr K. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à de discrets signes de conflit sous-acromial à gauche. Par rapport d'IRM des épaules du 22 septembre 2015 destiné au Dr V. _____, le Dr E. _____, spécialiste en radiologie, a conclu au fait que « tant à droite qu'à gauche l'examen démontr[ait] des déchirures intra-tendineuses du supra-épineux sans déchirure transfixiante », à une « arthropathie acromio-claviculaire bilatérale discrètement congestive accompagnée d'une bursite sous-acromio-détoïdienne bilatérale » et à une « probable dégénérescence du labrum du côté droit ». I. _____ a mis en œuvre une expertise auprès du Dr V. _____, qui a ainsi examiné l'assuré le 15 septembre 2015. Par rapport d'expertise du 28 septembre 2015, ce médecin a posé les diagnostics de « status 2 ans et 8 mois après contusion du membre supérieur droit (épaule y comprise) », de « tendinopathie de la coiffe des rotateurs aux deux épaules » et d'« arthropathie dégénérative acromio-

- 4 - claviculaire, débutante, bilatérale ». Il a apprécié le cas de l'intéressé comme suit (sic) : « [...] 6. APPRECIATION DU CAS [...] La question de l'histoire de la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 5 janvier 2013 et, les lésions objectivées à l'épaule droite (coiffe des rotateurs), est posée. Avant d'y répondre, un bref rappel de l'histoire naturelle des lésions dégénératives/traumatiques de la coiffe des rotateurs, est proposé. Les altérations tendineuses débutent généralement avec le vieillissement, c'est-à-dire durant la quatrième décennie. Elles sont plus précoces sur la coiffe des rotateurs, l'épaule étant l'articulation du corps humain la plus mobile et la plus utilisée. Si, au début, la capacité de cicatrisation des micro-lésions des fibres de collagène peut être suffisante de cas en cas, elle est vite dépassée, ce qui fait qu'une partie non négligeable de la population présente des lésions macroscopiques des tendons de la coiffe des rotateurs à partir de l'âge de 40-50 ans. Pendant longtemps, on a considéré que cette usure résultait principalement de contraintes répétées exagérées, responsables, en cours du temps, de micro-déchirures tendineuses. Depuis quelques années, la théorie de la prédisposition génétique gagne du terrain, prédisposition responsable d'une apoptose cellulaire (mort programmée) plus précoce chez certains individus. C'est ainsi que le schéma, ou la topographie, lésionnel, est reproductible. Le surmenage garde possiblement/probablement une certaine responsabilité, expliquant la survenue très (ou trop) précoce de lésions chez certains jeunes sportifs (voir textbook de Krishnan et al., The Shoulder and the Overhead Athlete), avant l'âge de 30 ans ! Les investigations faites sur une population asymptomatique, par ultrason ou par IRM, arrivent à la conclusion qu'environ 2,5 à 15-19% (valeurs examinateur-dépendantes ou variant selon la géographie) de la population a une lésion tendineuse majeure, c'est-à-dire transfixiante (solution de continuité), alors que

les lésions partielles (ulcération ou effritement de surface, ou encore les lésions intra-tendineuses) ont une prévalence double ! En d'autres termes, ce sont des lésions qui peuvent rester longtemps asymptomatiques. Elles le deviennent lorsque l'équilibre biomécanique de l'articulation gléno-humérale, de par la dysfonction musculaire, se rompt. Ces lésions sont parfois révélées lors de traumatismes.

- 5 - 90% des lésions de la coiffe des rotateurs touchent d'abord le tendon du muscle sus-épineux (muscle étant le premier à être mis à contribution, jouant un rôle cardinal dans la stabilisation active, mais aussi statique, de l'articulation de l'épaule). Une extension de la tendinopathie de surcharge vers l'avant (sous-scapulaire), ou vers l'arrière (sous-épineux), peut suivre. La zone tendineuse la plus souvent atteinte réside dans la partie distale des tendons, siège d'une vascularisation précaire. Sur le plan radiologique, les premiers signes d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs sont souvent représentés par une sclérose du trochiter, parfois aussi par sa déformation progressive (aplatissement ; irrégularité de surface). Il s'agit là d'une réaction physiologique de l'os à des contraintes répétées et excessives sur le site d'insertion tendineuse. Ces lésions vont de pair avec celles observées sur une IRM, c'est-à-dire une inhomogénéité tendineuse, centrale ou périphérique (de surface), suivie d'un effritement de la surface tendineuse, le plus souvent articulaire, pouvant aller jusqu'à sa solution de continuité partielle ou totale. Très souvent, on observe aussi une bursite sous-acromiale réactionnelle, classique, révélatrice d'un conflit entre la tête humérale et la voûte sous-acromiale, conséquence d'une biomécanique altérée de l'articulation gléno-humérale. Le rôle du traumatisme comme facteur étiologique de la déchirure de la coiffe des rotateurs reste encore débattu. Il existe, bien entendu, un consensus en ce qui concerne la fracture du trochiter (qui équivaut à un arrachement de la coiffe des rotateurs). On retient aussi la notion de traumatismes spécifiques, susceptibles de provoquer un changement significatif de la cinématique d'une épaule, engendrant ainsi une lésion tendineuse aiguë déterminante, c'est-à-dire une rupture de continuité des fibres. Il s'agirait, pour l'essentiel, de traumatismes qui impliquent un mouvement extrême de l'articulation, voire un mouvement freiné de manière abrupte. Un tel traumatisme est donc susceptible de léser un tendon, provoquant ainsi une solution de continuité, abrupte, significative, de cette structure, générant alors une impotence fonctionnelle souvent durable de cette articulation. Dans le cas de Mr F. _____, l'action vulnérante (choc direct, suivi d'un choc indirect par réception sur la main) qu'il a subi fut peut-être susceptible de dégager une énergie suffisante pour léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Cette hypothèse n'est cependant pas confirmée par la clinique (absence d'une impotence fonctionnelle marquée du membre supérieur lésé), qui a prévalu dans les suites immédiates du traumatisme en question (mais aussi sur le moyen terme). La notion d'absence de lésion anatomique conséquente, aiguë, est confirmée par le fait que Mr F. _____ a continué à accomplir les activités sportives usuelles, qui ne sont pas banales, puisque soutenues et intenses, en 2013. Il a même élevé son niveau sportif, en intégrant une équipe de triathlon, plus tard.

- 6 - Ce scénario ne corrobore pas l'hypothèse de la survenue d'une lésion tendineuse significative suite au traumatisme du 5 janvier 2013. Quant aux images radiologiques standard, elles ont donc mis en évidence des signes d'une surcharge chronique classique de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Idem pour les images IRM, qui révèlent une tendinopathie dégénérative classique, telle qu'elle a été décrite plus haut. Tout doute résiduel quant à l'implication, ne serait-ce que partielle, de l'événement qui nous concerne

dans le cursus de cette épaule, est levé lorsqu'on considère l'état de l'épaule controlatérale, pauci- symptomatique. Il est comparable à celui de l'épaule droite, avec les mêmes caractéristiques lésionnelles pour la coiffe des rotateurs. L'épaule droite montre, de surcroît, une dégénérescence labrale (sans déchirure), élément qui accompagne souvent une coiffe dégénérative, reflétant peut-être une responsabilité accrue des micro-traumatismes dans le processus d'usure de l'épaule dans le cas présent. Enfin, une responsabilité partielle aurait aussi pu (théoriquement) être imputée à l'événement du 5 janvier 2013 si le traitement appliqué, en particulier les infiltrations, avait apporté un soulagement durable. On aurait pu alors supputer que ledit événement avait peut-être généré une lésion de quelques fibres tendineuses, lésion responsable d'un état irritatif chronique (ou accentué une bursite régionale), dont la continuité peut être rompue par l'instillation cortisonique loco dolenti. Ce ne fut pas le cas chez Mr F._____. La symptomatologie persiste (ou est revenue). Elle est en réalité due à un conflit sous-acromial chronique, conjointement à la coiffe dégénérative, qui régissait jusqu'à maintenant, et va continuer à régir, le cursus de cette épaule (ainsi que celui de l'épaule gauche). En définitive, si on pondère l'ensemble des éléments radiologiques, anamnestiques et cliniques, recueillis, on arrive à la conclusion qu'une relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 5 janvier 2013 et, les troubles constatés à l'épaule droite, ceux qui touchent tout particulièrement la coiffe des rotateurs, paraît hautement, voire très hautement, improbable. L'événement en question, responsable d'une contusion de l'épaule droite, a surtout permis de révéler un état pathologique sous-jacent, physiologique ou induit par un surmenage. La contusion de l'épaule droite fut traitée lege artis (2013). Il faut noter qu'une contusion d'épaule, bien traitée, cesse généralement de déployer ses effets après un délai de quelques jours, ou de quelques semaines (3-6). Une extension de la relation de cause à effet, sur 3-6 semaines supplémentaires, peut être admise, de cas en cas, s'il existe un état dégénératif sous-jacent (partant de l'hypothèse qu'un état dégénératif a des tissus plus fragiles, au potentiel récupérateur ralenti).

- 7 - Au-delà de ce délai, le cursus de l'épaule droite de Mr F._____ fut manifestement régi que par ses troubles dégénératifs, troubles qui intéressent les deux épaules, s'agissant en premier lieu d'une coiffe dégénérative, en deuxième lieu d'une arthropathie AC [acromio- claviculaire] et, pour l'épaule droite, d'une dégénérescence labrale. REPONSE AUX QUESTIONS [...] 5. Etat antérieur... maladie concomitante... ? : Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, présente bilatéralement. Dégénérescence labrale de l'épaule droite. Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, débutante. 6. Causalité naturelle... vraisemblance prépondérante, possible, status quo ante/sine... ? : La relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 5 janvier 2013 et, les troubles constatés à l'épaule droite, est hautement, voire très hautement, improbable. L'événement en question, à l'origine d'une contusion de l'épaule droite, a surtout permis de révéler une pathologie dégénérative sous-jacente (coiffe, labrum, articulations AC). La contusion en question a très probablement cessé de déployer ses effets après un délai maximal de 3 mois (status quo ante/sine). Au-delà, le cursus de l'épaule droite de Mr F._____ fut manifestement régi par ses troubles dégénératifs (ou troubles de surmenage). 7. Incapacité de travail/exigibilité ? : Aucune IT [incapacité de travail] en relation avec l'événement incriminé ne fut nécessaire jusqu'au délai d'atteinte du status quo ante/sine. 8. traitement médical... ? : Aucun traitement médical, prescrit après le délai d'atteinte du status quo ante/sine, n'est imputable à l'événement qui nous concerne. 9. Atteinte à l'intégrité : En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique, clairement imputable à l'événement du

5 janvier 2013, susceptible de surcroît de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation y relative n'est due. [...] »

- 8 - Par rapport du 13 octobre ou novembre 2015, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir effectué le premier traitement le

E. 20

décembre 2015, mais dont la teneur a vraisemblablement été rédigée trois jours après l'accident du 5 janvier 2013. Ces éléments confirment que le recourant n'a pas présenté d'« impotence fonctionnelle marquée » suite au choc et finissent ainsi de convaincre du bien-fondé de la position de l'expert. Partant, aucun médecin n'a fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr V. _____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, de sorte qu'il convient de se rallier à ces dernières. Force est ainsi de constater que les lésions présentées par le recourant à l'épaule droite, au-delà d'un délai de trois mois après l'accident du 5 janvier 2013, étaient manifestement imputables à des troubles dégénératifs, à l'exclusion de toute origine accidentelle. L'intimée était par conséquent légitimée à retenir, au stade de la décision du 24 mars 2016, que le statu quo sine vel ante était atteint au 5 avril 2013 au plus tard. 6. Le recourant reproche également à l'intimée d'avoir continué à payer des factures jusqu'au 19 novembre 2015, le laissant penser que le cas était toujours pris en charge. Il fait par ailleurs valoir que l'intimée a tardé à rendre sa décision du 24 mars 2016 mettant un terme au versement des prestations de manière rétroactive à compter du 6 avril

- 20 - 2013, ce qui l'a ainsi empêché d'adapter les conditions de son assurance- maladie. a) Il convient tout d'abord de rappeler que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser que l'assureur-accidents a la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester. Il ne peut en revanche mettre fin rétroactivement à des prestations pour lesquelles il a déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle, que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies (ATF 133 V 57 consid. 6.6 à 6.8 ; TF 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2 ; également jurisprudence relative à l'art. 25 LPGA, par exemple TF 8C_422/2011 du 5 juin 2012). En l'occurrence, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitements postérieurs au 5 avril 2013, étant précisé qu'elle a indiqué renoncer à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au jour de la décision du 24 mars 2016. S'agissant des frais de traitements qu'elle n'avait pas encore pris en charge, force est de constater qu'aucun document au dossier ne permet de considérer que l'intimée avait admis son obligation de prester pour les traitements médicaux concerné par les factures litigieuses. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas le contraire. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, l'intimée était légitimée à refusé de prendre en charge les frais de traitements postérieurs au 5 avril 2013 qu'elle n'avait pas encore réglés. b) Ensuite, en reprochant à l'intimée d'avoir tardé à statuer, sans l'informer du fait que ses frais de traitements pourraient ne pas être pris en charge par elle, le recourant se prévaut implicitement d'une violation du devoir de l'intimée de renseigner et de conseiller, consacré à l'art. 27 LPGA.

- 21 - Il fait également valoir que s'il avait été mis au courant du risque que ses frais de traitements puissent n'être plus pris en charge par l'intimée, il aurait adapté les conditions

de son assurance-maladie en conséquence, en baissant par exemple sa franchise, ce qui lui aurait en définitive permis d'économiser de l'argent. La question peut en l'occurrence se poser. En effet, l'intéressée a manifestement adopté un comportement ambigu en tardant autant à instruire la question de la causalité et en prenant en charge certaines factures médicales, mais pas d'autres factures qu'elle a laissées en suspens, sans toutefois en informer clairement l'assuré. Au vu de cette attitude, le recourant pourrait éventuellement demander la réparation d'un dommage causé par l'intimée, ce qui constituerait une prétention en responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA. Il n'y a toutefois pas lieu de se prononcer définitivement sur ce point. En effet, conformément à l'art. 100 LAA, les demandes en réparation au sens de l'art. 78 LPGA doivent être déposées auprès de l'assureur, qui statue par décision. En l'occurrence, l'intimée n'a pas rendu de décision statuant sur une prétention en responsabilité du recourant. Ainsi, il appartiendra à l'intéressé, s'il l'estime utile, de faire valoir son dommage auprès de l'intimée. Cette dernière devra, dans ce cas, statuer sur cette prétention en rendant une décision, laquelle serait alors susceptible de recours. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni au recourant qui succombe (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323). Par ces motifs, le juge unique

- 22 - p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. II. La décision sur opposition rendue le 15 août 2016 (mais datée par erreur du 29 janvier 2015) par I._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - F._____, - Mes Didier Elsig et Patrick Moser (pour l'intimée), - 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

- 23 - 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.