

# **VD\_GERICHTE ZA18.029644 vom 26. August 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-08-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA18.029644](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.029644)

FR: VD\_GERICHTE ZA18.029644 du 26 août 2019

IT: VD\_GERICHTE ZA18.029644 del 26 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

Le litige porte sur la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 22 janvier 2018, au motif que le statu quo sine de l'accident du 5 octobre 2017 était atteint à cette date.

- 9 - On relèvera pour autant que de besoin, que la présente décision n'a pas trait à l'événement de février 2018 relatif au pouce gauche de l'assuré, et que les moyens liés à cette atteinte et à ses conséquences ne sont dès lors pas recevables.

### **E. 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, mentale ou psychique (art. 4 LPGA). L'assuré a droit, notamment, à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de

causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir

- 10 - être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid.

### **E. 3.1**

; 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929). 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 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

- 11 - d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également 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, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps

qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

#### E. 4

a) L'assuré a été victime le 5 octobre 2017 d'un accident, lors duquel il a glissé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et s'est retenu avec le bras droit, ce qui a entraîné une reprise de ses anciennes douleurs à l'épaule droite. En recours, il conteste l'interruption du service de ses prestations par la CNA avec effet au 22 janvier 2018.

- 12 - Il déplore une instruction qu'il estime incomplète et empreinte d'arbitraire de son cas par l'intimée, lui opposant les rapports du Dr A. \_\_\_\_\_ dont il plaide que certains des diagnostics retenus (à savoir une décompensation post traumatique et de lésion partielle du tendon supra-épineux) étaient encore présents en février 2018 et imputables à l'accident d'octobre 2017. A ses yeux, la CNA était dès lors tenue de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 21 janvier 2018, et non clore son dossier sans procéder aux investigations encore nécessaires. Il soutient en outre que les atteintes à son épaule droite n'existaient pas avant le 5 octobre 2017, et précise que son problème de tendinopathie était compensé depuis 2015 et les autres troubles soignés par un traitement conservateur. Selon le recourant, l'intimée n'a ainsi pas suffisamment exposé les motifs la conduisant à retenir que ses atteintes actuelles ne seraient plus en lien de causalité avec l'accident, respectivement ceux conduisant à retenir un statu quo sine atteint trois mois après l'accident du 5 octobre 2017. b) La décision litigieuse se fonde sur les appréciations successives de la Dre L. \_\_\_\_\_ (pièces 32, 38 et 57) pour laquelle, en l'absence de lésion structurelle, les atteintes préexistantes à l'épaule droite de l'assuré n'ont été aggravées que de manière passagère par l'accident du 5 octobre 2017. Ces avis ne sont pas contredits par les documents d'imagerie, pas plus que par les rapports des médecins traitants de l'assuré. Il n'y a en particulier pas d'élément propre à établir que la chute du 5 octobre 2017 aurait entraîné une lésion structurelle pouvant expliquer les plaintes de l'assuré ; cette chute a certes aggravé temporairement un état préexistant. L'examen neurologique est toutefois normal, tout comme l'ENMG (électroneuromyogramme). La coiffe des rotateurs est intacte et l'arthro-IRM du 31 octobre 2017 ne permet pas d'expliquer l'impotence fonctionnelle du bras de l'assuré (cf. dans ce sens l'appréciation du 23 janvier 2018 de la Dre L. \_\_\_\_\_). Les constatations du Dr A. \_\_\_\_\_ à la suite de l'événement d'octobre 2017 attestent au demeurant, sous réserve de l'important œdème au niveau acromio-claviculaire, dont il n'a ensuite plus été question, un problème d'épaule

- 13 - antérieur à l'accident du 5 octobre 2017, ce qui va dans le sens de l'appréciation de la Dre L. \_\_\_\_\_. Compte tenu des rapports au dossier et des examens auxquels l'assuré a été soumis, l'on voit mal à quelles investigations complémentaires il se réfère dans son acte de recours du 9 juillet 2018, respectivement quelles sont les « investigations très poussés » auxquelles il fait allusion. En réplique, il a admis qu'il n'y avait pas d'instruction complémentaire à opérer, et qu'il renvoyait la Cour de céans aux rapports médicaux figurant au dossier de la CNA, respectivement à ceux produits à l'appui du recours, son état actuel étant décrit comme définitif. Ce constat est confirmé par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 février 2018 ; s'il a requis un avis complémentaire du Dr W. \_\_\_\_\_ (mais qui ne concerne toutefois que les douleurs et l'hypoesthésie au niveau du pouce gauche de l'assuré), le Dr A. \_\_\_\_\_ indique, pour ce qui est de l'épaule droite, que « la situation reste inchangée ». En ce qui concerne les diagnostics qui, selon le recourant,

auraient été nouvellement posés par le Dr A. \_\_\_\_\_ le 28 février 2018 (à savoir ceux de décompensation post traumatique d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de lésion partielle du tendon supra-épineux de cette épaule), ils étaient déjà connus de la CNA, respectivement de sa médecin-conseil. Ainsi, les 12 et 23 janvier 2018 (pièces 32 et 38), la Dre L. \_\_\_\_\_ a, en connaissance de ces éléments, estimé que l'accident du 5 octobre 2017 n'avait pas entraîné de lésion structurelle, mais qu'il avait aggravé un état préexistant. On relèvera quant à la décompensation post traumatique qu'elle n'est pas contestée par la CNA, qui a admis de prendre le cas en charge et de servir ses prestations durant trois mois, soit en l'occurrence jusqu'au 21 janvier 2018. Ce délai de trois mois n'a pas été retenu de manière arbitraire, mais bien sur la base de l'avis complémentaire requis de la Dre L. \_\_\_\_\_. Aux termes de son appréciation du 9 août 2018, cette médecin-conseil a ainsi notamment exposé ce qui suit :

- 14 - "Dans la prise en charge habituelle recommandée par les [...] après traumatisme d'une épaule, il est retenu en cas d'entorse luxation stade I et II avec traitement conservateur, une durée du traitement de 3-5 semaines avec une consultation de contrôle à 1 et 4 semaines. Comme nous ne sommes pas dans un cas d'entorse (mécanisme pas compatible) dans cette situation, mais dans le cadre d'une décompensation d'une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs sans lésion structurelle, nous pouvons retenir qu'habituellement la durée de traitement peut être par analogie de

#### **E. 5**

L'administration de preuves supplémentaires – singulièrement la production de son dossier par l'OAI, la production d'un rapport complémentaire en mains du Dr A. \_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et l'audition personnelle du recourant – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, la Cour s'estimant suffisamment renseignée pour statuer en connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

#### **E. 6**

a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

- 17 - b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au recourant au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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