

VD_GERICHTE ZA23.018244 vom 21. August 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.018244

FR: VD_GERICHTE ZA23.018244 du 21 août 2023

IT: VD_GERICHTE ZA23.018244 del 21 agosto 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 39/23 – 92/2023 ZA23.018244 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 21 août 2023 _____ Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges Greffier : M. Reding ***** Cause pendante entre
: M. _____, à [...], recourant, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé
en qualité de [...] pour le compte de la société [...] AG. A ce titre, il est assuré contre les
accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles
auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou
l'intimée). Le 10 août 2022, l'assuré a glissé sur son lieu de travail et a heurté un poteau
métallique avec son épaule gauche. Il a été pris en charge le jour même par la Dre
H. _____, médecin assistante à l'Hôpital [...], qui a diagnostiqué un traumatisme fermé
de l'épaule gauche. L'examen clinique a mis en évidence une douleur à la mobilisation de
cette épaule en abduction. Aucune déformation, aucun trouble sensitif et aucune limitation
des mouvements n'ont en revanche été constatés. Le bilan radiologique n'a au demeurant
révélé ni fracture ni luxation. Cet accident a été annoncé le 11 août 2022 à la CNA, qui a
pris en charge le cas. Par certificats de travail successifs, les Drs A. _____, médecin
traitant de l'assuré, et V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de
l'appareil locomoteur, ont attesté une incapacité de travail dès le 23 août 2022. Le 24 août
2022, l'assuré a fait l'objet d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule
gauche, qui a montré une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, une bursite
sous-acromio-delhoïdienne et une tendinopathie chronique des tendons épineux avec une
déchirure partielle du tendon supra-épineux (rapport du 25 août 2022). Le 11 octobre 2022,
l'assuré a été opéré par le Dr V. _____, qui a procédé à une décompression large, une
résection subtotale de la bursite et une suture in situ de cette lésion de même qu'une
instillation de 120 mg de Depo-Medrol. Les diagnostics d'important conflit acromio-

- 3 - claviculaire à l'épaule gauche, d'arthrose hypertrophiante accompagnée d'une bursite
lignifiante et de fissuration du muscle sous-épineux ont été posés par ce spécialiste dans le
protocolaire opératoire. Par rapport du 20 janvier 2023 à la CNA, le Dr V. _____ a fait
état du diagnostic d'épaule gelée, déclarant qu'il était actuellement trop tôt pour se
prononcer sur la reprise de l'activité professionnelle. Dans un avis du 21 février 2023, le Dr
R. _____, médecin d'assurance auprès de la CNA, a expliqué que l'accident du 10 août
2022 avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, une contusion de l'épaule
gauche. Cette atteinte guérissait habituellement dans un délai de quatre à six semaines.
L'épaule de l'assuré était par ailleurs déjà altérée avant cet événement, comme en témoignait
l'IRM du 24 août 2022. Ainsi, ce dernier avait cessé de produire ses effets le 25 septembre

2022, de sorte qu'il n'appartenait pas à la CNA de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2022. Par décision du 23 février 2023, la CNA a clos le cas de l'assuré au 28 février 2023. Elle a toutefois précisé qu'elle prenait en charge les frais de l'opération du 11 octobre 2022, quand bien même cette dernière ne portait pas sur les séquelles de l'accident. Par courrier daté du 2 mars 2022 (recte : 2023), l'assuré s'est opposé à cette décision. Par rapport du 22 mars 2023, le Dr V. _____ a exposé ce qui suit : « [...] J'ai opéré ce patient en date du 11 octobre 2022, dans un contexte de traumatisme conséquent. Son médecin traitant, le Dr A. _____ a demandé une IRM de son épaule G [gauche] en date 25 août 2022. Certes, il y a certainement

- 4 - quelques éléments dégénératifs, communs à l'âge de ce patient, or la décompensation douloureuse est à la suite de l'événement traumatique. Un délai de 4 à 6 mois doit être envisagé, délai qui est dans la limite acceptable pour une opération de l'épaule. J'ai également pris contact auprès du centre [...] qui me le confirme. [...] » Par décision sur opposition du 3 avril 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 23 février 2023. B. Le 26 avril 2023, M. _____ a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance lui soient allouées au-delà du 28 février 2023. Il a en substance soutenu avoir toujours été en bonne santé avant son accident du 10 août 2022, cela malgré son âge avancé. Ses problèmes médicaux n'étaient apparus qu'après celui-ci. Par réponse du 5 mai 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, objectant que l'assuré n'alléguait aucun élément nouveau. 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).

- 5 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), 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. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 28 février 2023. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148

V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

- 6 - 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). 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). 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 ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). 4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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

- 7 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 10 août 2022 – au cours duquel le recourant a chuté sur son lieu de travail

avant de heurter un poteau métallique avec son épaule gauche – constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Est en revanche litigieuse la question de savoir si les problèmes de santé dont se prévaut l'intéressé se trouvent dans un rapport de causalité avec ledit événement. Alors que l'intimée, se fondant sur l'avis du 21 février 2023 du Dr R. _____, a nié l'existence d'un tel rapport de causalité au-delà du 25 septembre 2022, le recourant soutient que ses troubles sont toujours en lien avec l'accident après cette date et que, partant, la CNA est tenue de continuer à lui verser des

- 8 - prestations d'assurance après le 28 février 2023, date de la clôture formelle de son cas. b) Il sied de constater que la Dre H. _____, première praticienne à avoir ausculté le recourant à la suite de son accident, n'a relevé aucune déformation, aucun trouble sensitif et aucune limitation des mouvements. Le bilan radiologique n'a, quant à lui, pas révélé de fracture ou luxation de l'épaule. L'IRM pratiquée le 24 août 2022 a mis en évidence une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, une bursite sous-acromio-deltaïdienne et une tendinopathie chronique des tendons épineux avec une déchirure partielle du tendon supra-épineux. Il était précisé dans le rapport du 25 août 2022 relatif à l'IRM précitée que le tendon supra-épineux était le siège d'une tendinopathie chronique. L'assuré a finalement subi une intervention chirurgicale le 11 octobre 2022 en raison d'un important conflit acromio-claviculaire, d'une arthrose hypertrophiante accompagnée d'une bursite lignifiante et d'une fissuration du muscle sous-épineux. Par avis du 23 février 2023, le Dr R. _____ a retenu après examen de l'ensemble des pièces du dossier que l'accident du 10 août 2022 avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, une contusion de l'épaule gauche qui guérissait habituellement dans un délai de quatre à six semaines. L'épaule de l'assuré était par ailleurs déjà altérée avant cet événement, comme en témoignait l'IRM du 24 août 2022. Ainsi, ce dernier avait cessé de produire ses effets le 25 septembre 2022, de sorte qu'il n'appartenait pas à la CNA de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2022. Dans un rapport ultérieur, soit du 22 mars 2023, le Dr V. _____ a admis l'existence d'éléments dégénératifs communs à l'âge de son patient tout en affirmant que la décompensation douloureuse était apparue à la suite de l'événement traumatique. Il sied toutefois de rappeler que l'utilisation du terme « traumatique » dans le langage médical n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient

- 9 - d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; TF 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, le Dr V. _____ ne précise pas s'il fait état, par cette formulation, d'un rapport de causalité avec l'accident du 10 août 2022 ou s'il indique simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet événement. Quoi qu'il en soit, il ne motive pas les raisons pour lesquelles il constaterait un éventuel rapport de causalité. Partant, l'analyse de ce médecin ne permet pas de retenir l'existence d'un lien de causalité. A cela s'ajoute que selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés 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 ; cf. supra consid. 3b in fine). Dès lors, au vu de ce qui précède, les conclusions du Dr R. _____ s'avèrent convaincantes, de sorte qu'il ne peut être reproché à l'intimée d'avoir considéré que les troubles persistants au-delà du 25 septembre 2022 ne résultent plus de l'événement du 10 août 2022, mais d'une atteinte dégénérative préexistante. c) Par

surabondance, il sied de relever que le Dr V._____ a signalé, dans son rapport du 22 mars 2023, qu'un délai de quatre à six mois devait être respecté après l'opération du 11 octobre 2022 – laquelle a, au demeurant, été prise en charge par l'intimée. En définitive, le délai minimum de quatre mois préconisé par l'orthopédiste traitant a largement été respecté, dès lors que le versement des prestations d'assurance a finalement pris fin le 28 février 2023 (et non rétroactivement au 25 septembre 2022). 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 3 avril 2023 par l'intimée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient

- 10 - pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, 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 3 avril 2023 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. La présidente : Le greffier : Du

- 11 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - M._____, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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). Le greffier :

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