

VD_GERICHTE ZA23.050110 vom 14. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.050110

FR: VD_GERICHTE ZA23.050110 du 14 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZA23.050110 del 14 marzo 2025

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 113/23 - 40/2025 ZA23.050110 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 14 mars 2025 _____ Composition : Mme DI FERRO

DEMIERRE, juge unique Greffière : Mme Vulliamy ***** Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, et Y. _____, à [...], intimée. _____ Art. 4
LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1 et 19 al. 1 LAA 403

- 2 - E n f a i t : A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis 2002 en qualité de [...]. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès d'Y. _____ (ci-après : Y. _____ ou l'intimée). Selon une déclaration de sinistre LAA du 5 octobre 2021, l'assurée a, le 15 août 2021, tapé l'humérus gauche contre une poignée de porte pendant une chute (pied de meuble). Le travail a été interrompu à la suite de l'accident depuis le 6 septembre 2021 et a été repris le 4 octobre 2021 à 50 %. Les premiers soins ont été donnés par la Clinique H. _____, à [...]. Comme blessures, il était indiqué une fracture du bras gauche et une tuméfaction du genou droit. Sur demande d'Y. _____ du 8 octobre 2021, le Centre des urgences de la Clinique H. _____ a rempli un rapport LAA le 17 octobre 2021 indiquant comme diagnostic une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Au niveau des constatations objectives cliniques, il est mentionné un hématome sur le genou droit résorbé et sans douleur. S'agissant de l'humérus gauche, est signalée l'apparition d'un hématome progressif sur tout le long de la partie interne du bras, sans induration, ni rougeur et sans syndrome de loge, ni déficit neuro-vasculaire. A ce rapport étaient annexés les documents suivants : - un rapport de consultation du 19 août 2021 posant le diagnostic d'hématome du bras gauche ; - un rapport du 23 août 2021 relatif à une radiographie de l'humérus gauche face/profil et une échographie du bras gauche selon lequel l'examen échographique ne démontrait que de discrètes infiltrations sous-cutanées correspondant aux zones de suffusion hémorragique, pas de collection des parties molles, ni de déchirure musculaire échographiquement identifiable ; ce rapport précisait que si la

- 3 - symptomatologie persistait, une IRM [imagerie par résonance magnétique] pourrait être réalisée ; - un rapport de consultation du 30 août 2021 posant le diagnostic de suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et indiquant une limitation des amplitudes articulaires en abduction à 80° en mobilisation active et 100° en passive, ainsi qu'une rotation interne à 90° en passive et antéflexion à 90° en passive et active ; - un rapport du 6 septembre 2021 du Prof. D. _____, spécialiste en radiologie, relatif à une radiographie de l'épaule gauche de face décrivant une fracture sous-capitale avec début de calcification au niveau de l'interligne fracturaire avec une très discrète bascule postérieure visible sur l'incidence de Neer, sans pincement sous-acromial ; - un rapport du 27 septembre 2021 du Prof. D. _____ relatif à une radiographie de l'épaule gauche de face

et profil décrivant la présence d'une fracture sous-capitale non déplacée de l'humérus proximal gauche sans pincement sous-acromial, sans subluxation articulaire et sans lésion traumatique de l'arche acromiale ou des arcs costaux adjacent. Le 19 octobre 2021, l'assurée a rempli un questionnaire relatif au déroulement de l'événement, dans lequel elle a indiqué avoir tapé son humérus gauche contre la poignée d'une porte lors d'une chute (pied de meuble). Elle a expliqué avoir entendu un craquement lors du choc contre la poignée de la porte, suivi d'une immense douleur à l'humérus gauche. Elle a précisé avoir repris son activité professionnelle à 50 % dès le 4 octobre 2021 et suivre un traitement de physiothérapie deux fois par semaine. Le 20 octobre 2021, Y. _____ a demandé un rapport intermédiaire au Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé, par rapport du 8 novembre 2021, le diagnostic de fracture sous-capitale gauche peu déplacée. Il a indiqué que l'évolution était objectivement et

- 4 - subjectivement favorable et que le pronostic était bon, sans circonstances particulières ayant une influence défavorable sur le processus de guérison. Il a précisé que le traitement actuel consistait en une physiothérapie en actif contre résistance, qui n'était pas terminée. Il a enfin mentionné une incapacité de travail totale du 6 au 30 septembre 2021. Le 15 novembre 2021, le cas de l'assurée a été présenté au Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'Y. _____, qui a posé le diagnostic de fracture sous-capitale de l'humérus gauche non déplacée, en lien de causalité certain avec l'événement du 15 août 2021. Il a indiqué que cet événement avait entraîné une aggravation passagère, qui s'était terminée à fin 2021. Dans un questionnaire relatif à son état actuel rempli le 29 novembre 2021, l'assurée a indiqué être toujours en incapacité de travail à 50 % depuis le 4 octobre 2021 et suivre des séances de physiothérapie deux fois par semaine, thérapie qu'elle jugeait très efficace. Par courrier du 22 février 2022, Y. _____ a informé l'assurée qu'elle clôturait son cas d'assurance, dans la mesure où son dernier rendez-vous pour le traitement relatif aux conséquences de son accident s'était déroulé le 27 décembre 2021. Le 9 mars 2022, Y. _____ a réceptionné un rapport du Prof. D. _____ du 9 novembre 2021 relatif à une radiographie de l'épaule gauche décrivant une « fracture sous-capitale de l'humérus gauche non déplacée sans pincement sous-acromial, sans subluxation articulaire impaction osseuse avec des remaniements au niveau du trait de fracture ». Par courriel du même jour, l'assurée a demandé à Y. _____ de ne pas clôturer son cas d'assurance, dans la mesure où elle était toujours en traitement pour les conséquences de l'accident du mois d'août

- 5 - 2021 et qu'elle suivait des séances de physiothérapie deux fois par semaine. Le 16 mars 2022, l'assurée a rempli un questionnaire relatif à son état actuel et a indiqué suivre des séances de physiothérapie deux fois par semaine, dont l'efficacité était, selon elle, bonne. Le 9 mai 2022, le Dr C. _____ a, pour répondre à Y. _____ qui l'interrogeait sur le fait qu'il avait prescrit une ordonnance de physiothérapie pour la cinquième fois, indiqué que l'assurée avait suivi des séances de physiothérapie à la suite d'une fracture sous-capitale gauche peu déplacée. Il a exposé qu'au dernier contrôle du 8 novembre 2021, l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, mais que l'assurée n'avait pas encore tout récupéré et que la physiothérapie, effectuée de une à trois fois par semaine, avait pour but la récupération des amplitudes et de la force. Il a ajouté avoir donné une dernière ordonnance le 26 avril 2022 pour la récupération de la force et que la poursuite du traitement pouvait encore améliorer notablement l'état de santé de l'assurée. Il a précisé

avoir constaté une abduction à 140°, une flexion à 140° et une rotation externe à 40°. Les 11 et 16 mai 2022, Y. _____ a réceptionné un rapport du 30 août 2021 relatif à une IRM de l'épaule gauche concluant à une fracture peu déplacée de la tête humérale et un rapport du Prof. D. _____ du 9 novembre 2021 relatif à une radiographie de l'épaule gauche, déjà reçu le 9 mars 2022. Le 16 mai 2022, le cas de l'assurée a été présenté au Dr J. _____ qui a indiqué que le processus de guérison était un peu long et que le traitement serait terminé à la fin de la série actuelle de physiothérapie. Le 13 juillet 2022, la Dre T. _____, médecin praticienne et médecin traitante, a rempli un rapport intermédiaire dans lequel elle a posé le diagnostic de fracture peu déplacée de la tête humérale avec une

- 6 - bonne évolution après physiothérapie et un bon pronostic. Dans la rubrique thérapie, elle a indiqué, comme traitement actuel, « Aircast Epaule + Physiothérapie + avis chirurgical » et a précisé que le traitement se terminerait probablement dans 15 à 30 semaines. Elle a enfin mentionné que l'assurée avait été en incapacité de travail totale du 16 août au 3 octobre 2022 [recte : 2021], puis à 50 % du 4 octobre 2021 au 31 mars 2022, avec une reprise complète du travail au 1er avril 2022. Dans un rapport du 28 juillet 2022, la Dre T. _____ a posé le même diagnostic que dans son précédent rapport et a indiqué à nouveau le même traitement. S'agissant de la durée du traitement, elle a mentionné qu'il serait probablement terminé dans six semaines et que l'épaule gauche était partiellement limitée. Elle a précisé qu'au vu de la lenteur de la reprise, il pouvait y avoir une possible persistance de cette limitation fonctionnelle et que l'épaule était diminuée de 80 à 90 %. La continuation de la physiothérapie pourrait influencer positivement les performances au travail. Le 7 décembre 2022, Y. _____ a reçu un rapport du 18 octobre 2022 du Dr C. _____ indiquant que l'assurée avait été vue la dernière fois le 8 novembre 2021 à sa consultation et qu'elle bénéficiait encore de séances de physiothérapie pour récupérer les amplitudes restreintes et la force. Pour lui, le dossier était clos au 8 novembre 2021. Il a précisé que l'assurée manquait encore de mobilité et qu'il avait constaté une abduction à 140°, une flexion à 140° et une rotation externe à 40°. Le cas de l'assurée a été présenté le 12 décembre 2022 au Dr J. _____, qui a indiqué que le processus de guérison était terminé au 28 novembre 2022 et que le traitement devait être stoppé à cette date. Le 21 décembre 2022, l'assurée a rempli un questionnaire relatif à son état actuel selon lequel elle suivait des séances de physiothérapie deux fois par semaine avec une bonne efficacité.

- 7 - Par décision du 27 janvier 2023, Y. _____ a informé l'assurée que, selon l'avis du médecin-conseil, son traitement de physiothérapie n'était plus pris en charge depuis le 28 novembre 2022. Par courrier du 21 février 2023, l'assurée s'est opposée à cette décision en expliquant qu'en tant que [...], ses outils de travail étaient ses bras, qui restaient pratiquement dans la même position de travail tout le temps. Sollicité pour déterminations, le Dr J. _____ a, le 27 février 2023, indiqué qu'il avait estimé qu'il fallait cesser la prise en charge du traitement de physiothérapie, dès lors que le cas était stabilisé et qu'on ne pouvait plus attendre de progrès notable. Le 11 avril 2023, Y. _____ a réceptionné un rapport du 3 janvier 2023 de la Dre T. _____ posant les diagnostics de fracture de la tête humérale et de capsulite de l'épaule gauche. Elle a indiqué une persistance des limitations liées à la douleur (extension à 90 % latérale et antérieure), avec une chronicisation et une influence défavorable du type de travail exercé par l'assurée. La Dre T. _____ a mentionné que l'assurée avait été en incapacité de travail à 30 % du 6 septembre au 31 octobre 2022, puis à 20 % du 1er novembre 2022 au 6 janvier 2023, tout attestant une totale incapacité de travail du 12 décembre 2022 au 12 janvier 2023, puis à 40 % jusqu'au 1er

février 2023. Elle a précisé que des séquelles fonctionnelles de l'épaule gauche étaient à redouter. Elle a ajouté qu'il y avait un contexte psychologique au travail. Le Dr J. _____ a indiqué, le 17 avril 2023, que ce rapport n'était pas clair concernant l'incapacité de travail et l'origine de cette dernière et qu'il fallait creuser en demandant un rapport médical détaillé. Faisant suite à un courrier d'Y. _____ du 17 avril 2023, la Dre T. _____ a indiqué ce qui suit dans un rapport du 10 août 2023 [sic] : « du 1/.11/2022 au 6.01.2023 la patiente avait essayé d'augmenter son activité de 70 à 80%. Malheureusement durant cette période

- 8 - d'augmentation de son activité, elle a eu une recrudescence des douleurs et gêne fonctionnelle de l'épaule gauche, d'où un nouvel arrêt à 100% à partir du 12.12.2022. Nous avons ensuite essayé de reprendre une activité à 60% progressivement après une amélioration (diminution de l'incapacité à 40%). Le contexte conflictuel avec la concierge ajoute au stress et à la fatigue psychologique de cette période, mais n'est pas en cause des douleurs invalidantes de l'épaule. A l'heure actuelle, la patiente nécessite encore des séances de rééducation et de physiothérapie antalgique pour maintenir et espérer augmenter son taux d'activité. » Le 14 août 2023, le Dr J. _____, dont l'avis a été sollicité le 11 août 2023, a indiqué que l'incapacité de travail attestée par la Dre T. _____ à partir du 12 décembre 2022 n'était plus en lien avec l'accident. Répondant à la question de savoir si le terme de la prise en charge de la physiothérapie pouvait être fixé au 12 décembre 2022, le Dr J. _____ a indiqué que cela pouvait se discuter et que cela dépendait s'il y avait un nouveau bon de physiothérapie. Quant à la nécessité des séances de rééducation et de physiothérapie antalgique, il a expliqué que cela était un cas maladie au vu du contexte psychologique et psychosocial. Par courrier du 22 août 2023, Y. _____ a proposé à l'assurée de modifier la date de la stabilisation de l'état de santé au 12 décembre 2022, à la place du 28 novembre 2022, pour la faire coïncider avec le moment où sa médecin traitante estimait que l'incapacité de travail était due à la maladie. Par courriel du 22 septembre 2023, l'assurée a refusé cette proposition au motif que la Dre T. _____ avait affirmé, dans son rapport du 10 août 2023, que le contexte conflictuel n'était pas la cause des douleurs invalidantes de l'épaule et encore moins en lien avec la limitation de l'amplitude et de la souplesse du mouvement de l'épaule. En annexe, elle a joint une prescription de physiothérapie du 10 août 2023 de la Dre T. _____. Par avis du 9 octobre 2023, le Dr J. _____ a relevé que, selon le Dr C. _____, le cas s'était terminé en novembre 2021. Pour lui,

- 9 - l'incapacité de travail de l'été 2022 et le traitement étaient à considérer comme une rechute. Dans ce contexte, sans éléments probants autre que la douleur, le cas n'était pas du ressort de l'assurance-accidents. Par décision sur opposition du 19 octobre 2023, Y. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 27 janvier 2023. Elle a retenu que l'état de santé de l'assurée était stabilisé et qu'elle présentait désormais un statut douloureux chronique. Dès lors, elle ne saurait prétendre à un traitement médical approprié du fait qu'un tel traitement ne serait pas propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Elle a rappelé que l'assureur-accidents n'avait aucune obligation de prise en charge lorsque les traitements ne servaient plus qu'à améliorer la fonction et à diminuer l'état douloureux. Elle a précisé que l'affirmation de l'assurée selon laquelle elle se portait bien avant l'accident résultait clairement d'un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », qui était impropre à établir un rapport de cause à effet entre l'accident et l'atteinte à la santé. B. Par acte du 17 novembre 2023,

W. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'admission du recours. Elle a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une amélioration était parfaitement envisageable, un traitement médical approprié, notamment par de la physiothérapie, s'avérant toujours nécessaire. Elle a précisé avoir sollicité, par courriel et après son opposition, une expertise du médecin-conseil de l'assurance, ce dernier n'ayant consulté son dossier que sur pièces et non par un examen clinique, ce qui semblait être un défaut d'instruction, voire une constatation inexacte des faits. A l'appui de son recours, elle a produit une carte de rendez-vous avec le Dr C. _____ pour le 4 décembre 2023, un courriel du 6 novembre 2023 de l'intimée l'informant que le médecin-conseil renonçait à discuter du cas, ainsi qu'un rapport de physiothérapie du 9 novembre 2023, dont on extrait ce qui suit : « Madame W. _____ est venue chez nous après une fracture sous-capitale. Pendant les premières séances nous avons constaté une

- 10 - limitation de la mobilité surtout à la flexion et à l'abduction. Si bien qu'elle était complètement limitée par rapport aux activités de la vie quotidienne et professionnelle. Nous avons suivi le protocole, si bien que dans un premier temps nous avons focalisé le traitement sur la mobilité et deuxièmement nous avons commencé à renforcer l'épaule. Jusqu'à présent nous avons remarqué une très bonne amélioration de la mobilité en flexion et abduction et une diminution de la douleur considérable. Malheureusement, une douleur résiduelle est toujours présente à l'emplacement de la fracture. Si bien que nous considérons qu'il serait opportun de continuer la physiothérapie chez nous pour enlever complètement la douleur. » Par réponse du 26 décembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que l'état de santé de la recourante était stabilisé et qu'elle présentait un statut douloureux chronique. Elle a exposé que tous les rapports transmis au dossier démontraient une stagnation de l'état de santé sans aucune amélioration sensible. En outre, le rapport du 9 novembre 2023 mentionnait que le but du traitement était l'élimination de la douleur résiduelle et qu'un tel traitement, qui ne faisait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire, n'était pas à la charge de l'assureur-accidents. Elle a encore mentionné que le dossier médical de la recourante était suffisamment étoffé pour que le médecin-conseil puisse évaluer si la poursuite du traitement était susceptible d'apporter une amélioration sensible de son état de santé. Il n'y avait dès lors pas de raison d'investiguer davantage le cas, que ce soit par une rencontre entre le médecin-conseil et l'intéressée ou par la mise en œuvre d'une expertise externe, aucun médecin traitant n'étant parvenu à démontrer que la poursuite du traitement était susceptible d'apporter une amélioration sensible. Enfin, elle a à nouveau mentionné que le raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » était impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Par courrier du 7 janvier 2024, la recourante a transmis au greffe de la Cour des assurances sociales un rapport du 7 décembre 2023 du Dr C. _____, dans lequel ce médecin a relevé que l'intimée ne voulait plus prendre en charge les deux derniers bons du physiothérapeute des 27 octobre et 1er décembre 2022, alors même que, selon le rapport du

- 11 - physiothérapeute, il y avait encore de l'amélioration chez la recourante. Il avait d'ailleurs prescrit de la physiothérapie car les effets de la fracture s'amélioraient sous ce traitement. Répliquant le 7 mars 2024, la recourante a expliqué que le Dr C. _____ l'avait orientée vers le Dr V. _____, médecin praticien, qui lui avait prescrit des séances de physiothérapie ainsi qu'une IRM effectuée le 6 mars 2024. En annexe à son écriture, elle

a notamment transmis un rapport du 29 janvier 2024 du Dr V. _____, selon lequel elle présentait une douleur sur les tests de conflit et que l'examen clinique avait montré une mobilisation complète, des signes a minima de conflit et pas de perte de force sur testing de la coiffe. Elle a également produit une prescription de physiothérapie du 29 janvier 2024 de ce médecin posant comme diagnostic des douleurs résiduelles au niveau de l'épaule gauche à la suite d'une fracture humérale avec des douleurs sous acromiale sur conflit. Elle a encore transmis un rapport de physiothérapie du 30 janvier 2024, selon lequel elle avait ressenti tout de suite un réel soulagement et une nette diminution de la douleur au niveau du bras lors du travail sur les points trigger au niveau du sus- et supra-épineux lors de la dernière séance. Le physiothérapeute précisait être optimiste sur le pronostic concernant la guérison et qu'il serait opportun de continuer la physiothérapie pour enlever complètement la douleur. Quant au rapport relatif à l'IRM de l'épaule gauche du 6 mars 2024, le Prof. D. _____ est arrivé à la conclusion suivante : « Déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-épineux associée à une tendinopathie du long chef du biceps. Bursite sous-acromio-détoïdienne. » Par duplique du 18 mars 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions en faisant valoir que la recourante n'avait pas démontré en quoi son état n'était pas stabilisé, ni en quoi les traitements actuels étaient en relation de causalité avec l'accident. Elle a ajouté qu'aucun avis médical ne venait contredire ceux du Dr J. _____. Elle a transmis en annexe un avis de ce médecin du 18 mars 2024 indiquant que, pour la rechute, l'IRM du 6 mars 2024 ne montrait aucune corrélation avec la fracture, qu'on ne retrouvait qu'une tendinopathie de la face profonde du

- 12 - sus-épineux et du LCB [long chef du biceps] et que, chez quelqu'un de 63 ans, il ne s'agissait que d'une découverte fortuite de délamination progressive dégénérative, sans lien avec l'ancienne fracture. Par déterminations du 26 avril 2024, la recourante a maintenu ses conclusions en précisant avoir continué les séances de physiothérapie après la décision sur opposition de l'intimée et que ces séances avaient contribué à une nette amélioration de son état de santé. A cette occasion, elle a transmis une prescription de physiothérapie du 25 mars 2024 du Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant comme diagnostic « S/p fracture sous capitale humerus G 08.2021, Trigger points trapèze et angulaire omoplate, pectoral et scalenes », un rapport de physiothérapie du 25 avril 2024 précisant que les douleurs résiduelles à l'emplacement de la fracture au niveau du bras gauche avaient quasiment disparu et que la mobilisation allait être prochainement travaillée, surtout en flexion et également la tonification musculaire des abaisseurs et rotateurs au niveau de l'humérus gauche afin de finir le traitement et d'enlever complètement la douleur. Le physiothérapeute était toujours optimiste sur la guérison. Elle a également transmis un consilium du 21 mars 2024 du Prof. D. _____ dont on extrait ce qui suit : « Ce que l'on peut se demander, c'est s'il n'y a pas une péjoration due à la fracture qui peut tout à fait engendrer une déchirure partielle de la face articulaire de ce tendon est donc, il serait judicieux d'éventuellement mettre en relation le traumatisme avec une déchirure partielle de la face articulaire. Ceci serait quand même plus évident à caractériser avec une arthro-IRM, comme je le mentionne au-dessus, pour faire la part des choses, et pour que l'on puisse voir si le trait de refend, actuellement consolidé, s'étendait jusqu'au niveau du départ de la déchirure partielle, ce qui est impossible à décrire sur ce seul examen. La lésion partielle du tendon du supra-épineux a peut-être augmenté une tension au niveau du tendon du long chef du biceps qui présente, maintenant, des signes de tendinopathie. La tendinopathie, elle, n'a pas de lien direct avec l'accident, mais pourrait être une conséquence secondaire de la lésion partielle du supra-épineux ou de la fracture douloureuse au niveau de l'épaule qui a

provoqué une surcharge au niveau de ce tendon supra- épineux. » Se déterminant le 28 mai 2024, l'intimée a produit un avis du Dr J. _____ du 27 mai 2024 selon lequel « Le Prof. D. _____ ne pose que

- 13 - des hypothèses, car il estime ne pas avoir suffisamment d'élément pour confirmer une corrélation entre les lésions (surtout du sus-épineux face profonde) et l'événement. Ceci implique que la causalité naturelle ne reste que possible et, en conséquence, ne diffère pas vraiment de ma position. » Les prestations fondées sur l'accident devaient ainsi être niées dans la mesure où l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne pouvait pas être qualifiée de probable. 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). 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. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations médicales de l'assurance-accidents, en l'occurrence à la poursuite de la prise en charge d'un traitement de physiothérapie.

- 14 - 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison. c) Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative (ATF 143 V 148

- 15 - consid. 3.1.1). De manière générale, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF

8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et les références citées ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 et la référence citée). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées ; 8C_20/2022 précité consid. 6.2 ; 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2. et les références citées). L'évaluation y relative se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux concernant les possibilités thérapeutiques et l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris sous la notion de pronostic (TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références citées). La preuve du fait que le traitement est de nature à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter sa péjoration doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Elle est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1 ; TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

- 16 - 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 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_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées). 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). Une valeur probante doit 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

- 17 - 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 les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). d) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. En l'espèce, l'intimée a, par décision du 27 janvier 2023 confirmée par décision sur opposition du 19 octobre 2023, mis fin à la prise en charge du traitement de physiothérapie prescrit à la recourante au motif que la poursuite de la prise en charge des séances ne servait plus à améliorer la fonction, mais à diminuer l'état douloureux. De son côté, la recourante a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une amélioration était parfaitement envisageable grâce aux séances de physiothérapie.

- 18 - a) Il est constant que, le 15 août 2021, la recourante a été victime d'un accident qui a entraîné une fracture sous-capitale non déplacée (cf. rapports du Prof. D. _____ des 6, 27 septembre et 9 novembre 2021 ainsi que les rapports des Drs C. _____, J. _____ et T. _____ des 20 octobre, 15 novembre 2021, 9 mai, 13 et 28 juillet 2022). A la suite de cet accident, la recourante a bénéficié de séances de physiothérapie (cf. questionnaire rempli par la recourante le 19 octobre 2021 et rapport du Dr C. _____ du 20 octobre 2021). En février 2022, l'intimée, se basant sur un avis du Dr J. _____ du 15 novembre 2021, a informé la recourante qu'elle clôturait son cas d'assurance, dans la mesure où son dernier rendez-vous pour le traitement relatif aux conséquences de l'accident s'était déroulé le 27 décembre 2021 (cf. courrier du 22 février 2022). Faisant suite à un courrier de la recourante du 9 mars 2022 et à un questionnaire rempli par elle le 16 mars 2022 indiquant qu'elle était toujours en traitement, l'intimée a interrogé le Dr C. _____ sur le fait qu'il avait prescrit une cinquième ordonnance de physiothérapie. Ce médecin a, par rapport du 9 mai 2022, répondu que l'évolution de la recourante était objectivement et subjectivement favorable, mais qu'elle n'avait pas encore tout récupéré, le but de la physiothérapie étant la récupération des amplitudes et de la force. Selon lui, la poursuite du traitement pouvait encore améliorer notablement l'état de santé de la recourante, ce que confirmait la Dre T. _____ (cf. rapports des 28 juillet 2022 et 10 août 2023). L'intimée a toutefois refusé la prise en charge du traitement de physiothérapie dès le 28 novembre 2022, par décision du 27 janvier 2023. Elle s'est basée sur un avis du 12 décembre 2022 du Dr J. _____ qui

estimait que le processus de guérison était terminé au 28 novembre 2022 et que le traitement devait être stoppé. Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr J. _____ a précisé, dans un avis du 27 février 2023, qu'il fallait cesser la prise en charge du traitement de physiothérapie, dès lors que le cas était stabilisé et qu'on ne pouvait plus attendre de progrès notables. Se basant sur des avis de ce médecin des 14 août et 9 octobre 2023, l'intimée a confirmé sa décision du 27 janvier 2023 par décision sur opposition du 19 octobre 2023. Il faut toutefois constater que les avis du

- 19 - Dr J. _____ ne permettent pas d'établir que le traitement de physiothérapie ne pouvait plus amener de progrès notables. En effet, dans son avis du 14 août 2023, le Dr J. _____ a expliqué que les séances de physiothérapie relevaient d'un cas maladie au vu du contexte psychologique et psychosocial. Or aucun rapport des médecins ne fait état d'un tel contexte. Bien au contraire, les physiothérapeutes de la recourante ont mentionné des douleurs invalidantes de l'épaule et ont préconisé la physiothérapie également pour l'amplitude et la souplesse du mouvement de l'épaule pour une assurée orthodontiste, sans lien avec une problématique psychologique (cf. rapports des 9 novembre 2023, 30 janvier et 25 avril 2024). La Dre T. _____ a d'ailleurs indiqué que le contexte conflictuel avec la concierge ajoutait du stress et de la fatigue psychologique, mais n'était pas la cause des douleurs invalidantes de l'épaule. Quant à l'avis du 9 octobre 2023, le Dr J. _____ parle d'une rechute en ce qui concerne la poursuite du traitement de la physiothérapie. Or il ne s'agit pas d'une rechute, mais du refus de poursuivre le traitement de la recourante. b) La position du Dr J. _____ est en outre contredite par les différents rapports produits dans le cadre de la présente procédure, qui peuvent être pris en compte dans la mesure où ils concernent l'évolution de la situation médicale avant la décision sur opposition du 19 octobre 2023 et sont conséquemment susceptibles d'influencer l'appréciation du cas (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Le physiothérapeute de la recourante a expliqué que celle-ci était venue après une fracture sous-capitale et qu'il avait constaté une limitation de la mobilité, surtout à la flexion et à l'abduction qui limitait complètement la recourante dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Il avait ainsi focalisé le traitement sur la mobilité dans un premier temps, puis avait commencé à renforcer l'épaule dans un deuxième temps. Il a précisé avoir remarqué une très bonne amélioration de la mobilité en flexion et en abduction et une diminution de la douleur considérable, tout en expliquant qu'une douleur résiduelle était toujours

- 20 - présente à l'emplacement de la fracture, raison pour laquelle il fallait continuer le traitement (cf. rapport du 9 novembre 2023). Dans son rapport du 30 janvier 2024, le physiothérapeute a indiqué être optimiste sur le pronostic concernant la guérison et qu'il fallait continuer la physiothérapie pour enlever complètement la douleur et a ensuite constaté, dans son rapport du 25 avril 2024, que les douleurs résiduelles à l'emplacement de la fracture au niveau du bras gauche avaient quasiment disparu. La mobilisation allait prochainement être travaillée, surtout en flexion et également la tonification musculaire des abaisseurs et rotateurs au niveau de l'humérus gauche, afin de finir le traitement et d'enlever complètement la douleur. Ainsi, l'état de santé de la recourante n'est pas stabilisé et la poursuite du traitement permettrait d'apporter une amélioration sensible à son état, ce que le Dr C. _____ a d'ailleurs confirmé dans son rapport du 7 décembre 2023. Ainsi, l'avis du Dr J. _____ n'était pas suffisant pour justifier l'interruption du traitement de physiothérapie. A cet égard, on remarquera qu'en août 2021, les amplitudes articulaires de la recourante étaient limitées en abduction à 80° en mobilisation active et à 100° en

mobilisation passive, ainsi qu'une rotation externe à 90° en passive et antéflexion et à 90° en passive et active (cf. rapport de consultation du 30 août 2021). En mai 2022, le Dr C._____ a constaté une abduction à 140°, une flexion à 140° et une rotation externe à 40° (cf. rapport du 9 mai 2022) et la Dre T._____ une extension à 90° (cf. rapport du 3 janvier 2023), mettant en évidence les progrès de la recourante. Ainsi, les documents produits dans le cadre de la présente procédure permettent, à tout le moins, de mettre suffisamment en doute les constatations du médecin-conseil pour justifier une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise. Cette mise en œuvre se justifie d'autant plus que l'état de santé de la recourante n'est pas stabilisé. En effet, le Prof. D._____ s'est demandé, dans le consilium du 21 mars 2024, s'il n'y avait pas une péjoration due à la fracture qui pouvait engendrer une déchirure partielle de la face articulaire de ce tendon. Il a également relevé que la lésion partielle du tendon du supra-épineux avait peut-être augmenté une tension au niveau du tendon du long chef du biceps, qui présentait maintenant des signes de tendinopathie. Cette tendinopathie, si elle n'avait pas de lien avec

- 21 - l'accident, pourrait être une conséquence secondaire de la lésion partielle du supra-épineux ou de la fracture douloureuse au niveau de l'épaule, qui avait provoqué une surcharge au niveau de ce tendon supra-épineux. Il a encore préconisé une arthro-IRM. Cette question n'a toutefois pas été traitée au niveau de la décision sur opposition, mais seulement dans le cadre de la présente procédure. L'intimée, reprenant l'avis du Dr J._____ du 28 mai 2024, a considéré que le Prof. D._____ ne posait que des hypothèses, ce qui impliquait que la causalité naturelle ne restait que possible. Or ce constat n'est pas corrélé par les constatations du Prof. D._____, qui fait plus que de simples hypothèses. Quoi qu'il en soit, la question litigieuse ne porte pas sur le lien de causalité entre une éventuelle rechute et l'accident, mais bien sur la question de savoir si la poursuite du traitement était susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de la recourante. Au vu des considérations ci-dessus, il se justifie d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'intimée dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à Y._____ de mettre en œuvre une expertise orthopédique. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'intimée rendra une nouvelle décision. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e :

- 22 - I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 19 octobre 2023 par Y._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - W._____, - Y._____, - 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 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

- 23 - La greffière :

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