

VS_GERICHTE S2 23 105 vom 12. Juni 2025

VS Kantonsgericht, 2025-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_105)

FR: VS_GERICHTE S2 23 105 du 12 juin 2025

IT: VS_GERICHTE S2 23 105 del 12 giugno 2025

Regeste

Par arrêt du 12 juin 2025 (8C_71/2025), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière civile interjeté par X_ contre ce jugement S2 23 105 ARRÊT DU 17 DÉCEMBRE 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais, Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (AA ; causalité naturelle, statu quo ante vel sine)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Posté le 27 novembre 2023, le présent recours contre la décision sur opposition du 25 octobre précédent, notifiée au plus tôt le 26 octobre 2023, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2.1

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à

- 13 - l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance- accidents obligatoire, 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 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb). En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

E. 2.3

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou

- 14 - n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus

amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C- 5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations

- 15 - complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins- conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

E. 3.1

Dans le cas d'espèce, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et prestations médicales) au 10 août 2022 au motif qu'elle estimait que les troubles persistants après cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 20 janvier 2022. La CNA s'est essentiellement fondée sur les conclusions de sa MA. Le Tribunal constate que les rapports de la Dresse D _____ ont effectivement été fondés sur le dossier médical de l'assuré, y compris radiologique et en connaissance de l'anamnèse. La MA a notamment pris position de manière motivée sur les avis de ses confrères, en particulier sur les conclusions contraires du Dr E _____, et a exposé pour quels motifs les conclusions de ce dernier ne permettaient pas de retenir un degré de causalité

- 16 - naturelle suffisant entre les plaintes persistantes du recourant et l'accident du 20 janvier 2022. On relèvera en particulier que, dans ses réponses du 27 juin 2022, la Dresse D _____ a retenu que, selon toute vraisemblance, la santé de la personne assurée était déjà altérée avant l'accident par une bursite sous-acromio deltoïdienne, laquelle avait été rendue symptomatique par la contusion occasionnée lors de la chute du 20 janvier 2022. Aucune autre lésion supplémentaire n'avait été entraînée par l'accident. Une contusion guérissait habituellement en 2-3 mois, soit au plus tard au 20 avril 2022. La persistance des douleurs était à mettre en lien avec l'atteinte de surcharge préexistante. Dans une prise de position du 27 mars 2023, la Dresse D _____ a pris acte des diagnostics différentiels retenus par le Dr E _____, à savoir une lésion Slap 2, luxation médiale du long chef du biceps sur lésion de la poulie médiale. Elle a néanmoins souligné que les diagnostics du chirurgien ne ressortaient pas du rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 20 avril 2022 ; dans ce rapport, les spécialistes en radiologie avaient en effet conclu à l'absence d'atteinte post-traumatique visualisée, notamment de la coiffe des rotateurs et du labrum ; seule la présence d'une bursite sous-acromio deltoïdienne avait été confirmée. Dans la mesure où le Dr E _____ semblait avoir fondé son diagnostic sur des constatations faites lors de son intervention de novembre 2022, la MA a invité le chirurgien à produire des éléments complémentaires à ce propos, notamment ses rapports orthopédiques, son compte-rendu opératoire et les images de l'intervention. Ces dernières n'ont pas pu être produites afin d'étayer les indications du Dr E _____, ce dernier ayant renoncé à enregistrer son opération. Dans un nouveau rapport du 28 juillet 2023, la Dresse D _____ a rappelé la teneur de toutes les pièces médicales versées au dossier, y compris au plan radiologique. Elle a confirmé qu'à teneur de ces dernières, seule la présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne avait pu être mise en évidence, de sorte que les diagnostics différentiels du Dr E _____ n'étaient pas fondés au plan clinico-radiologique. Elle a rappelé que le bilan radiologique (RX, US et arthro-IRM de l'épaule gauche) n'avait mis en évidence ni lésion de la coiffe des rotateurs, ni atteinte du labrum, hormis un complexe de Buford, qui était une variante anatomique. Par ailleurs, le chirurgien n'avait fourni aucun autre élément, notamment d'images du bloc opératoire, permettant de modifier les conclusions de la MA. Dans une nouvelle prise de position du 11 mars 2024, la MA a ajouté que le diagnostic de Slap 2 du Dr E _____ n'était par ailleurs pas compatibles avec le mécanisme de la chute du 20 janvier 2022 tel que ressortant du dossier.

- 17 -

E. 3.2

Pour sa part, le recourant se prévaut des rapports du Dr E _____. Il sied dès lors d'examiner si les éléments apportés par ce dernier permettent de mettre en doute la valeur probante des conclusions de la MA en exposant pour quels motifs elles seraient erronées ou

lacunaires.

E. 3.3

Ce chirurgien a posé le diagnostic d'instabilité du LCB gauche, lésion Slap 2 et de conflit sous acromial gauche. S'agissant en particulier de la question du lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 20 janvier 2022, il a exprimé, dans son rapport de consultation du 28 février 2023, que les lésions qu'il retenait étaient compatibles avec un accident puisqu'à la description des images de l'IRM, on avait stipulé que l'impotence fonctionnelle et les douleurs étaient consécutives à un traumatisme identifié survenu en janvier 2022. De fait, le rapport d'IRM du 20 avril 2022 avait décrit les éléments suivants : « Au niveau de la structure osseuse, pas de fracture visualisée, les rapports anatomiques sont préservés, aspect discrètement mal rotée de la tête humérale d'allure constitutionnelle. Pas d'argument pour une déchirure labrale, présence d'un complexe de Buford. Tendon long chef du biceps en place dans sa gouttière avec un petit épanchement au sein de sa gaine. Pas d'anomalie du tendon sub-scapulaire. Le tendon supra-épineux est continu, d'épaisseur et de morphologie normales. Petite composante de bursopathie sous-acromio-deltoïdienne. Le tendon infra-épineux est sp. Trophicité musculaire conservée des différents muscles de la coiffe des rotateurs. Pas d'adénopathie axillaire. Pas d'anomalie des parties molles sous-cutanées. Pas d'épanchement intra-articulaire ». Le rapport d'IRM avait en conclusion écarté que toute atteinte post-traumatique visualisée notamment de la coiffe des rotateurs ou du labrum et uniquement retenu une composante de bursite sous-acromio deltoïdienne. Avec la MA, le Tribunal relève ainsi que les diagnostics du Dr E _____ n'ont effectivement nullement été cités à l'IRM. D'autre part, contrairement à ce qu'a avancé le chirurgien, il n'a aucunement été mentionné par les radiologues que l'impotence fonctionnelle et les douleurs étaient la conséquence d'un traumatisme. Au plan radiologique, il est encore rappelé que le rapport de l'échographie du 17 février 2022 avait conclu à une bursopathie post-traumatique sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule gauche ». Cela ne saurait suffire pour établir un lien de causalité entre les diagnostics retenus par le Dr E _____ et l'accident. En effet, comme l'a relevé la MA, cette même échographie a montré un état de tendon normal, pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'anomalie de l'articulation acromio-claviculaire, pas d'anomalie au plan musculaire ou des parties molles sous-cutanées et sans atteinte de la coiffe des rotateurs ou du tendon long chef du biceps. Par ailleurs, la radiographie du 25 janvier

- 18 - 2022 avait également conclu à un bilan osseux de l'épaule gauche dans les normes. En outre, comme l'a relevé l'intimée, si les rapports médicaux parlent souvent de troubles « post-traumatique », cela est souvent pour indiquer qu'ils ont été investigués dans les suites d'un traumatisme, soit temporellement après un accident, ce qui ne suffit pas à établir un lien de causalité naturel avec l'accident au degré de probabilité attendu selon la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2). De manière générale, il est rappelé que 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. Partant, le Tribunal constate, comme l'ont relevé la MA et à sa suite l'intimée, que les diagnostics retenus par le Dr E _____ n'ont nullement été confirmés par les rapports radiologiques. Au contraire, tous les examens accomplis ont exclu une

atteinte post- traumatique notamment de la coiffe des rotateurs ou du labrum. Par ailleurs, il est relevé que le Dr E _____, qui connaissait pourtant bien la problématique asséurologique puisque la CNA venait de lui signifier, en date du 13 octobre 2022, son refus de prise en charge de l'intervention projetée, n'a pas jugé utile d'enregistrer des images de son opération du 24 novembre suivant susceptibles d'illustrer ses conclusions. Quoiqu'il en soit, la question de la clarté du diagnostic souffre ici de rester ouverte puisqu'en toute hypothèse, même le Dr E _____ pose un avis incertain quant à l'existence d'un lien de causalité entre ses propres diagnostics et l'accident. En effet, dans son premier rapport du 28 février 2023, il a posé que les lésions constatées « pouvaient être compatibles avec un accident », il s'agissait dès lors uniquement d'une possibilité. De même, dans son rapport du 25 avril 2023, il a exprimé que les lésions pouvaient être imputables à un accident et, dans son rapport du 27 février 2024, il a répondu « Si je ne peux affirmer avec certitude que ces lésions sont en lien avec l'accident identifié de janvier 2022, je ne peux non plus affirmer le contraire. Le lien de causalité n'est pas exclu ». Il a ainsi uniquement attesté la « possibilité » d'un lien de causalité entre les lésions et l'accident et non sa « probabilité », laquelle est exigée par la jurisprudence susmentionnée pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu. S'agissant des avis des autres praticiens, ils ne mettent également pas en doute les conclusions étayées de la MA. En effet, comme l'a relevé l'intimée, le Dr F _____ a uniquement pris position quant à l'opportunité d'un séjour stationnaire à la CRR, mais

- 19 - ne s'est nullement prononcé sur les diagnostics et, en particulier, sur la question déterminante du lien de causalité avec les troubles persistants après le 10 août 2022. Dans son consilium du 13 février 2023, il a pris acte des constatations peropératoires du Dr E _____ sans en déduire qu'elles attestaient leur origine accidentelle. Au contraire, il a rappelé au Dr E _____ qu'un séjour stationnaire à la CRR ne serait pas pris en charge par la CNA, probablement en raison de l'absence de lésion constatée lors des différents examens. Quant aux radiologues et au Dr C _____, comme susmentionné, ils n'ont retenu qu'une bursite, laquelle ne justifiait plus d'incapacité de travail dès le 1er juin 2022 selon le Dr C _____, que cette atteinte ait été occasionnée par l'accident ou ait uniquement et momentanément été rendue symptomatique par ce dernier, comme l'avait initialement posé la MA dans ses réponses du 27 juin 2022. A l'aune de ces éléments, le Tribunal ne saurait dès lors faire grief à l'intimée de s'être fondé sur les conclusions de sa MA, conclusion dont la valeur probante n'a pas été mise en doute. Partant, force est ainsi d'admettre que seule la « possibilité » - et non la probabilité (cf. supra consid. 2.2) - d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 20 janvier 2022 et les plaintes persistantes émises depuis le 10 août 2022 a été apportée, ce qui n'est pas suffisant à l'aune de la jurisprudence susmentionnée. C'est donc à juste titre que l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations fondées sur l'accident assuré au-delà du 10 août 2022. A titre superfétatoire, il est encore relevé que cette dernière date est en toute hypothèse plus favorable au recourant que celle du 20 avril 2022 fixée par la MA ou de celle du 1er juin 2022 indiquée par le Dr C _____.

E. 3.4

Dans ces circonstances, les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas. Dès lors, faute d'éléments pertinents permettant de mettre en lien les plaintes rapportées dès le 10 août 2022 avec l'événement du 20 janvier 2022, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prester concernant ces troubles.

Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

E. 4

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

- 20 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 17 décembre 2024

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