

VS_GERICHTE S2 23 42 vom 8. November 2024

VS Kantonsgericht, 2024-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 42](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_42)

FR: VS_GERICHTE S2 23 42 du 8 novembre 2024

IT: VS_GERICHTE S2 23 42 del 8 novembre 2024

Regeste

S2 23 42 ARRÊT DU 8 NOVEMBRE 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 contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 6 et 36 LAA ; causalité naturelle, statu quo 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. Remis à la poste le 28 avril 2023 à la Poste française, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 31 mars précédent et réceptionné par la Cour de céans le 15 mai 2023, a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé par les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA; art. 81a al. 1 LPJA). L'assuré, domicilié en France au moment au moment du dépôt du recours (auparavant en Valais), a en dernier lieu travaillé pour un employeur sis dans le canton du Valais, de sorte que la compétence du Tribunal en raison du lieu pour juger du cas d'espèce est également établie (art. 58 al. 2 LPGA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 8 mars 2023 pour les suites de son accident du 8 septembre 2022. Seule est litigieuse la question de savoir si les troubles résiduels rapportés par l'assuré au niveau de son épaule droite sont encore en lien de causalité avec l'accident du 8 septembre 2022 ; le recourant se plaint de douleurs et de limitations de mobilité persistantes.

- 7 - La guérison de l'atteinte subie au niveau du pied droit n'est par contre pas contestée par le recourant ; en effet, comme l'a relevé l'intimée, le recourant ne se plaint pas de sa cheville droite et le dossier ne fait pas état de troubles résiduels à ce niveau.

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 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

- 8 - 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 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

- 9 - 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 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

- 10 - 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

Dans le cas d'espèce, la CNA a mis un terme à ses prestations au 8 mars 2023, au motif que, selon son MA, le statu quo sine avait été atteint six mois après l'accident du

E. 3.1

Le Dr B _____ a retenu dans son rapport du 7 novembre 2022, en sus du diagnostic de contusion déjà retenu par les praticiens de l'Hôpital de Sion, une tendinite du supra-épineux. Il a attesté qu'avant son accident, son patient ne s'était jamais plaint de douleurs à l'épaule droite, concluant ainsi implicitement que la tendinite serait d'origine accidentelle. Ce seul argument ne saurait suffire : en effet, de jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés uniquement 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. 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; arrêt 8C_169/2019 du

E. 3.4

Il découle des considérations qui précèdent que la CNA pouvait mettre un terme à ses prestations au 8 mars 2023, au motif qu'au-delà de cette date, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dans une relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 septembre 2022. Le recours du 28 avril 2023 est par conséquent rejeté et la décision sur opposition du 31 mars 2023 confirmée. 4. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires), ni alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g a contrario LPGA) ou à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4a et les références). Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 8 novembre 2024

E. 8

septembre 2022. Le recourant estime que les suites accidentelles de son atteinte à l'épaule droite ne sont pas encore rétablies et met en doute la valeur probante de l'avis du

médecin-conseil de l'intimée en se référant aux rapports de ses médecins traitants.

E. 10

mars 2020 consid. 5.3). Pour sa part, le Dr D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a conclu, après avoir pris connaissance du dossier médical, y compris radiologique, que les lésions de l'épaule constatées à l'IRM, soit la tendinose du supraépineux sans véritable zone de rupture individualisable et une discrète tendinose de l'infraépineux, étaient des atteintes malades ne pouvant être corrélées à l'accident du 8 septembre

- 11 - 2022. Il a souligné que l'IRM du 22 septembre 2022 n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle de type fracture ou lésion ligamentaire/tendineuse. Dans sa prise position du 16 février 2023, le MA a retenu le seul diagnostic de contusion de l'épaule droite ; il a posé qu'une telle lésion traitée conservativement guérissait entre trois et six mois après la date du sinistre. Dans son rapport complémentaire du 30 mars 2023, le Dr D _____ a précisé que la tendinopathie du sus-épineux sans zone de rupture individualisable et la discrète tendinose de l'infra-épineux étaient des lésions d'origine dégénérative préalables à l'accident et n'ayant pas été causées par l'événement du 8 septembre 2022, lequel avait cessé de déployer ses effets après trois à six mois. Il sied dès lors d'examiner si les conclusions du MA concluant à l'absence de causalité naturelle, après le 8 mars 2023, entre les troubles à l'épaule de l'assuré et l'accident du 8 septembre 2022 sont mises en doute par des éléments contraires versés au dossier. Le Tribunal constate que lors des radiographies effectuées les 8 et 9 septembre 2022 à l'Hôpital de Sion, il avait été noté, s'agissant de l'épaule droite, une structure et une morphologie osseuse normales pour l'âge du recourant, sans lésion traumatique décelable (ni fracture, ni luxation acromio-claviculaire à la radiographie). Tous les rapports articulaires étaient conservés et les parties molles étaient sans particularité. Avaient par contre été relevés des signes de tendinopathie chronique, éléments attestant un trouble maladif antérieur à l'accident. Par ailleurs, lors de l'examen préalable à l'infiltration sous-acromiale du 14 mars 2023, il a été relevé une arthrose acromioclaviculaire légèrement inflammatoire, asymptomatique en mars 2023. Par ailleurs, dans le rapport de consultation du Service des urgences du 9 septembre 2022, les praticiens consultés ont uniquement rapporté une « contusion » de l'épaule droite avec une douleur à la palpation de l'acromion. Alors qu'une « tuméfaction » de la malléole interne avait été décrite s'agissant du pied, il n'a pas été fait mention d'une quelconque lésion visible à l'épaule ; au contraire, le rapport a exclu toute déformation, hématome ou dermabrasion ; de même, les médecins ont écarté toute douleur à la palpation de la clavicule, à la tête de l'humérus ou des diaphyses humérales. Il n'y avait pas de déficit sensitif. Ces éléments tendent ainsi également à confirmer le seul diagnostic de contusion de l'épaule droite retenu par le MA, au détriment d'autres atteintes accidentelles. Finalement, l'IRM du 22 septembre 2022 a permis d'exclure tout épanchement glénohuméral significatif ou toute autre anomalie, notamment au niveau des tendons du long biceps sous-scapulaire. Comme l'a relevé l'intimée, aucune lésion structurelle n'a été constatée de type fracture, déchirure ligamentaire ou tendineuse. Contrairement à

- 12 - ce qui a été mentionné par le Dr F _____, aucune atteinte partielle sur l'enthèse du tendon n'a été objectivée à l'IRM. Ont uniquement été notées une tendinose du supraépineux sans véritable zone de rupture individualisable et une discrète tendinose de l'infraépineux. Le MA a posé que ces tendinoses étaient des troubles maladifs, ce qui est corroboré par l'existence de signes d'une tendinopathie chronique ressortant des

radiographies. En toute hypothèse, aucun avis médical étayé versé au dossier ne permet de mettre les conclusions du MA en doute et de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité probable entre l'accident du 8 septembre 2022 et ces tendinoses, respectivement de la bursite sous acromio-deltoïdienne ultérieurement retenue par le Dr F _____. En particulier, s'ils ont attesté la persistance de douleurs et la nécessité de poursuivre les soins, notamment des infiltrations, ni le Dr B _____, ni le Dr F _____ n'ont fourni d'éléments médicaux motivés et objectivés au plan radiologique permettant de rattacher de manière probable les tendinoses/bursite à l'accident du 8 septembre 2022. Leurs avis ne suffisent dès lors pas à mettre en doute les conclusions étayées du MA. A l'aune de ces éléments, on ne saurait faire grief à l'intimée de s'être fondée sur l'avis de son MA et d'avoir ainsi admis que les suites de la contusion, seul diagnostic relatif à l'épaule retenu en lien avec l'accident du 8 septembre 2022, étaient rétablies six mois après l'accident.

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