

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Geneviève Chapuis Emery,
avocate à Fribourg,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, travaillait à 100 % comme aide-maçon dans le cadre d'une activité auprès du chômage. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 septembre 2016, alors qu'il se trouvait à l'intérieur d'une pelleteuse, celle-ci a basculé sur le côté gauche. L'assuré a subi des entorses au niveau de la jambe et du bras gauches. Il a été en incapacité totale de travail jusqu'au 23 février 2017.

Selon le rapport du 15 septembre 2016 du Service des urgences du Centre hospitalier B._____, l'assuré souffrait d'une contusion du pied gauche et d'une entorse de la cheville gauche. Les radiographies de la cheville, du pied et de l'épaule ne mettaient en évidence aucune fracture.

Par courrier du 4 octobre 2016, la CNA a informé l'assuré de l'allocation de prestations d'assurance, notamment d'indemnités journalières à partir du 18 septembre 2016.

L'IRM de l'épaule gauche « face rotation interne et externe ainsi que profil de Lamy » réalisée le 23 novembre 2016 ne montrait aucune lésion osseuse d'allure traumatique récente, évolutive ou dégénérative visible. Les interlignes articulaires étaient respectées, sans calcification péri-articulaire anormale visible. Le rapport établi à la suite de l'arthro-IRM de l'épaule gauche de la même date concluait quant à lui à une tendinopathie des muscles infra et supra-épineux sans rupture de la coiffe des rotateurs associée et à une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Vu les prolongations successives de l'incapacité de travail de l'assuré, le dossier a été soumis au Dr W._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort de son rapport du 23 janvier 2017 notamment que l'assuré était apte à reprendre le travail à plein temps dans son ancienne activité dès le 30 janvier 2017 compte tenu d'un examen clinique rassurant et d'un bilan radiologique ne montrant pas de lésion osseuse ou d'atteinte tendineuse significative.

Par courrier du 2 février 2017, la CNA a informé l'assuré de la suspension du versement des indemnités journalières au vu du rapport du 23 janvier 2017 du Dr W._____. La Caisse a également indiqué qu'un traitement supplémentaire par un médecin n'était plus nécessaire.

Selon un rapport du 2 février 2017, le Dr J._____ a diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche avec une tendinite post-traumatique. Il a noté une persistance de l'omalgie gauche et un testing contrarié par la douleur. Le pronostic était défavorable dans l'immédiat et le port de charges lourdes était signalé à titre de problème qui pouvait persister.

L'assuré a transmis à la CNA un nouveau certificat médical, attestant d'une incapacité totale de travail du 24 février 2017 pour une durée estimée à six semaines, puis prolongée ensuite jusqu'au 28 mai 2017 avec une reprise envisagée à 50 % à partir de cette date.

Dans un rapport du 9 mars 2017, le Dr J._____ a souligné une évolution discrètement favorable avec régression des douleurs, mais persistance de la faiblesse au niveau de la force et une amplitude réduite.

Le rapport du 24 avril 2017 du Dr L._____, chef de clinique au Service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital de [...], mentionne notamment ce qui suit :

[...] Le jour de la consultation, donc le 24 avril, il [l'assuré] ne présente toujours pas d'amyotrophie musculaire au niveau de son épaule G [gauche], la flexion est à 170°, l'abduction est à 110°, la rotation externe à 45°, la rotation interne L1. La force au Jobe est nettement améliorée, par rapport au début, le lift off est toujours sensible, mais dans une moindre mesure, par rapport au début.

Le patient est toujours à l'arrêt de travail, à savoir à 100%, jusqu'au 28.05.2017 et nous avons un éventuel retour au travail à 50%, le 29.05.2017.

Nous sommes actuellement dans une impasse avec un patient étant travailleur de force qui ne veut pas recommencer à travailler avec les symptômes qu'il a actuellement, malgré une évolution lentement favorable.

Je propose donc au médecin-conseil de la SUVA, qui nous lit en copie, de convoquer le patient pour une nouvelle évaluation, ainsi qu'une prise en charge de réhabilitation et réadaptation en physiothérapie intensive, sur quelques semaines au centre de la Clinique P. _____ à [...].

L'assuré a été examiné par le Dr F. _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a diagnostiqué dans son rapport du 29 juin 2017 des douleurs persistantes à l'épaule gauche et un status après contusion à l'épaule, à la cheville et au pied gauches. Le chapitre « Appréciation » du rapport a la teneur suivante :

L'assuré est vu à 9 mois et demi de l'accident. Les douleurs du pied et de la cheville G ont rapidement disparu. Persistance de douleurs à l'épaule G. Une arthro-IRM a montré l'absence de lésion structurelle d'origine traumatique. Tendinopathie du sus- et du sous-épineux, sans image de rupture.

A l'examen clinique, l'assuré a récupéré pratiquement toute la mobilité de son épaule G. Persistance de douleurs lorsqu'il soulève des charges. L'examen clinique est rassurant. En l'absence de lésion structurelle démontrable due à l'accident, on peut établir un *statu quo sine* à 6 mois de celui-ci.

Par décision du 25 juillet 2017, confirmée sur opposition le 18 septembre 2017, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge du traitement médical au 23 février 2017, considérant que l'accident avait cessé de déployer ses effets à partir de cette date.

B. Par acte du 19 octobre 2017, C. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision rendue le 18 septembre 2017 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières rétroactivement depuis le 24 février 2017 ; subsidiairement à son annulation et à son renvoi à la CNA pour nouvelle décision. En substance, il a reproché à la

Caisse une violation de son droit d'être entendu dès lors qu'il n'avait pas pu se prononcer sur le résultat du rapport du 29 juin 2017 du Dr F. _____ vu son envoi tardif, soit seulement quelques jours avant le dépôt du recours. L'assuré a aussi fait valoir que les rapports du 24 janvier 2017 du Dr W. _____ et du 29 juin 2017 du Dr F. _____ étaient lacunaires et erronés. Il a allégué l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ses atteintes à la santé qui guérissait lentement vu son âge. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et de débats oraux.

Dans sa réponse du 1^{er} février 2018, la CNA a proposé l'admission du recours et le renvoi de la cause pour reprise de l'instruction dans la mesure où les éléments au dossier ne permettaient pas de retenir une stabilisation de l'état de santé de l'assuré au 23 février 2017. En présence de rapports médicaux contradictoires quant à la date de stabilisation du cas, la CNA a estimé qu'elle ne pouvait pas renoncer à poursuivre l'instruction.

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 ; RSV 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 en espèces de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 23 février 2017.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'intimée ne lui aurait remis que quelques jours avant l'échéance du délai de recours le rapport du 29 juin 2017 du Dr F._____, le privant ainsi sciemment de la possibilité de s'exprimer sur son résultat. Il relève également à l'appui de son argumentation ses carences en langue française et une méconnaissance de la procédure en matière d'assurances sociales.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (également l'art. 42 LPGA dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. En revanche, si l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant l'autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituerait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

b) En l'espèce, la question de savoir si l'intimée a violé le droit d'être entendu du recourant en ne lui communiquant pas immédiatement le rapport du 29 juin 2017 du Dr F. _____ peut demeurer indécise, dans la mesure où cette violation a, en tout état de cause, été réparée en procédure de recours, puisque le recourant a pu prendre connaissance de ladite pièce et s'exprimer à son sujet dans le cadre du recours. Le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit en conséquence être rejeté.

5. Sur le fond, il convient d'analyser la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement de toute prestation de l'assurance-accidents, singulièrement si l'accident avait cessé de déployer des effets au 23 février 2017.

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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine* ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne souffre plus de sa cheville, ni de son pied gauches et qu'il n'a pas subi de fracture. Concernant son épaule gauche, la radiographie réalisée le 15 septembre 2016 n'a pas mis en évidence de fracture et l'IRM du 23 novembre 2016 a confirmé l'absence de lésion osseuse d'allure traumatique. Une tendinopathie des muscles infra et supra-épineux sans rupture de la coiffe des rotateurs associée et une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne ont néanmoins été détectés.

b) Ladite tendinopathie est retenue par les différents médecins qui ont examiné le recourant, mais leur appréciation diffère quant aux effets sur la capacité de travail et sur les limitations. En effet, le Dr J._____ expose la persistance de l'omalgie, ainsi qu'un pronostic défavorable avec une possible limitation sur le long terme du port de charges lourdes (rapport du 2 février 2017). Dans son rapport du 9 mars 2017, il relève une évolution discrètement favorable et la régression des douleurs, mais avec une faiblesse au niveau de la force et une amplitude réduite. Le Dr L._____ estime quant à lui l'évolution lentement favorable et un retour au travail à 50 % au 29 mai 2017, mais relève une sensibilité lors de certains mouvements (rapport du 24 avril 2017). Les Drs W._____ et F._____ ont pour leur part retenu une reprise à 100 %, sans aucune limitation (rapports du 2 février 2017, respectivement du 29 juin 2017). Leur analyse diverge néanmoins quant à la date de cette reprise ; le Dr W._____ l'a fixée au 23 février 2017 compte tenu d'un examen clinique rassurant et d'un bilan radiologique ne montrant pas de lésions osseuse ou d'atteinte tendineuse significative, alors que le Dr F._____ évalue la reprise à six mois après l'accident vu la récupération de pratiquement toute la mobilité, un examen clinique rassurant et une absence de lésion structurelle démontrable due à l'accident, malgré la persistance des douleurs lorsque le recourant soulève des charges.

c) A la lumière de ces rapports, en particulier au vu des douleurs persistantes du recourant relevées par les médecins, notamment lors de port de charges, et de la divergence entre les rapports des Drs W._____ et F._____ quant à la date de reprise de l'activité à 100 %, la question de la stabilisation de l'état de santé reste indécise. Compte tenu des atteintes à la santé présentées par le recourant, il semble judicieux de procéder à une analyse plus poussée de cette question. L'intimée ne pouvait donc pas, eu égard en particulier aux rapports médicaux contradictoires établis par le Drs W._____ et F._____, retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé en date du 23 février 2017.

d) A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais à l'intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la question faisant l'objet du considérant 6c ci-dessus conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 2'800 fr., montant qui couvre l'indemnité d'office à laquelle pourrait prétendre le conseil du recourant au titre de l'assistance judiciaire.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 18 septembre 2017 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Geneviève Chapuis Emery (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

La greffière :