

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2020

Composition : M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

U. _____, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaille comme aide-infirmier à 90 % auprès de la [...] et est, à ce titre, assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès d'U._____ (ci-après : U._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 30 novembre 2016, l'employeur de l'assuré a informé U._____ que ce dernier s'était blessé au bras droit, au coude et à l'épaule le 27 novembre 2016. Il avait glissé dans sa baignoire, était tombé en se retenant par le bras droit en arrière et s'était retrouvé assis dans la baignoire avec le bras droit tordu.

L'assuré a été en arrêt de travail du 28 novembre au 20 décembre 2016. Son incapacité de travail a encore été de 50 % du 21 au 31 décembre 2016, celui-ci devant ménager son coude droit (certificats du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, des 28 novembre, 6 et 19 décembre 2016).

Des séances de physiothérapie lui ont été prescrites régulièrement.

Dans un rapport du 12 septembre 2017, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré avait présenté des symptômes douloureux locaux, avec également une irradiation dans le bras et des paresthésies, dont l'évolution avait d'abord été plutôt favorable, avant que la symptomatologie douloureuse revienne. Il avait fait réaliser une arthro-IRM qui avait mis en évidence une petite fracture de l'acromion et un œdème de l'articulation acromio-claviculaire. Il a précisé que si l'évolution ne devait pas être satisfaisante, une infiltration pourrait être tentée.

Il a joint le rapport de l'arthro-IRM en question, effectuée le 7 septembre 2017, qui contenait les conclusions suivantes :

- « 1. Remaniements dégénératifs acromio-claviculaires avec très importants signes d'œdème des berges articulaires associés à une petite impaction plaçant pour une contusion osseuse marquée et une fracture impactée du bord inférieur de l'acromion.
2. Irrégularités de la partie inférieure de l'articulation acromio-claviculaire entraînant un impingement.
3. Petite bursite millimétrique sous-acromio-deltaïdienne.
4. Signes de tendinopathie du tendon du muscle du sus-épineux. »

Dans un rapport du 30 mars 2018, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré l'avait consultée le 7 février 2018 en raison de douleurs persistantes à l'épaule droite, irradiant dans le bras et fluctuant selon ses activités et les jours. Son examen avait montré une amplitude complète dans tous les axes, des douleurs au Jobe, au lift-off, en rotation externe contre résistance ainsi qu'une douleur élective à la palpation en un point supéro-antérieur de l'articulation acromio-claviculaire.

Le 7 mai 2018, le Dr C._____ a fait savoir qu'il avait procédé à une infiltration intra-articulaire le 2 mars 2018 en raison d'un conflit sous acromial, avec un bon effet immédiat.

Le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil d'U._____, a fait l'appréciation suivante en date du 6 juin 2018 :

« [...] Effectivement, sur l'arthro-IRM dont j'ai pu voir les images, il n'y a pas de fuite du produit de contraste lors de l'arthrographie et l'arthro-IRM montre cette importante arthrose acromio-claviculaire, avec un œdème important sur les deux versants de l'articulation.

En fait, le patient fait une décompensation de son arthrose acromio-claviculaire préexistante, suite à sa chute. Le traitement a surtout été conservateur avec des séances de physiothérapie et, dernièrement, une infiltration localisée qui semble avoir eu finalement un bon effet.

A noter que cette arthrose acromio-claviculaire est préexistante à la chute de 2016, mais bien évidemment, entretien[t] de l'irritation à ce niveau. On peut donc prendre en charge le traitement initial suite à la chute et jusqu'à la dernière infiltration du mois de mars 2018. On peut fixer un statu quo à cette date, en raison de ces

antécédents et de cette arthrose préexistante. En cas d'évolution défavorable, si une intervention est proposée, elle ne serait plus à mettre en relation avec le traumatisme, mais avec les troubles dégénératifs préexistants. »

Par décision du 11 juillet 2018, U._____ a mis fin au versement de ses prestations à compter du 2 mars 2018, estimant qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'événement du 27 novembre 2016 et ses troubles.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 7 août 2018.

Par décision sur opposition du 1^{er} novembre 2018, U._____ a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que celui-ci n'apportait aucun avis médical pour contester l'avis du Dr N._____, dont les conclusions étaient cohérentes et convaincantes. Le fait que l'arthrose ne s'était jamais manifestée avant le traumatisme ne permettait en outre pas de dire qu'elle était une suite de l'accident, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral.

B. Par acte du 28 novembre 2018, R._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge par l'intimée. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. Il a invoqué que la date fixée pour la fin de la prise en charge par l'assureur-accidents était arbitraire. Il a allégué que selon le Dr C._____, l'arthrose qu'il présentait était normale pour son âge, et que les douleurs et l'incapacité d'utiliser son bras droit comme avant l'accident étaient principalement la conséquence de la fracture de l'acromion.

Dans sa réponse du 9 janvier 2019, U._____ a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il était recevable. Elle a fait valoir que l'argumentation du recourant ne permettait pas de comprendre en quoi il critiquait la décision attaquée et qu'il ne formulait pas de conclusions quant à cette décision, de sorte que son recours ne satisfaisait pas aux

exigences de recevabilité. Elle a reconnu une pleine valeur probante à l'avis du Dr N._____ et souligné que le recourant ne produisait aucune pièce médicale venant contredire cet avis ou laissant penser que la décision attaquée serait arbitraire. Le constat que les plaintes avaient débuté après le sinistre de novembre 2016 était impropre à établir un rapport de cause à effet entre l'accident et l'atteinte à la santé. Elle a en outre invoqué que l'assureur-maladie avait admis le bien-fondé de la décision attaquée. Les doutes émis par le recourant n'étant pas de nature à jeter le trouble sur le bien-fondé des conclusions du Dr N._____, la mise en place d'une expertise médicale n'était selon elle pas nécessaire.

Par réplique du 1^{er} février 2019, le recourant a admis que son épaule présentait un état maladif antérieur qui s'était aggravé avec l'accident et pouvait le faire souffrir dans le cadre d'une évolution ordinaire, mais a contesté le moment choisi pour arrêter la prise en charge des soins prescrits, estimant que cette date avait été fixée arbitrairement, sans prendre en considération l'évolution positive produite grâce aux séances de physiothérapie entre mars et juillet 2018. Il a conclu à ce qu'U._____ prenne en charge les soins reçus jusqu'au mois de juillet 2018.

Dans sa duplique du 22 février 2019, U._____ a maintenu ses arguments, précisant que le traitement de physiothérapie n'était manifestement pas susceptible d'entraîner une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au regard de l'importance de la pathologie préexistante de l'épaule.

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, le recours a été 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]). Contrairement à ce que l'intimée soutient, la motivation contenue dans l'acte de recours est suffisante pour comprendre en quoi la décision litigieuse est contestée. La formulation du recours permet en outre de comprendre que le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite de la prise en charge des soins par l'intimée, jusqu'en juillet 2018 comme précisé au stade de la réplique. Le recours respecte ainsi les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

c) Au vu des prestations litigieuses, à savoir la prise en charge des séances de physiothérapie de mars à juillet 2018, du traitement antalgique et éventuellement de l'infiltration du 2 mars 2018, la valeur litigieuse est manifestement inférieure à 30'000 fr., si bien que la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) La décision sur opposition litigieuse indique qu'U. _____ met fin à ses prestations dès le 2 mars 2018. Le litige porte donc sur le droit du recourant à des prestations de l'assureur-accidents pour la période postérieure au 1^{er} mars 2018.

b) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) En vertu de l'art. 36 al. 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. Cependant, 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 ou plus 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 serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

d) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, ainsi qu'aux médicaments et analyses ordonnés par celui-ci (art. 10 al. 1 let. a et b LAA). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état (TF 8C_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3 et références citées).

e) 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, 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).

4. En l'occurrence, U._____ s'est fondée sur l'avis de son médecin-conseil du 6 juin 2018 pour mettre fin au versement de ses prestations dès le 2 mars 2018. Dans cette prise de position, le Dr N._____ indique avoir eu accès aux images de l'arthro-IRM de septembre 2017, sur lesquelles il constate une importante arthrose acromio-claviculaire, avec une petite zone d'impaction, un conflit sous-acromial, mais aucune rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. Il relève également qu'il n'y a pas eu de fuite du produit de contraste lors de

l'arthrographie et qu'il y a un œdème important sur les deux versants de l'articulation. Il en conclut qu'à la suite de sa chute, le recourant a fait une décompensation de son arthrose acromio-claviculaire préexistante et qu'il y a lieu de fixer un *statu quo* au moment de la dernière infiltration du mois de mars 2018.

Dans son rapport du 12 septembre 2017, le Dr C._____ constate que l'arthro-IRM a mis en évidence une petite fracture de l'acromion et un œdème de l'articulation acromio-claviculaire. Le patient allait alors nettement mieux et si l'évolution ne devait pas le satisfaire, une infiltration pourrait être tentée. Une telle infiltration a finalement été réalisée le 2 mars 2018 en raison de la persistance de douleurs dans le cadre du conflit sous-acromial. Celle-ci a eu un effet positif (rapport du 7 mai 2018).

Dans son rapport du 30 mars 2018, la Dre Z._____ mentionne également la persistance de douleurs à l'épaule droite et la mise en évidence par l'arthro-IRM d'une petite fracture de l'acromion et d'un œdème acromio-claviculaire.

Il faut constater que ni le Dr C._____, ni la Dre Z._____ ne se prononcent sur la causalité entre l'accident du 27 novembre 2016 et les troubles qui persistent. Leurs rapports ne permettent par conséquent pas de contredire les conclusions du Dr N._____. Dans son recours, le recourant fait valoir que selon le Dr C._____, l'arthrose présente était normale compte tenu de son âge, et que les douleurs et l'incapacité d'utiliser son bras comme il le faisait avant l'accident étaient principalement la conséquence de la fracture de l'acromion. Il ne produit toutefois aucun rapport médical à l'appui de ses allégations. Il ressort en outre de la prise de position du Dr N._____ que celui-ci a tenu compte de l'existence d'une petite zone d'impaction dans le cadre de son appréciation. Il a par ailleurs pu lui-même faire une lecture des images de l'arthro-IRM, en plus d'avoir pris connaissance du rapport établi le 7 septembre 2017 à l'issue de cet examen. Ses conclusions ont dès lors été

prises en pleine connaissance du dossier et ne sont, comme relevé à juste titre par l'intimée, pas contredites par d'autres pièces médicales.

Dans sa réplique, le recourant admet que son épaule présente un état dégénératif qui s'est aggravé en raison de l'accident, mais estime que cette aggravation perdure au-delà du 2 mars 2018, date qu'il juge arbitraire. 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). En l'occurrence, comme déjà mentionné ci-dessus, seul le Dr N._____ s'est prononcé sur la question de la causalité naturelle. Il explique qu'on peut retenir l'existence d'un *statu quo sine* - c'est-à-dire considérer que l'état de l'épaule correspond à celui dans lequel elle aurait de toute façon été sans l'accident - en date du 2 mars 2018. Il justifie cette date par l'importante arthrose préexistante, qui entretient de l'irritation au niveau acromio-claviculaire et qui s'est décompensée dans les suites de l'accident. Cette date n'a pas été remise en cause par les médecins traitants du recourant. Le fait que la physiothérapie suivie par la suite a permis une amélioration de l'état de l'épaule ne permet pas de nier un *statu quo sine*, dans la mesure où ces douleurs persistantes étaient dues à une atteinte dégénérative selon le Dr N._____.

Lorsqu'il indique un *statu quo* « à cette date », soit à la date de la dernière infiltration, le Dr N._____ ne souhaitait cependant manifestement pas exclure la prise en charge de cette infiltration, mais uniquement constater que tous les traitements postérieurs ne concernent que les suites d'une arthrose préexistante à l'accident. Il n'est pas clair, sur la base du dossier transmis, de savoir si l'intimée a pris en charge l'infiltration pratiquée le 2 mars 2018. Cela n'apparaît pas certain au vu du texte de la décision litigieuse, qui met fin aux prestations dès le 2 mars 2018. Il convient par conséquent de réformer la décision sur opposition

litigieuse, en ce sens que le recourant a droit à la prise en charge du traitement jusqu'au 2 mars 2018 au soir.

5. Les pièces au dossier permettent ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La réquisition du recourant dans ce sens est dès lors rejetée, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Le recours est dès lors partiellement admis.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} novembre 2018 est réformée en ce sens que R. _____ a droit à la prise en charge du traitement jusqu'au 2 mars 2018 au soir.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. R. _____,
- Me Patrick Moser (pour U. _____),
- 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 :