

S2 13 83

JUGEMENT DU 28 AOÛT 2014

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourante, représentée par Maître A_____

contre

Y_____ **Assurances SA**, intimée

(rechute ou séquelle tardive ; lien de causalité ; statu quo sine)

Faits

Aa X_____, née le xxx 1968, travaillait comme éducatrice de la petite enfance à la crèche et garderie B_____, à C_____, et, à ce titre, était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Y_____ Assurances SA (ci-après : Y_____ SA).

Ab Par déclaration d'accident du 19 juillet 2012, l'employeur de X_____ a annoncé à Y_____ SA que celle-ci était tombée d'une échelle, le 11 juillet 2012, et s'était blessée à l'épaule gauche. L'assurée a consulté le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine générale (à une date ne ressortant pas du dossier, mais le 16 juillet 2012 selon l'allégué 3 de la décision sur opposition). Dans un rapport du 23 juillet 2012, ce praticien a posé les diagnostics de distorsion de l'épaule gauche et PSH (périarthrite scapulo-humérale) post-traumatique et indiqué que le traitement serait probablement terminé d'ici trois semaines.

Interpellée par Y_____ SA, l'assurée a attesté, le 18 octobre 2012, que le traitement médical était terminé depuis la fin juillet 2012 et qu'elle n'avait pas fait de physiothérapie.

Ac En raison de douleurs persistantes à l'épaule gauche avec impotence fonctionnelle relative, X_____ a consulté à nouveau le Dr D_____ (à une date non déterminable sur la base du dossier, mais dans le courant du mois de décembre 2012 selon l'allégué 5 de la décision sur opposition). Le 2 janvier 2013, une IRM de l'épaule gauche a été réalisée. Le rapport y relatif conclut à un conflit sous acromial avec géodes dégénératifs du trochiter, une tendinopathie chronique du sus-épineux, une micro-abrasion de la face profonde du sous-scapulaire (ou discrète altération de signal de la face profonde avec petite abrasion) et une bursite sous-acromio-deltoïdienne sévère ; l'articulation acromio-claviculaire a, quant à elle, été jugée normale.

Une échographie effectuée le 11 janvier 2013, avec infiltration de la bourse sous-acromiale, a confirmé la présence d'une bursite sous-acromiale sévère et d'une hétérogénéité modérée du tendon sus-épineux de type dégénératif, mais pas de la micro-abrasion de la face profonde du sous-scapulaire.

Une incapacité de travail totale a été attestée du 9 au 17 janvier 2013, puis a été prolongée jusqu'au 27 janvier 2013.

Lors d'un entretien téléphonique avec un inspecteur des sinistres de Y_____ SA, le 30 janvier 2013, le mari de l'assurée a déclaré que, par son activité de nurse, celle-ci portait régulièrement des enfants, intervenait souvent avec ses bras et qu'il lui était difficile de se protéger au niveau de l'activité, ce qui entravait la guérison de l'épaule. Il a attesté que son épouse n'avait jamais eu de problème de santé avant cet événement.

Interpellé par téléphone le 4 février 2013, le médecin conseil de Y_____ SA, le Dr E_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a indiqué que, selon l'IRM du 2 janvier 2013, il n'y avait pas de lésions traumatiques, que les géodes étaient anciennes et que la tendinopathie n'était pas traumatique ; ainsi, le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint à cette date.

Après avoir examiné l'assurée le 5 février 2013, le Dr F_____, FMH en médecine interne et spécialiste en rhumatologie, a conclu à un syndrome sous-acromial gauche sur bursopathie sous-acromio-claviculaire, en régression après infiltration, ainsi qu'à un syndrome douloureux localisé à la région acromio-claviculaire gauche, compatible avec une distorsion de cette articulation, et a préconisé un nouvel arrêt de travail de trois semaines, en raison du fait que le travail à la crèche nécessitait une sollicitation répétitive de la ceinture scapulaire. Selon les certificats de travail délivrés, l'assurée a été en arrêt de travail du 4 au 8 février 2013.

Par décision du 12 février 2013, Y_____ SA a annoncé à l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 2 janvier 2013, date à laquelle l'IRM avait permis d'exclure toute lésion d'origine traumatique.

Un nouvel arrêt de travail a été attesté du 18 février au 11 mars 2013, puis du 11 au 24 mars 2013 et ainsi de suite.

B. Le 14 mars 2013, X_____ s'est opposée à la décision de Y_____ SA, estimant que ni le statu quo sine ni le statu quo ante n'avaient été atteints à la date du 2 janvier 2013.

Y_____ SA a dès lors demandé un rapport écrit au Dr E_____. Le 13 mai 2013, ce spécialiste a relevé que l'IRM du 2 janvier 2013 et l'échographie du 11 janvier 2013 avaient montré une articulation acromio-claviculaire normale et que, par conséquent, en l'absence de toute lésion objectivée, le diagnostic d'entorse de l'articulation acromio-claviculaire posé par le Dr F_____ ne pouvait pas être retenu. Il a observé que l'imagerie avait, en revanche, mis en évidence un état

dégénératif, notamment avec la présence de géodes, lesquelles témoignaient de la chronicité de l'atteinte. Il a encore noté que l'infiltration n'avait pas été réalisée dans l'articulation acromio-claviculaire mais dans l'espace sous-acromial et ceci en raison de la présence de pathologies dégénératives et non pas en raison d'une pathologie acromio-claviculaire traumatique. Enfin, il a remarqué que, dans les suites de la chute et durant les sept premiers mois, il n'avait jamais été fait mention d'une atteinte de l'articulation acromio-claviculaire. Au vu de ces éléments, il a conclu que l'événement du 11 juillet 2012 avait vraisemblablement occasionné une contusion de l'épaule dont le traitement avait été terminé à la fin juillet 2012, comme l'avait annoncé l'assurée, et qu'au début janvier 2013, la chute avait cessé de produire ses effets.

Dans un rapport du 27 mai 2013, le Dr D_____ a posé les diagnostics de conflit sous acromial avec géodes dégénératives du trochiter, tendinite du sus-épineux et bursite sous acromio-deltoïdienne gauche depuis juillet 2012 et a indiqué que la cause de l'incapacité de travail, maladie ou accident, n'était pas claire.

Par décision sur opposition du 19 juin 2013, Y_____ SA a confirmé sa position en se fondant sur l'avis du Dr E_____ et a rejeté l'opposition de l'assurée.

C. A cette même date, l'assureur perte de gain de X_____ a mandaté le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, afin d'examiner la justification de l'arrêt de travail de l'intéressée. Dans son rapport du 15 juillet 2013, ce spécialiste a estimé que, sur la base des documents radiologiques, on ne pouvait exclure qu'il y ait eu un contexte traumatique initial survenu sur des lésions dégénératives jusque-là silencieuses, puisque les images du 2 janvier 2013 laissaient apparaître un œdème osseux en-dessous de l'insertion du sus-épineux et une fissuration de la partie distale du sous-scapulaire. Il a noté que les douleurs qui persistaient étaient compatibles avec une lésion du muscle sous-scapulaire comme décrit sur l'IRM, ainsi qu'avec un conflit sous-coracoïdien, mais devaient également être mises en lien avec une dysfonction cervicale haute gauche. De son point de vue, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle mais totale dans une activité adaptée ne nécessitant pas de port de charge permanent, à dater de la mi-août 2013, après la poursuite du traitement.

Sur questions de l'expertisée, le Dr G_____ a précisé que l'IRM montrait la coexistence de lésions de type dégénératif, tels l'aspect du tendon du sus-épineux ou de la bursite sous-acromio-deltoïdienne avec un acromion de type 2 favorisant cette atteinte, avec des lésions évoquant un traumatisme initial, tels l'œdème osseux et

l'aspect fin et hyperintense du tendon sous-scapulaire terminal laissant suspecter une déchirure partielle. De son point de vue, l'hypothèse la plus probable était celle d'un traumatisme survenant sur des structures présentant déjà des signes de dégénérescence et qu'ainsi, on ne pouvait pas affirmer que l'épaule avait retrouvé son état antérieur ou que le statu quo sine ou ante avaient été atteints.

D. Par écriture du 21 août 2013, X_____ a recouru contre la décision sur opposition de Y_____ SA du 19 juin 2013. Elle a relevé que l'état dégénératif de son épaule ne s'était jamais manifesté avant sa chute et soutenu qu'il y avait lieu de s'en tenir à l'avis du Dr G_____, selon lequel le statu quo sine n'avait pas été atteint.

Avant de prendre position, Y_____ SA a soumis une nouvelle fois le dossier au Dr E_____. Dans son rapport du 21 octobre 2013, ce spécialiste a constaté qu'aucun des diagnostics posés ne figuraient dans la liste des lésions assimilées de l'article 9 alinéa 2 OLAA. Il a observé que ni l'IRM du 2 janvier 2013 ni l'échographie du 11 janvier 2013 n'avaient révélé de pathologie au niveau de la jonction myotendineuse du muscle sous-scapulaire et que le diagnostic de lésion du tendon du sous-scapulaire (micro-abrasion, déchirure, fissuration) n'avait d'ailleurs pas été rapporté par le Dr G_____ dans la rubrique « diagnostics ». De son point de vue, il n'y avait pas eu de déchirure traumatique d'un tendon de la coiffe des rotateurs, car celle-ci aurait provoqué une symptomatologie douloureuse aiguë, immédiate et invalidante qui n'aurait pas permis la poursuite de l'activité professionnelle d'éducatrice de la petite enfance durant près de six mois et dont le traitement n'aurait pas cessé à la fin juillet 2012, comme cela avait été le cas. Il a estimé que l'événement du 11 juillet 2012 avait aggravé de manière temporaire l'état dégénératif antérieur, mais avait totalement cessé de déployer ses effets début janvier 2013. Revenant sur l'interprétation des images de l'IRM du 2 janvier 2013, il a confirmé que l'aspect du tendon du sus-épineux était typique d'une pathologie dégénérative, sans aucun élément objectif permettant de retenir une étiologie traumatique. Il a expliqué que la petite abrasion décelée au niveau du tendon du sous-épineux était la conséquence d'une usure due à des sollicitations chroniques répétées et ne pouvait en aucun cas être interprétée comme une déchirure ou une fissuration du tendon secondaire à un traumatisme. Il a observé que ces deux termes n'avaient d'ailleurs pas été utilisés par les radiologues. Il a précisé que l'usure chronique de la coiffe des rotateurs entraînait un amincissement de celle-ci puis une ascension de la tête humérale, comme cela était le cas chez l'assurée, mais que cette dernière nécessitait l'élongation progressive des éléments capsulo-ligamentaires,

laquelle se faisait sur de nombreux mois, voire années ; ainsi, l'ascension de la tête humérale observée chez l'assurée témoignait aussi d'un processus dégénératif évoluant de manière chronique. S'agissant de l'œdème osseux, il a rappelé que celui-ci était un signe non spécifique rencontré le plus souvent lors d'une atteinte inflammatoire et/ou dégénérative et qu'en l'espèce, l'étiologie de l'œdème était en relation avec la tendinopathie chronique du sus-épineux et son insertion sur le trochiter, ce que confirmait la présence des micro-géodes. Au vu de l'évolution de l'assurée dans les semaines ayant suivi l'accident et de l'absence de lésion structurelle imputable à la chute, il a considéré que la symptomatologie persistant au-delà de janvier 2013 était en relation avec l'évolution naturelle d'un état antérieur dégénératif et qu'il y avait lieu de retenir que le statu quo sine était atteint à cette date.

Se fondant sur cet avis, Y_____ SA a conclu, le 28 octobre 2013, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 19 juin 2013.

Le 14 janvier 2014, X_____ a contesté l'avis du Dr E_____, qui, selon elle, était parti de la prémisse erronée qu'elle n'avait pas eu de douleurs à l'épaule durant les premiers jours post-traumatiques, ce qui était inexact. A cet égard, elle a déposé les déclarations écrites de six témoins, qui attestaient avoir rencontré la recourante, pour certains le jour même de l'accident, pour d'autres le lendemain et surlendemain, et que celle-ci s'était plainte de souffrir de douleurs à l'épaule gauche.

Prenant position le 14 février 2014, Y_____ SA a relevé que le Dr G_____ lui-même avait retenu dans son anamnèse que la recourante avait tout d'abord ressenti des douleurs un peu partout et que ce n'était que trois jours plus tard qu'elle avait ressenti des douleurs plus vives à l'épaule. Elle a encore rappelé que le Dr G_____ n'avait pas été mandaté pour se prononcer sur la relation de causalité et que ses conclusions non motivées, sur ce point, n'étaient pas convaincantes.

Dans son ultime détermination du 10 mars 2014, la recourante a requis l'interrogatoire des six témoins dont les déclarations écrites étaient mises en doute, ainsi que l'audition du Dr G_____.

A la demande de la Cour, Y_____ SA a déposé certaines pièces manquantes au dossier, le 7 août 2014, qui ont été transmises le 11 août 2014 à la recourante.

Considérant en droit

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 l'office postal le 21 août 2013, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 19 juin 2013, reçue par le mandataire du recourant le 21 juin 2013, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), ainsi que devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis 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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles à l'épaule gauche ayant nécessité des consultations et traitements dès la fin de l'année 2012.

2.1 La décision entreprise expose de manière correcte les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs à la causalité naturelle et adéquate, au statu quo ante/statu quo sine et à l'appréciation des preuves, de sorte que l'on peut y renvoyer.

On rappellera simplement que 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 (statu quo sine ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75, consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 80 p. 865). 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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 sv., consid. 3b). 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.

2.2 En l'espèce, la recourante est tombée d'une échelle le 11 juillet 2012. On comprend de l'anamnèse décrite par le Dr G_____ le 15 juillet 2013 que l'assurée a ressenti des douleurs un peu partout à la suite de cette chute, dont notamment à l'épaule gauche, et qu'après trois jours, alors que les autres parties du corps traumatisées s'étaient calmées, les douleurs à cet endroit étaient plus vives et ont décidé l'assurée à consulter un médecin. Les témoignages écrits déposés par la recourante dans le cadre de la présente procédure vont également dans ce sens. Il est dès lors inutile de procéder à l'interrogatoire des six personnes rencontrées par la recourante les jours suivant l'accident. Consulté quelques jours après la chute, mais au plus tard le 23 juillet 2012 (cf. feuille pour le médecin, pièce 2 du dossier de l'intimée), le Dr D_____ n'a pas jugé utile d'effectuer une radiographie du membre. Après examen clinique, il a diagnostiqué une distorsion de l'épaule gauche et une PSH post-traumatique. En l'absence de précision des structures morphologiques et anatomiques concernées, la PSH est une expression générique pour parler de « douleur à l'épaule ». Le traitement n'a nécessité que deux consultations et la prise d'anti-inflammatoires. A la fin juillet 2012, celui-ci était terminé, selon les déclarations de la recourante, ce qui concorde avec l'avis du Dr D_____, selon lequel le traitement ne devait durer qu'environ trois semaines (cf. rapport du 23 juillet 2012). Au terme de celui-ci et des vacances scolaires, la recourante a pu reprendre son travail d'éducatrice de la petite enfance, à son taux d'activité habituel de 45%, ce jusqu'au 9 janvier 2013, soit durant environ cinq mois.

A la fin de l'année 2012 (à une date qui n'a pas pu être déterminée sur la base du dossier), la recourante s'est rendue une nouvelle fois chez le Dr D_____. Une IRM a alors été réalisée, le 2 janvier 2013. D'après le rapport d'imagerie, la recourante présentait un conflit sous-acromial avec géodes dégénératifs du trochiter (ou œdème sous-cortical du trochiter avec micro-géodes dans l'os spongieux), une tendinopathie chronique du sus-épineux, une micro-abrasion de la face profonde du sous-scapulaire et une bursite sous-acromio-deltoidienne sévère. Le reste du status de l'épaule, notamment l'articulation acromio-claviculaire, était parfaitement normal. Une échographie a ensuite été effectuée le 11 janvier 2013. Celle-ci a permis de confirmer ces diagnostics, hormis la micro-abrasion de la face profonde du sous-scapulaire qui n'a pas été retrouvée.

Dans son analyse du 15 juillet 2013, le Dr G_____ a estimé que l'œdème osseux et les images de fissuration du sous-scapulaire parlaient en faveur d'une atteinte traumatique, ce que le Dr E_____ a formellement contesté dans son appréciation

du 21 octobre 2013. De l'avis de ce spécialiste, l'imagerie n'a démontré aucune lésion structurelle imputable à l'événement du 11 juillet 2012, mais uniquement un état dégénératif sous-acromial, tendineux (sus-épineux et sous-scapulaire) et osseux, chronique, sans relation avec l'accident. Le Dr E_____ a clairement expliqué pourquoi l'atteinte du tendon sous-scapulaire (ou du sous-épineux) et l'œdème osseux ne pouvaient pas être considérés comme d'origine traumatique. Il a rappelé que les radiologues n'avaient pas retenu une contusion osseuse, mais avaient décrit un œdème sous-cortical du trochiter, qui était une atteinte dégénérative et/ou inflammatoire qui, dans le cas d'espèce, pouvait être mise en relation avec la tendinopathie chronique du sus-épineux et de son insertion sur le trochiter. Cette étiologie était confirmée par la présence de micro-géodes typiquement dégénératives. Quant à la discrète altération décelée sur la face profonde du sous-scapulaire, il a relevé que les radiologues n'avaient parlé ni de déchirure ni de fissuration, mais bien d'une petite « abrasion », ce qui était la conséquence d'une usure due à des sollicitations chroniques répétées et non d'un traumatisme. Cette interprétation est convaincante dans la mesure où la recourante exerçait depuis sept années une profession physique pour les membres supérieurs, puisqu'elle devait fréquemment porter des petits enfants et intervenir avec ses bras. Par ailleurs, on rappellera que la discrète altération de signal de la face profonde du sous-scapulaire avec petite abrasion n'avait pas été retrouvée lors de l'échographie du 11 janvier 2013, ce qui permet de douter de son existence même. Par conséquent, force est de constater qu'en janvier 2013, la recourante ne présentait aucune lésion structurelle imputable à l'accident de juillet 2012.

Le fait que l'état dégénératif de l'épaule gauche était resté asymptomatique jusqu'à la chute n'est pas un argument suffisant pour fonder le droit aux prestations à partir de janvier 2013. Si l'accident a aggravé un état dégénératif préexistant de manière passagère, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il soit à l'origine des troubles pour lesquels la recourante a consulté dès la fin de l'année 2012. Sur cette question précise, l'avis du Dr G_____ n'est pas suffisamment motivé. Ce spécialiste a constaté que la recourante n'avait pas retrouvé son état antérieur et, partant, a considéré, sans faire de distinction, que ni le statu quo sine ni le statu quo ante n'avaient été atteints, ce qui ne peut pas être admis. L'appréciation du Dr E_____, qui remplit tous les réquisits en matière de valeur probante des actes médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), emporte la conviction de la Cour, de sorte qu'il est renoncé à l'interrogatoire

du Dr G_____ (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

3. Mal fondé, le recours doit être rejeté, sans qu'il soit perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 28 août 2014