

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Thalmann, juge et M. Pittet, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais (SCIV), à Monthey,

et

CAISSE D._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA, 9 OLAA

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1978, travaille depuis le 1^{er} juillet 2006 en qualité de physiothérapeute à l'Hôpital [...] à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse D._____. Dans une déclaration de sinistre LAA du 4 janvier 2010, l'assuré a indiqué qu'il s'était blessé au niveau de l'épaule le 30 décembre 2010 après avoir maîtrisé un patient durant une heure et demie.

Dans un rapport du 19 janvier 2011 faisant suite à une arthro-IRM de l'épaule droite du 18 janvier 2011, le Dr O._____, spécialiste en radiologie médicale, IRM et scanner, a conclu à des signes d'arthrose acromio-claviculaire avec poussée aiguë, une tendinose du sous-épineux, une petite altération de signal linéaire de la jonction labrale du ligament gléno-humérale faisant suspecter une fissure.

Par certificat médical LAA du 20 janvier 2011, les Drs T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et G._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistante à l'Hôpital [...], ont précisé que l'assuré se plaignait d'une faiblesse de l'épaule droite, suite à des coups reçus par l'un de ses patients. A l'examen clinique, ils ont constaté les éléments suivants : *"Gêne indolore à la palpation. Faiblesse très légère du bras droit. Rotation interne et anté-pulsion : légère sensation d'instabilité. Coiffe des rotateurs sans particularité. Pas de trouble neurovasculaire"*. Sur le plan radiologique, aucune fracture n'a été constatée. Les médecins précités ont conclu à une *"suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs à droite (sous-épineux)"*. Ils ont attesté une totale incapacité de travail du 3 au 12 janvier 2011, précisant que durant cette période le patient avait bénéficié d'un traitement antalgique.

Le 16 février 2011, un inspecteur de sinistre de la Caisse D._____ s'est rendu au domicile de l'assuré pour un entretien. Le rapport qu'il a établi indique notamment :

"1. Etat de fait/déroulement

(...)

Alors qu'il était attelé à des tâches administratives dans son bureau, M. Z._____ a soudain entendu un remue-ménage qui allait en s'amplifiant au fil des minutes. Il a alors interrompu son travail pour aller voir ce qui se passait et, arrivé au réfectoire, a constaté que 2 patients en étaient arrivés aux mains.

Deux infirmières essayaient vainement de les séparer. Comme l'assuré constituait le seul personnel mâle présent ce jour-là, il n'a pas hésité à intervenir et a tenté de maîtriser le plus virulent des 2 patients.

L'énergumène en question est un individu de 190 cm pour env. 130 kg. Il était à ce moment-là complètement désinhibé et tapait sur tout ce qui bougeait. L'altercation a duré plus d'une heure et demie, et durant tout ce temps, M. Z._____ essayait de maîtriser le patient, auquel il a fallu injecter 3 doses massives de tranquillisant.

M. Z._____ a reçu de nombreux coups sur tout le haut du corps, et la sollicitation musculaire a été très intense pendant une heure et demie.

Des douleurs dans tout le MSD se sont manifestées en soirée, au point que l'assuré ne pouvait plus se servir de son bras droit.

2. Anamnèse

Diagnostic : Conflit sous-acromial (lésion de la coiffe des rotateurs) droit, avec probable lésion tendineuse et/ou nerveuse.

(...)

(...)"

Dans un rapport du 1^{er} mars 2011, le Dr T._____ a précisé que son patient était toujours à l'arrêt de travail en raison de douleurs à l'épaule droite avec décompensation algique résistant au traitement symptomatique. A l'examen clinique, le Dr T._____ a constaté que la coiffe restait compétente avec des signes d'irritation du sus-épineux essentiellement et a préconisé une infiltration, voire une éventuelle décompression sous-acromiale en cas d'évolution défavorable.

Au vu de ces éléments, la Caisse D._____ a sollicité l'avis de son médecin-conseil. Dans un rapport du 23 mai 2011, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu comme suit à la question

de savoir si du point de vue médical, le mécanisme du déroulement de l'accident, tel qu'il avait été décrit, était à même d'être à l'origine des résultats/diagnostics posés :

"Si au départ et si la notion d'accident est admise, une aggravation est acceptable. Mais l'IRM ne montre pas de lésion accidentelle. La coiffe est compliante, ce qui exclut une déchirure du sus-épineux. Les seules lésions visibles sont dégénératives, soit une arthrose A-C entraînant une tendinopathie.

Dans ces conditions, si l'op a bien consisté en une acromioplastie + résection de la clavicule distale, elle n'est pas à votre charge, car elle traite le problème dégénératif uniquement.

En conséquence, statu quo sine à l'IRM.

Si pas de notion d'accident, pas d'OLAA 9.2, car pas de déchirure tendineuse".

L'assuré a finalement subi une intervention chirurgicale en date du 30 mai 2011 par arthroscopie de l'épaule droite (exploration intraarticulaire, décompression sous-acromiale avec acromioplastie et résection de l'articulation acromio-claviculaire) pratiquée par le Dr K._____, chef de clinique à la Permanence de [...]. Dans le cadre du protocole opératoire du 30 mai 2011, il a notamment exposé les éléments suivants :

"Rappel anamnestique : le 30.12.2010 le patient est intervenu dans une bagarre entre deux patients. Pendant une heure et demi il a essayé d'immobiliser un des patients pesant 135 kg et faisant 1 m. 92 de hauteur. Durant cet événement l'épaule a subi plusieurs torsions forcées entraînant des douleurs qui sont restées réfractaires à tout traitement conservateur comprenant des AINS et une infiltration.

(...)

(...)

Intervention : (...). En postérieur au niveau du labrum, lésion labrale effilochée. Les piliers antérieur et postérieur du biceps sont intacts. Par une incision antérieure on ramène le long chef du biceps par crochet en intraarticulaire, tendinite modérée de la partie bicipitale dans la gouttière. Tendon sus-épineux intact. Le tendon sous-épineux montre un effilochement sur environ 5 % de sa largeur, lésion qui rentre en conflit avec la lésion labrale postéro-supérieure en position d'armée.

(...) L'articulation acromio-claviculaire montre un disque luxé avec rupture de la capsule inférieure, par la voie d'abord antérieure, ablation du disque intraarticulaire par Arthrocare. L'espace articulaire est aminci. Résection d'environ 4 mm de la face latérale

de la clavicule et 1 mm de la face acromiale articulaire tout en laissant le ligament acromio-claviculaire supérieur intact".

b) Par décision du 6 juin 2011, la Caisse D._____, s'est référée aux explications de son médecin-conseil du 23 mai 2011, selon lequel "l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, avait été atteint au plus tard en date du 18 janvier 2011". A cette date, l'assuré avait en effet passé un examen arthro-IRM mettant en évidence des lésions dégénératives, soit une arthrose acromio-claviculaire avec une poussé aiguë ce qui entraînait une tendinopathie. Les traitements au-delà de cette date n'étaient dès lors plus en rapport avec le sinistre annoncé: En d'autres termes, il n'existait plus aucun droit aux prestations légales découlant de l'assurance-accidents obligatoire dès le 19 janvier 2011. L'indemnité journalière versée à tort du 19 janvier 2011 au 10 mai 2011 allait en conséquence être directement récupérée auprès de la perte de gain maladie, soit en l'occurrence la Caisse D._____.

L'assuré a formé opposition contre cette décision en date du 10 juin 2011 faisant valoir qu'il était inacceptable de recevoir une décision de refus cinq mois après l'accident. En outre, il ne souffrait pas de son épaule avant l'accident et n'avait aucune limitation de force ou d'amplitude, alors que le soir de l'accident, il était incapable de soulever une bouteille d'un litre d'eau.

Dans un rapport médical du 12 juillet 2011 adressé à la Caisse D._____, le Dr T._____ a posé le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire et conflit sous-acromial de l'épaule droite, précisant qu'il n'avait plus revu ce patient depuis que ce dernier avait annulé une intervention prévue le 20 mai 2011.

Par décision sur opposition du 16 septembre 2011, la Caisse D._____ a confirmé sa décision du 6 juin 2011 et rejeté l'opposition formée par l'assuré. L'intimée a tout d'abord admis l'événement du 30 décembre 2010 comme étant un accident, puisqu'il s'agissait d'une

atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Se référant à l'IRM du 18 janvier 2011, l'intimée a rappelé que cet examen ne montrait strictement aucune lésion accidentelle, mais seulement des troubles dégénératifs, ce qui justifiait un statu quo à la suite de l'IRM. Le Dr T._____ avait d'ailleurs confirmé le diagnostic de troubles dégénératifs, sous la forme d'une arthrose. Les lésions de l'épaule étaient actuellement sans aucune relation de causalité avec l'accident assuré. En outre, le syndrome en question ne pouvait être mis sur le compte de l'événement traumatique du 30 décembre 2010 à charge de l'assureur-accidents, mais devait être attribué à des facteurs d'ordre étranger, qui ne répondaient pas aux critères légaux d'une prise en charge au titre de la LAA.

B. Par acte de son conseil du 19 octobre 2011 adressé à la Cour des assurances sociales du canton du Valais, laquelle a transmis d'office la cause à la Cour de céans comme objet de sa compétence (décision du 28 novembre 2011), Z._____ interjette recours contre la décision sur opposition du 16 septembre 2011. Il conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision précitée au sens des considérants et à une allocation de dépens de 1'500 fr., les frais étant mis à la charge de l'intimée. Le recourant constate en substance que l'intimée a manifestement écarté le protocole opératoire de l'arthroscopie avec acromioplastie et résection effectuée par le Dr K._____. Or, ce dernier a ainsi notamment décelé en suivant le ligament gléno-huméral une ancienne partie déchirée cicatrisée, laquelle ne peut qu'être le résultat de l'accident du 30 décembre 2010. Le recourant ajoute qu'il n'a jamais ressenti avant l'événement en question une quelconque douleur au niveau de son épaule droite, ni même au niveau de ses membres supérieurs. Il fait en outre valoir qu'il présente des lésions ligamentaires figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 OLAA, lesquelles ont été déclenchées par une cause extérieure de sorte qu'elles doivent être assimilées à un accident et couvertes par l'assurance-accidents LAA. Il estime enfin que les éléments médicaux avancés par l'intimée ne présentent pas de force probante, de sorte que le lien de causalité entre l'accident du 30 décembre 2010 et les

troubles actuels dont il souffre doit être admis et le versement d'indemnités journalières LAA confirmé.

Dans sa réponse du 28 décembre 2011, l'intimée constate qu'il n'y a pas d'éléments suffisants pour justifier un lien de causalité. Ainsi, le protocole opératoire fait état de lésions chroniques dégénératives rendant probable une ancienne entorse de l'articulation acromio-claviculaire. En revanche, aucune lésion récente n'a été décelée lors de l'intervention. Il doit dès lors être donné valeur probante à l'appréciation émise par le Dr B._____, puisque aucun indice ne permet de douter de son bien-fondé, le Dr T._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique partageant en outre son avis. Du reste, le médecin opérateur n'a nullement remis en doute le fait que l'atteinte était dégénérative. Elle s'appuie sur une nouvelle détermination non datée du Dr B._____ (établie postérieurement au recours), lequel a exposé ce qui suit :

"Les lésions dans le P.O. sont soit labrales, soit de l'articulation A-C. Le labrum n'est pas une structure reconnue comme faisant partie de l'OLAA 9.2.

La rupture du disque A-C peut être due à une entorse de cette articulation mais de quand date-t-elle, car au départ ce DD n'a jamais été évoqué.

De plus on ne fait une résection de la clavicule distale que sur des lésions chroniques dégénératives, soit sur un problème datant de plusieurs années.

→ Ancienne entorse A-C ?

Statu quo à l'IRM car cet examen permet de confirmer l'absence de lésion accidentelle fraîche".

Dans sa réplique du 25 janvier 2012, le recourant fait état d'un certificat médical du 16 janvier 2012 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne et néphrologie, médecin traitant de l'assuré depuis le 21 janvier 2008. Selon le Dr N._____, son patient ne s'est jamais plaint de problèmes scapulaires jusqu'à un accident de travail du 30 décembre 2010. Depuis lors, il se plaint régulièrement de cette épaule, opérée en mai 2011 et signale toujours des douleurs à ce niveau. Par attestation du 24 janvier 2012, l'employeur du recourant a également confirmé que ce dernier n'avait jamais présenté de problème à son épaule avant son accident et qu'il s'occupait des groupes de sports.

L'intimée n'a pas dupliqué.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le recourant, physiothérapeute, est intervenu pour séparer deux patients lors d'une altercation dans un hôpital psychiatrique. Il a dû maintenir au sol l'un des patients pendant 90 minutes et a reçu des coups sur l'épaule. Il y a également subi des mouvements de torsion de l'épaule. Cet événement répond à la notion d'accident, notamment en raison des coups et des mouvements de torsion. L'intimée ne le conteste pas et a admis qu'il s'agissait d'un accident. Demeure litigieuse la question de savoir si, pour les suites de l'accident survenu le 30 décembre 2010, l'intimée reste tenue de servir ses prestations au-delà du 18 janvier 2011, date à compter de laquelle elle considère que les lésions subies à l'épaule droite ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de

caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'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 de l'assuré 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; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2, 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère

extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007, déjà cité, consid. 3.2).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils

doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

3. a) En l'espèce, l'intimée s'est principalement fondée sur l'avis de son médecin conseil, le Dr B._____, lequel a tout d'abord retenu, dans son évaluation du 23 mai 2011, que l'examen IRM ne montrait pas de lésion accidentelle. Il a dès lors considéré que les lésions constatées étaient soit labrales (cartilage), soit au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. Selon le Dr B._____, la résection de la clavicule distale, telle qu'envisagée, permettait uniquement de traiter des lésions chroniques dégénératives sous la forme d'une ancienne entorse acromio-claviculaire.

Le rapport du Dr B._____ du 23 mai 2011 n'est cependant pas suffisamment probant pour statuer et ce, pour plusieurs motifs. Tout d'abord, l'arthroscopie pratiquée par le Dr K._____ le 30 mai 2011, soit postérieurement à l'évaluation du Dr B._____, a mis en évidence non seulement une lésion du labrum, mais également du tendon sous-épineux. Or, une déchirure tendineuse (contrairement à une déchirure du labrum) constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA. Pour autant que l'opération ait eu pour objet de traiter cette atteinte, elle devrait être prise en charge par l'assurance-accidents, à moins que le caractère exclusivement dégénératif de la déchirure tendineuse soit démontré. Surtout, l'arthroscopie a révélé la présence d'une luxation du disque avec rupture de la capsule inférieure, élément qui n'a jamais été évoqué avant l'opération. En l'état, le dossier (notamment l'anamnèse) ne permet de déterminer si cette luxation du disque dans l'articulation acromio-claviculaire est antérieure à l'accident. Il sied ainsi de rappeler que le recourant est physiothérapeute et travaille depuis le 1^{er} juillet 2006 pour le même employeur, sans qu'aucun problème à l'épaule n'ait jamais été signalé ; il n'a jamais consulté le Dr N._____, soit son médecin

traitant, qui le suit depuis janvier 2008, en rapport avec des problèmes d'épaule. Dans ce contexte, la détermination du Dr B._____ établie après le dépôt du recours n'est pas davantage probante. Le Dr B._____ n'y fait pas mention de la lésion du tendon sous-épineux constatée lors de l'opération et exclut qu'une rupture du "disque A-C" se soit produite le 30 décembre 2010, car "au départ, ce DD n'a jamais été évoqué". C'est insuffisant pour statuer, dans la mesure où les constatations lors d'une arthroscopie peuvent très bien justifier de poser un diagnostic différent de celui envisagé initialement. Le Dr B._____ évoque en outre une possible ancienne entorse A-C, mais aucun indice dans l'anamnèse n'étaye cette hypothèse.

b) Les constatations précitées ne permettent pas, certes, d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre les atteintes à la santé pour lesquelles le recourant a été opéré et l'accident dont l'assuré a été victime. Elles justifient néanmoins qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA soit réalisée, les rapports du Dr B._____, dont le premier était antérieur à l'arthroscopie, étant trop sommaires pour permettre de statuer en connaissance de cause. Dans ce contexte, on précisera encore que le Dr T._____ a établi le rapport du 12 juillet 2011 - auquel se réfère également l'intimée - sans que ce médecin ait eu connaissance des résultats de l'arthroscopie pratiquée le 30 mai 2011 par le Dr K._____. Le Dr T._____ a en effet précisé à cette occasion que le recourant avait annulé une intervention fixée au 20 mai et qu'il ne l'avait donc pas revu depuis le 3 mai 2011.

4. a) En l'occurrence, l'instruction s'avérant lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 16 septembre 2011 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Le recourant, qui a obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être

déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'200 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 16 septembre 2011 par la Caisse D. _____ est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

- III. La Caisse D. _____ versera au recourant une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Syndicats Chrétiens du Valais (pour le recourant), à Monthey,
- Caisse D. _____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :