

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Yves Nicole, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1962, travaillait depuis 20[...] en qualité d'employé d'entretien pour le compte des CFF, par l'intermédiaire de la société [...] SA. Il était à ce titre assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 13 janvier 2010, dans le contexte d'un accident de travail, l'assuré a subi une rupture du tendon du long chef du biceps droit. Les radiographies effectuées aux urgences n'ont révélé aucune lésion osseuse et l'IRM a confirmé la rupture du long chef du biceps. Un traitement conservateur a été instauré mais en raison de la persistance des douleurs, une intervention a eu lieu le 26 mars 2010, consistant en une "refixation sur l'humérus d'une désinsertion traumatique du biceps droit rompu sur choc direct et neurolyse du nerf cubital" (cf. protocole opératoire [...]).

Le 7 mai 2010, alors qu'il marchait sur le trottoir, l'assuré a été heurté par un véhicule sortant en marche arrière d'un parking, subissant de ce fait de multiples contusions, particulièrement au niveau de l'épaule droite et de la colonne vertébrale. Le bilan radiologique a mis en évidence une entorse acromio-claviculaire droite de stade I et une contusion de l'épaule avec déchirure partielle du tendon du sus-épineux (cf. rapport du Dr M._____ du 23 juin 2010). A la suite de l'accident, l'assuré a fait part de douleurs au niveau de la nuque, du dos, de la hanche droite, de la hanche gauche dans une moindre mesure, de l'épaule, de la clavicule et du bras droits, ainsi que des côtes du côté droit.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites des deux accidents et a alloué, dès le 16 janvier 2010, des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail totale.

Le 9 septembre 2010, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel avait en sa possession les résultats des différents IRM, CT-Scan et radiographies de l'épaule droite, du bras droit, du thorax, des cervicales et de la colonne lombaires, réalisés à la suite des deux accidents. Le Dr K._____ a reconnu que l'examen était dans les limites de la norme, avec une très bonne récupération fonctionnelle de l'épaule droite, mais avec la persistance de douleurs à la mobilisation de l'épaule droite en-dessus de l'horizontale et de douleurs dorsales à la mobilisation. Il préconisait, avec l'accord du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin chef au Service de chirurgie orthopédique [...], et le désir de l'assuré, une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) pour de la physiothérapie et un réentraînement intensif.

L'assuré a séjourné à la CRR du 19 octobre au 24 novembre 2010. Le 21 octobre 2010, un bilan radiologique de l'épaule droite a été effectué, aux termes duquel il n'apparaissait aucune lésion fracturaire. Des radiographies de la colonne lombaire ont également été réalisées, lesquelles rappelaient une morphologie cunéiforme de L2 et des troubles dégénératifs L1 à L4 (spondylose et pincements étagés modérés). Le 22 octobre 2010, un CT-Scan de la colonne cervicale révélait une uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6 mais aucune fracture visible.

Lors de la consultation orthopédique du 25 octobre 2010, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin consultant à la CRR, a constaté la présence d'une ténodèse du biceps à la suite d'une rupture du long chef du biceps associée à des douleurs de la ceinture scapulaire droite. L'évolution tendait vers une amélioration. Le Dr Z._____ encourageait l'assuré à reprendre ses activités et poursuivre une physiothérapie de renforcement des abaisseurs.

Le même jour, l'assuré a été vu en consilium par le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, spécialiste en rhumatologie, directeur médical à la CRR. Le Dr X._____ a posé les

diagnostics de cervicalgie et lombalgie persistantes, de cervicarthrose C4-C5 et C5-C7 et de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, en se référant aux imageries suivantes:

"Colonne lombaire face + profil couché du 07.05.2010: spondylose L1 à L4 avec discret pincement inter-somatique à ces niveaux. Cyphose lombaire haute de sommet L2 dont l'importance est difficile à préciser, les clichés ayant été pris couché. Le corps vertébral de L2 a une morphologie un peu cunéiforme sans qu'on puisse observer un tassement vertébral.

Colonne lombaire face + profil debout du 21.10.2010: le bassin est coupé, mais il semble y avoir une discrète bascule à gauche. On retrouve la morphologie cunéiforme de L2 (ancien tassement ?). Il y a la discrète cyphose lombaire haute de sommet L2. On retrouve les troubles dégénératifs L1 à L4 (spondylose et pincements étagés modérés).

Colonne cervicale face + profil et fonctionnelle de profil du 21.10.2010: ces clichés sont meilleurs que les premiers et montrent une uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6 sans instabilité mesurable sur les clichés fonctionnels. Il y a de petites calcifications ou ossifications en-dessous de l'arc antérieur de l'atlas qui n'ont pas une signification pathologique particulière. On retrouve l'uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6. Il n'y a pas de fracture visible."

Le Dr X. _____ appréciait par ailleurs la situation comme suit:

"Selon le patient, c'est le choc direct et la chute qui ont fait suite à l'accident de la voie publique du 07.05.2010, qui sont à l'origine de la cervicalgie et de la lombalgie. En reprenant l'anamnèse, il y a des antécédents de douleurs rachidiennes dorso-lombaires incluant probablement ce qui devait être une lombo-sciatique droite il y a une dizaine d'années.

Le status actuel montre une bonne mobilité cervicale pour l'âge. Les mouvements les plus douloureux sont les rotations en extension. Il n'y a pas d'atteinte radriculaire aux membres supérieurs. Il y a un trouble statique sous la forme d'une discrète bascule du bassin à gauche et surtout d'un effacement de la lordose lombaire, en particulier dans son segment haut. Toutes les apophyses épineuses lombaires sont sensibles à la mobilisation et la musculature lombaire est réactive et algique à la palpation, surtout du côté gauche. En appui sur les coudes, la lordose lombaire est peu ample. Il n'y a pas de syndrome radriculaire irritatif ou déficitaire, mais une aréflexie achilléenne gauche qui pourrait être la séquelle d'une ancienne atteinte radriculaire.

Les documents d'imagerie montrent des troubles dégénératifs cervicaux (C4 à C6) et lombaires (L1 à L4). En position debout, il y a une discrète cyphose lombaire de sommet L2 et le corps de cette vertèbre est cunéiforme, son plateau supérieur montrant un discret affaissement ancien.

Le traumatisme du 7 mai dernier n'est donc pas survenu sur une colonne cervicale et lombaire normale. Avec la rééducation, le patient dit constater un gain de mobilité cervicale et dorso-lombaire. Il vaut donc la peine de le poursuivre.

En l'état, ce patient n'a pas encore des aptitudes fonctionnelles suffisantes pour reprendre son activité [...] qui est très exigeante physiquement. Les limitations fonctionnelles actuelles sont le port de charge lourde, les mouvements de flexion/torsion du tronc, le maintien très prolongé de la position debout ou assise, le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux et les activités nécessitant une extension prolongée de la nuque.

Ces limitations devraient régresser avec le temps, ce patient très motivé devrait être à même de reprendre une activité de type de celle qu'il exerçait jusqu'à maintenant, d'ici à la fin de l'année."

Se référant aux différents bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs V. _____ et G. _____ de la CRR ont établi leur rapport le 10 janvier 2011. S'agissant de l'épaule droite, les radiographies ne révélaient pas de lésion fracturaire et il résultait de la consultation orthopédique le diagnostic de conflit sous-acromial droit avec tendinopathie de la coiffe. Au cours de l'hospitalisation, il a été constaté une amélioration de la mobilité de l'épaule et, subjectivement, une diminution des douleurs à la mobilisation. S'agissant des cervicalgies et lombalgies, le CT-Scan cervical n'avait pas montré de fracture mais des discopathies dégénératives C4-C5 et C5-C6. L'assuré décrivait une diminution des cervico-lombalgies, cotées en fin de séjour à 0-3/10 au niveau de la nuque lors de la mobilisation et à 0-2/10 au niveau lombaire lors d'efforts. En outre, le consilium psychiatrique du 22 octobre 2010 écartait le diagnostic de syndrome de stress post traumatique. Les Drs V. _____ et G. _____ estimaient que l'assuré devait pouvoir reprendre une activité professionnelle au début de l'année 2011, énonçant quelques limitations pour les épaules, le travail des bras au-dessus de l'horizontale de manière prolongée, le travail de longue durée les bras en porte-à-faux et pour le rachis, des limitations de ports de charges très lourdes, les mouvements de flexion-torsion du tronc, le maintien très prolongé de la position debout-assise ou le tronc en porte-à-faux et les activités nécessitant une extension prolongée de la nuque. Ces limitations s'étant améliorées durant le séjour et devant encore s'améliorer avec le temps, les médecins préconisaient une reprise théorique de l'activité à 50% à

partir du 1^{er} janvier 2011 (l'assuré étant à ce moment sans emploi) et à 100% dès le 1^{er} février 2011 (cf. rapport du 10 janvier 2011).

Dans un rapport du 25 février 2011, le Dr M. _____ a fait part à la CNA de la dernière consultation de l'assuré le 3 février 2011 et de la décision commune de mettre un terme au suivi médical. Il persistait toutefois encore une gêne tant du bras que de l'épaule, surtout lorsque l'assuré faisait des efforts en flexion du coude ou en porte-à-faux. La capacité de travail était considérée comme entière dès le 4 mars 2011.

Interpellé par la CNA, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale sur tendinopathie du sus épineux secondaire à l'accident du 7 mai 2010, de status après rupture du long chef du biceps le 13 janvier 2010 (réinsertion et neurolyse du nerf cubital droit le 26 mars 2010) et de cervicalgies et dorso-lombalgies. Le Dr R. _____ mentionnait en outre des antécédents de lombalgie sur trouble statique et dégénératif durant les dix dernières années précédant l'accident et faisait état d'une bonne restitution de la rupture du long chef du biceps jusqu'à la survenance du second accident. Il attestait une capacité de travail entière dès le 7 mars 2011, précisant avoir prescrit une dernière série de neuf séances de physiothérapie (cf. rapport du 16 mars 2011).

L'assuré s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage en janvier 2011, pour une activité au taux de 50%, puis au taux de 100% dès le 7 mars 2011.

Le 6 mai 2011, le Dr K. _____ a procédé à un nouvel examen clinique et s'est prononcé sur la situation notamment en ces termes:

"Nous nous trouvons à 16 mois d'une rupture du tendon du long chef du biceps D, à 14 mois d'une fixation sur l'humérus de cette désinsertion du biceps D et à 1 an d'un AVP avec contusions de l'épaule D, cervicalgies et lombalgies.

Le patient ressent toujours une légère tension au niveau de l'épaule D, avec environ 15 piques douloureuses par jour pouvant irradier en direction du bras ou en direction de la nuque. Il ressent également une tension, mais plus importante qu'au niveau de l'épaule, au niveau cervical D avec également une quinzaine de piques douloureuses par jour. Le patient ressent surtout une assez importante tension au niveau lombaire avec sensation de coups de poignon fréquents et, en fonction de la lourdeur de l'activité lombaire du patient, blocage assez régulier (toutes les 4 à 6 semaines) nécessitant un alitement pratiquement 24h s/ 24h pendant 2 à 4 jours. Le patient ressent enfin de fréquentes tensions ou légères douleurs au niveau basi-thoracique latéral D et a depuis l'accident de mai 2010, une sensation de type rongement à l'intérieur des deux mollets avec sensation que le sang ne circule pas au niveau des deux mollets, et ce de façon plus importante au niveau du mollet G qu'au niveau du mollet D.

Objectivement, l'épaule D est légèrement plus basse que l'épaule G avec douleurs à la palpation de l'apophyse coracoïde D. Amplitudes articulaires et force des deux épaules symétriques et physiologiques, force de flexion-extension, pronation-supination des deux coudes paraît symétriques et amplitudes articulaires des deux coudes symétriques et physiologiques. Légères douleurs à la palpation de la musculature para-vertébrale cervicale D, contractures de la musculature para-vertébrale lombaire qui est douloureuse à la palpation. Douleurs à la palpation latérale des côtes 12 à 10 à droite. Léger status variqueux au niveau de la jambe G et très léger status variqueux au niveau de la jambe D.

Le bilan radiologique au niveau de l'épaule D est dans les limites de la norme et le bilan radiologique cervical et lombaire a exclu des lésions traumatiques tout en mettant en évidence des lésions dégénératives.

Du point de vue asséurologique, la situation est stabilisée.

En ce qui concerne les suites de la rupture du long chef du biceps D, l'examen clinique de ce jour révèle une restitution ad-integrum de la fonction du biceps sans séquelle. Pour le reste, le patient a retrouvé des amplitudes articulaires de l'épaule D et une force de l'épaule D symétriques à celles de l'épaule G et physiologiques.

Le patient présente encore actuellement une symptomatologie cervicale et surtout lombaire. Une année après l'accident, le bilan clinique et para-clinique ayant démontré que l'accident de mai 2010 n'a entraîné aucune lésion structurelle à ces niveaux, les symptomatologies lombaire et cervicale ne peuvent plus être mises en relation avec cet accident.

En ce qui concerne l'assurance-accidents, le cas peut donc être bouclé avec exigibilité totale dans toutes activités sans limitation fonctionnelle particulière.

Il est clair cependant, qu'en raison de la symptomatologie cervicale et surtout lombaire que présente le patient, associée aux troubles dégénératifs mis en évidence dans les divers examens radiologiques effectués, qu'une activité sans port de lourdes charges, sans

mouvement en porte-à-faux et sans mouvement répétitif de la nuque serait souhaitable."

Dans un rapport du 19 juillet 2011, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de cervico-lombalgies persistantes et contusion de l'épaule droite à la suite d'un accident de la voie publique. Elle indiquait que pendant quelques jours, l'assuré avait travaillé comme paysagiste, ce qui avait provoqué une exacerbation de la symptomatologie douloureuse. Elle maintenait la capacité de travail à 100% dès le 7 mars 2011, mentionnait comme traitement de la physiothérapie et la prise de Sirdalud, Dafalgan et Irfen, et renvoyait à l'appréciation du Dr R._____, émise le 16 mars 2011.

Le 28 juillet 2011, le Dr K._____ a fait savoir que le rapport de la Dresse L._____ ne changeait en rien son appréciation; les accidents des 13 janvier et 7 mai 2010 ne pouvaient plus être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'état actuel de l'assuré.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a répondu à un courrier de la CNA le 29 août 2011, indiquant que les douleurs qu'il ressentait encore et qui nécessitaient la poursuite du traitement étaient clairement la conséquence des accidents dont il avait été victime. Il ajoutait que le médecin d'arrondissement ne précisait pas, au travers de ses rapports, si l'on se trouvait, selon lui, dans la situation du *statu quo ante* ou celle du *statu quo sine*. L'assuré adressait en outre à la CNA un courrier de la Dresse L._____ du 25 août 2011, rédigé en ces termes:

"M. C._____ présente des douleurs persistantes suite à son accident du 7.05.2010. Ces dernières sont localisées à l'épaule droite, aux cervicales, aux côtes à droite, ainsi que rachidiennes médio-dorsales irradiant vers les lombaires. Elles nécessitent toujours la prise d'antalgique, ainsi qu'un traitement de physiothérapie soutenu. Les douleurs de l'épaule D, ainsi que celles du rachis sont en bonne voie d'amélioration."

Le 5 septembre 2011, après avoir examiné les courriers de l'assuré et du médecin traitant, le Dr K._____ a émis une nouvelle appréciation médicale, faisant valoir notamment ce qui suit:

"A la date du dernier examen à l'agence, il a pu être clairement établi que les accidents du 13.01.2010 et du 07.05.2010 ne déployaient plus aucun effet. La symptomatologie douloureuse que ressentait encore l'assuré au niveau de son épaule D était clairement en relation avec un conflit sous-acromial avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs dégénérative, comme l'était la symptomatologie cervicale et lombaire. Le *statu quo sine* était largement atteint à ces trois niveaux.

En ce qui concerne les douleurs latéro-thoraciques D, aucune lésion structurelle n'a été mise en évidence suite à l'accident du 07.05.2010 (RX du thorax normales); la symptomatologie douloureuse à ce niveau ne pouvait donc plus être mise en relation avec un AVP datant de plus d'un an."

Par décision du 27 septembre 2011, la CNA a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement et mis fin à la prise en charge du traitement avec effet au 31 août 2011.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 25 octobre 2011. Il expliquait que les douleurs ressenties actuellement ne l'étaient pas au niveau de l'épaule droite ou de son bras droit, comme le mentionnait le Dr K._____, mais principalement aux côtes, aux cervicales et aux lombaires. Il ajoutait que si le rapport du 5 septembre 2011 était détaillé lorsqu'il tendait à démontrer l'exclusion de l'origine accidentelle des douleurs ressenties à l'épaule droite, il l'était beaucoup moins s'agissant des autres douleurs, précisant qu'aucun état dégénératif préexistant au niveau des côtes n'avait pu être mis en évidence.

Se prononçant le 21 novembre 2011 sur les arguments de l'assuré, le Dr K._____ a rappelé l'absence de lésion structurelle en relation avec l'accident, tant au niveau des côtes qu'au niveau du rachis cervical et du rachis lombaire. Le *statu quo sine* était largement atteint lors de l'examen à l'agence un an après l'accident.

Par décision sur opposition du 3 janvier 2012, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 25 octobre 2011, se référant aux rapports des 6 mai et 5 septembre 2011 du Dr K._____.

B. C._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 3 février 2012, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance-accidents sont maintenues au-delà du 31 août 2011, subsidiairement à son annulation. Il fait valoir que les douleurs principales ressenties actuellement ne le sont pas au niveau de l'épaule droite ou de son bras droit, comme le mentionne le Dr K._____, mais aux côtes, aux cervicales et aux lombaires. Il ajoute que l'origine non-accidentelle des douleurs ressenties actuellement n'apparaît pas suffisamment établie pour qu'il soit privé des prestations de l'assurance-accidents. Il sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire tendant à déterminer en particulier si les douleurs lombaires et cervicales trouvent leur origine dans l'accident ou si elles peuvent être mises en relation avec une affection dégénérative préexistante.

Dans sa réponse du 4 mai 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle transmet un rapport du 9 mars 2012 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie, médecin à la Division médecine des assurances, aux termes duquel aucune lésion structurelle en relation avec l'accident assuré, tant au niveau des côtes que du rachis, n'a été mise en évidence. La CNA constate que l'avis du Dr S._____ confirme celui du Dr K._____ et des médecins de la CRR.

Au terme de ses déterminations du 22 août 2012, le recourant maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du

6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficié, au-delà du 31 août 2011, des prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les troubles actuels présentés par le recourant relèvent des suites des événements des 13 janvier et 7 mai 2010.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En relation avec les art. 10 et 16 LAA, cette disposition implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles physiques consécutifs à un accident, 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 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la "*conditio sine qua non*" qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage ("*bloss zeitlich bestimmend war*") qui se serait de toute manière produit plus tard; il en va différemment, si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 28 p. 94; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, 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; 126 V 353 consid. 5b; 117 V 359 consid. 3a; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 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 réduites 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*); 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; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206).

4. a) Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la

preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 *in fine*; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b *in fine*; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3; TF 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies ("anspruchsbegründende Tatfrage"). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie ("anspruchsaufhebende Tatfrage"), le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46; RAMA 1994 n° U 206 p. 326; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

b) Selon 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni 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 importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (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).

5. Se référant à l'appréciation du médecin d'arrondissement, l'intimée retient que le *statu quo sine* était atteint après un délai d'une année depuis l'accident de mai 2010, de sorte que le traitement médical n'était plus à sa charge. Le recourant critique cette appréciation, arguant que les douleurs principales sont présentes au niveau des côtes, de la colonne cervicale et lombaire, non au niveau de l'épaule droite comme le décrit le médecin d'arrondissement, et que leur origine non-accidentelle

n'apparaît pas suffisamment établie pour qu'il soit privé des prestations de l'assurance-accidents.

a) À la suite de l'accident du 13 janvier 2010, le diagnostic de rupture complète de la partie proximale du tendon du long chef du biceps droit est posé. Le bilan radiologique réalisé à la suite de l'accident du 7 mai 2010 met en évidence une rupture partielle avec tendinopathie du sus-épineux et une fracture trabéculaire de la partie latérale de la tête humérale, épargnant la corticale, sans qu'il n'apparaisse de lésion traumatique fraîche. Les radiographies de l'épaule droite réalisées en octobre 2010 à la CRR ne font apparaître aucune lésion fracturaire. Le CT-Scan de la colonne cervicale ne montre pas de fracture mais des discopathies dégénératives C4-C5 et C5-C6 et les radiographies de la colonne lombaire rappellent les troubles dégénératifs L1 à L4 (spondylose et pincements étagés modérés).

aa) En septembre 2010, le Dr K. _____ constate une très bonne récupération fonctionnelle de l'épaule gauche, malgré la persistance de douleurs à la mobilisation. En mai 2011, il conclut à une restitution *ad integrum* de la fonction du biceps sans séquelles. Il ajoute que le recourant a retrouvé des amplitudes articulaires et une force de l'épaule droite symétriques à celles de l'épaule gauche et physiologiques. En septembre 2011, il relève que la symptomatologie douloureuse que ressent encore le recourant est clairement en relation avec un conflit sous-acromial avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs dégénérative. Cela étant, le recourant ne conteste pas l'appréciation du Dr K. _____ tendant à démontrer l'exclusion de l'origine accidentelle des douleurs à l'épaule gauche.

bb) Le Dr K. _____ fait état de tensions, plus importantes qu'au niveau de l'épaule, aux niveaux cervical et lombaire. S'il reconnaît la symptomatologie cervicale et lombaire une année après l'accident, il rappelle que l'événement du 7 mai 2010 n'a entraîné aucune lésion structurelle à ces niveaux. En effet, le bilan radiologique a exclu les lésions traumatiques, mettant en évidence des lésions dégénératives. En octobre

2010, le Dr X._____ de la CRR relève que le traumatisme du 7 mai 2010 n'est pas survenu sur une colonne cervicale et lombaire normale. Il explique qu'à l'aune de l'anamnèse, il existe des antécédents de douleurs rachidiennes dorso-lombaires incluant probablement ce qui devait être une lombo-sciatique droite il y a une dizaine d'années. En outre, il se réfère aux documents d'imagerie, lesquels mettent en évidence des troubles dégénératifs cervicaux (uncodiscarthrose C4-C5 et C5-C6) et lombaires (L1 à L4; spondylose et pincements étagés modérés), notamment une discrète cyphose lombaire de sommet L2, cette vertèbre ayant un corps cunéiforme, son plateau supérieur montrant un discret affaissement ancien. Il mentionne l'absence de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire et la présence d'une aréflexie achilléenne gauche pouvant être la séquelle d'une ancienne atteinte radiculaire.

L'avis des Drs K._____ et X._____ est corroboré par celui du Dr R._____, ancien médecin traitant du recourant, lequel mentionne des antécédents de lombalgie sur trouble statique et dégénératif au cours des dix dernières années précédant l'accident. La Dresse L._____ renvoie par la suite aux constatations émises par le Dr R._____. Finalement, le recourant ne conteste pas présenter des antécédents de douleurs rachidiennes mais se contente d'évoquer la persistance de ces douleurs.

cc) Dans ses différents rapports, le Dr M._____ ne mentionne pas de lésions traumatiques au niveau des côtes. Le Dr R._____ ne fait également aucune référence à une telle lésion, tout comme les médecins de la CRR. Le Dr K._____ mentionne des douleurs latéro-thoraciques droites mais relève qu'à l'aune des radiographies du thorax, aucune lésion structurelle n'a été mise en évidence à la suite de l'accident du 7 mai 2010. Le Dr S._____ confirme par la suite qu'il n'existe aucune lésion structurelle au niveau des côtes - tout comme au niveau du rachis - en relation avec l'accident.

b) A l'aune de ce qui précède, il y a lieu d'admettre qu'en l'absence de lésions structurelles mises en évidence à la suite de

l'accident du 7 mai 2010, les douleurs rachidiennes dorso-lombaires et les douleurs latéro-thoraciques droites ne peuvent plus être mises en relation de causalité naturelle avec l'accident de la voie publique. Les conclusions des médecins de la CRR, du médecin d'arrondissement et du médecin de la Division médecine des assurances se recourent à cet égard.

Par ailleurs, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références). On ne voit dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions des médecins précités, lesquelles sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence. Le recourant ne peut du reste s'appuyer sur aucun avis médical contraire.

En outre, s'il est admis que le recourant a ressenti, après la survenance du second événement assuré, des douleurs au niveau des côtes, cela ne signifie pas pour autant que ces douleurs sont dans un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*"; cf. consid. 3c *supra*).

De surcroît, dans son certificat médical du 25 août 2011, la Dresse L._____ mentionne la présence de douleurs localisées à l'épaule droite, aux cervicales, aux côtes à droite ainsi que rachidiennes médio-dorsales irradiant vers les lombaires, précisant que ces douleurs persistent depuis l'accident. Or, dans son rapport du 19 juillet 2011, elle ne mentionne pas les douleurs localisées aux côtés et pose uniquement les diagnostics de cervico-lombalgies persistantes et contusion de l'épaule droite à la suite d'un accident de la voie publique. Cela étant, ses constatations semblent donc résulter essentiellement du raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*" dont la jurisprudence a déjà précisé qu'il n'était pas suffisant, à lui seul, pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré (ATF 119 V

335 consid. 2b/bb). Les constatations de la Dresse L._____ ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs rachidiennes et thoraciques sont en lien de causalité avec l'événement assuré. On précisera en outre qu'elle n'est le médecin traitant du recourant que depuis juillet 2011, renvoyant à l'appréciation du Dr R._____ s'agissant des circonstances sans rapport avec l'accident et influençant l'évolution du cas.

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr K._____. Le recourant ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant des rapports du Dr K._____. Au demeurant, il énonce à tort qu'il appartient à l'intimée d'établir que les troubles persistants sont uniquement imputables à des facteurs étrangers aux accidents. A cet égard, on rappelle que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

c) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que la problématique algique alléguée par le recourant n'est, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas ou plus en relation de causalité naturelle avec les accidents dont il a été victime les 13 janvier et 7 mai 2010.

En outre, le Dr X._____ a estimé que le recourant devait être à même de reprendre une activité à la fin de l'année 2010. Les Drs V._____ et G._____ ont préconisé la reprise théorique d'une activité à 50% dès le 1^{er} janvier 2011 puis à 100% dès le 1^{er} février 2011. Le Dr M._____ a attesté une capacité de travail totale dès le début mars 2011, comme le Dr R._____ et à sa suite la Dresse L._____, période au cours de laquelle le recourant s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage à 100%. On peut dès lors suivre l'appréciation du Dr K._____ selon

laquelle la situation était stabilisée du point de vue asséculoologique une année après l'accident du 7 mai 2010.

Partant, l'intimée n'a pas violé le droit en mettant un terme à ses prestations au 31 août 2011, motif pris qu'à cette date, le *statu quo sine* était atteint.

6. Si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 119 V 335 cons. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 3 janvier 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yves Nicole (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 :