

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

D. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée), née en 1957, gestionnaire de dossiers spécialisés pour le compte de [...], est assurée contre le risque accident auprès de D._____, [...].

Par déclaration d'accident du 4 septembre 2012, l'assurée a annoncé à D._____ que le 2 août 2012, en se promenant à la montagne, son bras droit a été retenu par son bâton de marche, celui-ci étant resté croché dans les cailloux.

En raison de douleurs à l'épaule droite, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation, le 27 août 2012. Dans son rapport médical du 11 septembre 2012 à D._____, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de traumatisme de l'épaule droite. Il relatait les plaintes de l'assurée, soit des douleurs à l'épaule droite dans tous les mouvements depuis l'événement du 2 août 2012, en constante augmentation. Il attestait une incapacité de travail de 50% depuis le 3 septembre, probablement jusqu'au 30 septembre 2012. Il joignait à son rapport les résultats d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) de l'épaule droite, pratiquée le 30 août 2012; ceux-ci révélaient une discrète tendinopathie du sus-épineux sans signe de déchirure, une atrophie de stade I du muscle sus-épineux et une discrète arthropathie acromioclaviculaire. Il n'apparaissait pas de signe de lésion de type SLAP (superior labrum from anterior to posterior) ni de lésion osseuse.

L'assurée a été reçue en consultation par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a diagnostiqué une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite post-traumatique. A sa demande, une arthro-IRM de l'épaule droite a été pratiquée le 10 octobre 2012. Celle-ci a mis en évidence une tendinopathie calcifiante à la partie distale du tendon supra-épineux associée à une déchirure de la face superficielle et profonde de ce

même tendon correspondant à une déchirure quasi-transfixiante, ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.

Le 23 octobre 2012, le Dr N._____ a effectué une arthroscopie de l'épaule droite avec acromioplastie, une réparation du sus-épineux, une ténotomie du long chef du biceps et une capsulotomie. Il a constaté une rupture transfixiante du sus-épineux et une tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule droite. A la suite de cette intervention, il a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 25 janvier 2013.

D._____ a confié au Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de réaliser une expertise médicale tendant à définir la relation de causalité entre l'événement du 2 août 2012 et les lésions annoncées.

L'expertise a été réalisée le 14 décembre 2012 et le rapport établi le 28 décembre suivant. Le Dr B._____ a relaté des douleurs constantes localisées dans toute l'épaule droite, avec des épisodes de sensation douloureuse ou de fourmis au coude et dans la main droite. Il expliquait que les éléments de l'événement du 2 août 2012, en particulier le mécanisme lésionnel, correspondaient à un agent vulnérant qui n'était pas du tout approprié pour entraîner une rupture à la fois du sus-épineux ou une SLAP; il s'agissait d'un mouvement relativement banal, où le bras partait un peu en arrière. Interprétant les résultats de l'IRM du 30 août 2012 et le bilan par arthro-IRM du 10 octobre 2012, il a retenu une déchirure de la face profonde du sous-épineux, également un peu de sa face superficielle, l'intégrité du tendon du sous-scapulaire et du sous-épineux, et une amyotrophie nette du sus-pineux. Il s'agissait selon lui clairement d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux, étant précisé que l'entité nosologique particulière de la tendinopathie calcifiante était une maladie dégénérative du tendon du sus-épineux. Il exposait en outre ce qui suit:

"Je rappellerai l'entité nosologique très particulière de la tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs.

La tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs, maladie d'étiologie inconnue, intéressant souvent les femmes âgées de moins de 50 ans, atteignant de façon égale le côté dominant et non dominant. La calcification se fait dans 80% des cas dans le sus-épineux, le sous-épineux étant impliqué dans 15% des cas, et le sous-scapulaire dans 5% des cas.

Ces calcifications qui ont différents types de présentation, évoluent souvent vers une disparition spontanée, parfois à l'occasion d'une crise douloureuse hyperalgique. Ces calcifications sont relativement fréquentes dans 2.5% à 7% des épaules saines, dont 35% sont ou ont été symptomatiques.

Des ruptures associées de la coiffe des rotateurs à ces calcifications sont variables allant de 1% à 4% dans les séries européennes, à près de 30% dans les séries asiatiques. Les récurrences sont exceptionnelles après disparition de la calcification et guérison, le potentiel de guérison du tendon étant très élevé, s'agissant d'une inflammation liée à la calcification, et non pas d'une tendinopathie, dans un contexte d'un phénomène dégénératif chronique.

[...]

L'événement du 2 août 2012 n'a fait que révéler une pathologie préexistante, antérieure à l'événement, qui est une tendinopathie calcifiante, et une maladie dégénérative du tendon du sus-épineux telle que notée dans le protocole opératoire: tendon du long chef du biceps: tendinopathie.

En conséquence, selon la LAA la mise en évidence de ces lésions ne sont de causalité naturelle que possible avec l'événement du 2 août 2012. L'événement du 2 août 2012 n'a fait que révéler une pathologie dégénérative consistant en une tendinopathie calcifiante rompue du sus-épineux droite, et une tendinopathie du long chef du biceps droit.

Si les services administratifs retiennent la notion d'accident sur le plan de la causalité adéquate, je retiendrai une entorse simple de l'épaule droite dans un mouvement de rotation externe/abduction avec statu quo sine six semaines plus tard. Il s'agit clairement d'une entorse simple, bénigne. La persistance de la symptomatologie au-delà de cette période est manifestement et exclusivement en relation de causalité naturelle avec une maladie préexistante à l'événement du 2 août 2012 consistant en une tendinopathie calcifiante et une tendinopathie du long chef du biceps.

[...]

Question 4: Diagnostic ?

- Arthrofibrose postopératoire après réinsertion arthroscopique d'une rupture distale d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux droit, associée à une tendinopathie du long chef du biceps droit.

Question 5: des facteurs étrangers à cet accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure (%) ?

L'événement du 2 août 2012 n'a joué qu'un rôle mineur, et uniquement dans le déclenchement de la symptomatologie douloureuse. En effet, les tendinopathies calcifiantes sont souvent asymptomatiques et déclenchées à l'occasion d'un traumatisme mineur.

Si les services administratifs retiennent une notion d'accident, je retiendrai une entorse bénigne simple de l'épaule droite, avec statu quo sine six semaines plus tard, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdure est en rapport de causalité naturelle avec une maladie qui est celle d'une rupture associée à une tendinopathie calcifiante et une tendinopathie du long chef du biceps droit, maladie exclusivement dégénérative.

Question 6: a) les troubles constatés de l'épaule droite ont-ils été causés, même partiellement par l'accident du 2 août 2012: certaine, probable (>75%), seulement possible ou exclue ? merci d'étayer votre réponse

Seulement possible, cf. appréciation du cas.

[...]

Question 7: En tenant compte des seules suites de l'accident: a) Quelle est la capacité de travail dans la profession exercée (gestionnaire de dossiers spécialisés) ?

Status quo sine six semaines après l'événement du 2 août 2012."

Dans un rapport du 9 janvier 2013 adressé au Dr Q._____, le Dr N._____ mentionnait une évolution marquée par une capsulite et la persistance d'intenses douleurs. Il avouait ne pas être trop inquiet, les douleurs allaient disparaître et la patiente récupérerait "tout", mais cela prendrait plus de temps que prévu. L'incapacité de travail totale était maintenue.

Par décision du 17 janvier 2013, déclarant se fonder sur les conclusions du Dr B._____, D._____ a mis fin à ses prestations résultant de l'événement du 2 août 2012, plus aucune prestation n'étant versée à ce titre dès le 11 octobre 2012. L'assureur a retenu en substance qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'événement assuré au-delà du 10 octobre 2012, date à laquelle l'arthro-IRM avait permis d'exclure la présence d'une lésion traumatique.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée le 14 février 2013. Elle contestait le déroulement de l'accident tel que décrit par le Dr B._____ et la qualification de "mouvement relativement banal". Elle mentionnait par ailleurs que la mobilité de son épaule droite était de 100% avant l'accident, n'ayant jamais eu la moindre gêne ni la moindre douleur dans l'épaule droite ou le bras droit. Elle joignait à son écriture un rapport médical du Dr N._____, adressé au Dr Q._____ et s'opposant aux constatations de l'expert, ainsi qu'un courrier de ce médecin, adressé le 28 janvier 2013 à D._____, où l'on pouvait notamment lire ce qui suit:

"Je vous prierai de reprendre en considération ce jugement pour plusieurs raisons. La première étant que la patiente a bel et bien présenté un traumatisme adéquat avec une lésion de la coiffe des rotateurs c'est-à-dire une abduction - rétropulsion, la seconde étant qu'il existe des lésions de type tendineuse radiologique compatibles avec des lésions traumatiques et notamment une lésion de la face articulaire ce qui est traumatique. Troisièmement, il existe bien une tendinite calcifiante au niveau du tendon mais qui est une découverte fortuite vu que la patiente n'avait aucune douleur auparavant et quatrièmement, Dr B._____ conclut à une entorse de l'épaule. De part mes connaissances médicales, les entorses se font sur des ligaments et non pas des tendons. J'aimerais donc bien que l'on m'explique qu'est-ce qu'une entorse de la coiffe des rotateurs."

Le Dr N._____ a maintenu l'assurée en incapacité de travail totale et mentionné, dans un rapport du 2 avril 2013 au Dr Q._____, une évolution objectivement et subjectivement favorable.

Le 17 avril 2013, le Dr B._____ a adressé au médecin-conseil de D._____ un complément d'expertise, dont la teneur est la suivante:

"Ayant relut la page 9 de mon expertise au 3^{ème} paragraphe, je le compléterai de la façon suivante. Au vu de la jurisprudence vis-à-vis des lésions assimilées, je corrigerai la phrase, "En conséquence, selon la LAA la mise en évidence de ces lésions ne sont de causalité naturelle que possible avec l'événement du 2 août 2012" et la remplacerai par la phrase suivante: la mise en évidence de ces lésions est de causalité exclue avec l'événement du 2 août 2012.

Cette modification est également valable pour la réponse à la question 6 soit: Exclue, cf. appréciation du cas.

J'apporterai également la correction suivante à la page 8 de mon expertise, le paragraphe: "Mon interprétation de l'IRM me permet de retrouver une déchirure de la face profonde du sus-épineux,

également un peu de sa face superficielle, l'intégrité du tendon du sous-scapulaire et du sous-épineux" est à remplacer par le paragraphe: Mon interprétation de l'IRM me permet de retrouver une déchirure de la face profonde du sous-épineux, également un peu de sa face superficielle, l'intégrité du tendon du sous-scapulaire et du sus épineux."

Le même jour, le Dr B. _____ s'est prononcé sur le courrier du Dr N. _____ du 28 janvier 2013, faisant valoir ce qui suit:

"Premièrement, il appartient aux services administratifs de décider de la causalité adéquate, qui est une décision d'ordre juridique et non pas médicale. Il n'est donc pas possible de parler d'un traumatisme adéquat de la part d'un médecin.

Deuxièmement, l'hypersignal intra-tendineux ne correspond pas à une déchirure macroscopique transfixiante du tendon.

Troisièmement, la tendinopathie calcifiante est une maladie exclusivement dégénérative.

Quatrièmement, le fait que la patiente n'ait pas eu de douleurs avant l'événement n'est pas un critère. Je rappellerai: Pour l'appréciation de la causalité, la seule relation chronologique ("post hoc ergo propter hoc") ne permet pas d'affirmer qu'il existe un lien de cause à effet entre l'apparition des troubles et l'événement présumé responsable.

Cinquièmement, dans mon expertise je parle d'une entorse de l'épaule, et non pas d'une entorse de la coiffe des rotateurs, l'épaule ne se résumant pas à la coiffe des rotateurs."

Par décision sur opposition du 24 avril 2013, D. _____ a confirmé sa position et rejeté l'opposition formée par l'assurée.

B. R. _____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 24 mai 2013, en concluant à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurances-accidents sont octroyées jusqu'au rétablissement du statu quo sine. Elle se fonde sur le diagnostic de déchirure du tendon du sus-épineux, sur la présence d'une cause extérieure ayant déclenché les symptômes, soit le mouvement brusque vers l'arrière du bras droit à la suite du blocage du bâton, sur l'apparition immédiate des douleurs typiques et sur le fait que l'opération subie devait permettre à terme leur suppression. Elle fait grief à l'intimée de s'être fondée uniquement sur

l'expertise du Dr B. _____ pour nier toute causalité entre l'accident du 2 août 2012 et l'état de son épaule droite dès cette date, relevant par ailleurs que l'expert n'apporte pas la preuve que cette lésion était déjà présente, même de manière asymptomatique, au moment de l'accident. Elle mentionne que de l'avis du Dr N. _____, l'accident a causé l'atteinte à l'épaule droite et rendu nécessaire l'opération du 23 octobre 2012, de sorte que le statu quo sine vel ante n'était pas restauré le 11 octobre 2012.

Dans sa réponse du 28 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se référant à l'avis médical du Dr B. _____, elle relève qu'il était justifié d'examiner la question du statu quo sine dès lors que l'expert avait mis en évidence, d'une part, une tendinopathie calcifiante et, d'autre part, qu'un agent vulnérant extrêmement modéré avait révélé une pathologie préexistante. Le statu quo sine étant atteint dans un délai de six semaines, la symptomatologie au-delà de cette période était manifestement et exclusivement en relation de causalité naturelle avec la maladie préexistante.

La recourante, invitée à répliquer, n'a pas usé de son droit.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations relevant de l'assurance-accidents (notamment l'indemnité journalière et la prise en charge de l'opération du 23 octobre 2012) en raison de l'événement du 2 août 2012, pour la période postérieure au 10 octobre 2012.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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). En cas d'état maladif antérieur, 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_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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, 145 consid. 2b).

La notion de lésion 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; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c). 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.

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie.

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents

(Brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

4. Dans le domaine des assurances sociales, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351

5. a) Dans son rapport d'expertise du 28 décembre 2012, le Dr B._____ conclut à une pathologie dégénérative préexistante, consistant en une tendinopathie calcifiante rompue du sus-épineux droite et une tendinopathie du long chef du biceps droit. Il précise que l'action vulnérante de l'événement du 2 août 2012 (bras retenu par le bâton de marche croché dans les cailloux) était inappropriée pour entraîner une rupture du sus-épineux en l'absence de tout mouvement extrêmement violent.

L'absence de mouvement extrêmement violent concerne en réalité le point de savoir si le facteur extérieur qui a déclenché les symptômes revêtait un caractère extraordinaire; à cet égard, l'expert considère que le mouvement du bras était relativement banal, de sorte qu'il n'était pas propre, à lui seul, à entraîner les lésions constatées. On peut en effet admettre qu'un bâton de marche qui reste croché dans les cailloux lors d'une promenade en montagne constitue un facteur extérieur qui n'a rien d'extraordinaire, à l'instar du Tribunal fédéral s'agissant du fait de butter contre une pierre lors d'une marche nordique dans la nature (arrêt non publié B. du 3 mars 2011, TF 8C_978/2010). Cela étant, un facteur extérieur soudain et involontaire suffit, même s'il ne présente pas un caractère extraordinaire, pour assimiler à un accident une lésion tendineuse qu'il a déclenchée. Selon la jurisprudence, une telle atteinte constitue une affection visée par l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

b) Le Dr B._____ retient que l'accident a causé tout au plus une entorse simple de l'épaule droite, avec un statu quo sine six semaines après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en rapport de causalité naturelle avec une maladie exclusivement dégénérative. S'agissant à cet égard de la remarque du Dr N._____, à savoir que les entorses se font sur des ligaments, le Dr B._____ précise que l'épaule ne se résume pas aux tendons (coiffe des rotateurs).

Cela étant, les éléments ayant amené l'expert à se prononcer dans le sens d'une pathologie purement dégénérative préexistante à

l'événement du 2 août 2012 ont été le bilan par arthro-IRM du 10 octobre 2012 et les constatations du Dr N._____ lors de l'opération du 23 octobre 2012. Les images de l'arthro-IRM pratiquée le 10 octobre 2012 ont mis en évidence une calcification du tendon supra-épineux à sa partie distale, une déchirure de la face profonde articulaire du tendon supra-épineux dans sa partie distale et antérieure, une déchirure de la face superficielle du tendon supra-épineux dans sa partie distale en association avec la calcification et associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée. Selon le Dr B._____, l'IRM permet de retrouver une déchirure de la face profonde du sous-épineux, un peu de sa face superficielle, l'intégrité du tendon du sous-scapulaire et du sus-épineux, et une amyotrophie nette du sus-épineux. Lors de l'opération du 23 octobre 2012, le Dr N._____ a constaté une rupture transfixiante du sus-épineux et une tendinopathie du long chef du biceps. Sur la base de cette constatation, le Dr B._____ retient une tendinopathie partiellement voire totalement rompue du sus-épineux avec une calcification, l'ensemble étant pathognomique d'une tendinopathie calcifiante rompue.

Comme le souligne le Dr N._____ (cf. courrier du 28 janvier 2013 à l'intimée), la tendinopathie calcifiante est une découverte fortuite. L'IRM du 30 août 2012 a mis en évidence une discrète arthropathie acromio-claviculaire en sus de la tendinopathie du sus-épineux sans signe de déchirure. Cette IRM ainsi que l'arthro-IRM n'ont pas révélé de lésion traumatique et n'ont mis en évidence que des problèmes d'ordre purement dégénératifs préexistants. Ainsi, l'événement du 2 août 2012 a révélé, et non causé, les lésions constatées lors des radiographies de l'épaule droite. Le Dr B._____ indique d'ailleurs que l'événement précité n'a joué qu'un rôle mineur et uniquement dans le déclenchement de la symptomatologie douloureuse; les tendinopathies calcifiantes étant souvent asymptomatiques et déclenchées à l'occasion d'un traumatisme mineur.

Le Dr B._____ précise que la tendinopathie calcifiante est une maladie exclusivement dégénérative, les calcifications étant relativement fréquentes dans 2.5% à 7% des épaules saines. L'absence de

douleurs à l'épaule droite avant l'événement décrit ne constitue pas un indice en défaveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs préexistante et d'origine dégénérative. A cet égard, si le Dr N._____ admet la tendinopathie calcifiante du sus-épineux, il la qualifie de découverte fortuite dans la mesure où la recourante n'avait aucune douleur avant l'événement du 2 août 2012. Cette constatation semble 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).

En outre, le Dr B._____ étaye son affirmation quant à l'origine dégénérative de la tendinopathie calcifiante; *a contrario*, le Dr N._____ se contente de mentionner qu'il existe des lésions de type tendineuse compatibles avec des lésions traumatiques. Par ailleurs, on ne saurait retenir l'affirmation de ce dernier quant à l'existence d'un "traumatisme adéquat avec une lésion de la coiffe des rotateurs" (cf. courrier du 28 janvier 2013 à l'intimée), étant rappelé que l'appréciation médicale ne peut porter que sur des points relevant de l'examen de la causalité naturelle. Le Dr B._____ énonce quant à lui que la causalité naturelle est exclue entre les troubles constatés à l'épaule droite et l'événement du 2 août 2012.

Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'expertise du Dr B._____, dont la valeur probante doit être reconnue eu égard aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). La recourante ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant du rapport du Dr B._____.

c) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que la problématique algique alléguée par la recourante n'est, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas ou plus en relation de causalité naturelle avec l'événement du 2 août 2012. On peut ainsi suivre l'appréciation du Dr B._____ selon laquelle l'événement du 2 août 2012

a pu entraîner une entorse bénigne simple de l'épaule droite, avec un statu quo sine six semaines plus tard, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdure est une maladie exclusivement dégénérative.

Partant, les traitements médicaux, particulièrement l'opération du 23 octobre 2012, et l'incapacité de travail - telle qu'attestée par le Dr N. _____ -, n'étant pas en rapport de causalité avec l'événement du 2 août 2012, l'intimée a mis fin, à juste titre, aux prestations d'assurance-accidents au 10 octobre 2012, soit au jour où l'arthro-IRM a permis d'exclure la présence d'une lésion traumatique.

6. 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 24 avril 2013 par D._____ 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 :

- R._____
- D._____
- 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 :