

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 février 2015

---

Présidence de Mme DESSAUX

Juges : Mme Röthenbacher et M. Gutmann, assesseur

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 10, 16 et 36 LAA ; art. 11 OLAA.**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, a été engagé en 2005 par l'entreprise P. \_\_\_\_\_ SA, tout d'abord en qualité de machiniste, puis de chef d'équipe.

Il est assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

**B.** En date du 8 septembre 2009, au dépôt de l'entreprise, l'assuré a glissé en voulant accrocher une roulotte à sa camionnette et a ce faisant violemment heurté son épaule gauche. Immédiatement après l'accident, il a souffert d'importantes douleurs.

Le 9 septembre 2009, il a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_, qui a prescrit une physiothérapie en raison de ces fortes douleurs à l'épaule gauche. L'amélioration a été partielle.

Une déclaration d'accident-bagatelle LAA, faisant mention d'une contusion, a été établie le 14 septembre 2009 par P. \_\_\_\_\_ SA.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a ordonné une arthro-IRM (réf. : imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche réalisée le 2 novembre 2009, le rapport d'examen corrélatif ayant été établi le lendemain. Ce document a mis en évidence une « tendinopathie de la portion verticale du long chef du biceps subluxé en dedans en association avec une désinsertion de la partie supérieure du sous-scapulaire », ainsi que des « signes de tendinopathie du sus-épineux sans déchirure associée ». Il a également relaté un « petit remaniement dégénératif acromio-claviculaire ». L'aspect de la bourse sous-acromiale était en revanche qualifié de normal.

Le 6 novembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a adressé son patient à laClinique L. \_\_\_\_\_ tandis que, le 13 novembre 2009, il a délivré un

certificat médical en faveur de l'assuré attestant d'une incapacité de travail de 100 % des suites d'accident, débutant le même jour.

Une seconde déclaration d'accident a été établie par P.\_\_\_\_\_SA le 18 novembre 2009 faisant état de lésions ligamentaires de l'épaule gauche et d'une incapacité de travail probablement supérieure à un mois.

L'assuré a été examiné en date du 16 novembre 2009 par la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui a retenu « une douleur à la palpation de l'acromion, une flexion du bras plus ou moins douloureuse, un signe de Jobe (sus-épineux) positif » tout en constatant que « la rotation externe était très douloureuse et la rotation interne limitée ». Elle a prescrit un traitement médicamenteux et physiothérapique à but antalgique.

En date du 1<sup>er</sup> décembre 2009, l'assuré a été reçu à la consultation du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, chef de clinique adjoint au sein de la Clinique L.\_\_\_\_\_. Ce praticien a observé, après test des tendons de la coiffe de l'épaule gauche, « un sus-épineux fortement douloureux avec force à M3 (réd. : mesure d'évaluation de la contraction des muscles sur une échelle de 0 à 5) dans sa partie antérieure, plus ou moins douloureux dans sa partie postérieure avec force à M4, un sous-épineux négatif avec force à M5, un sous-scapulaire positif dans son tiers supérieur avec force à M3, également douloureux dans ses 2/3 inférieurs avec force à M4 ». Quant au test du long chef du biceps, il s'est révélé positif. L'acromio-claviculaire était négatif.

L'évolution des symptômes ne répondant pas à la physiothérapie et aux médicaments antalgiques, une intervention chirurgicale consistant en une suture des tendons de la coiffe des rotateurs et en une ténodèse du long chef du biceps sous arthroscopie a été pratiquée le 18 janvier 2010. L'opération, sans complications, a par ailleurs permis d'objectiver les lésions décrites dans les diagnostics. Une hospitalisation de trois jours a été suivie de traitements médicamenteux et

physiothérapeutique antalgiques. Dans son rapport médical intermédiaire du 18 janvier 2010 à l'attention de la CNA, le Dr K.\_\_\_\_\_ a évalué à environ six mois la durée du traitement et, en ce qui concerne l'existence d'un dommage permanent, proposait d'attendre l'évolution post-opératoire.

A la consultation du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé auprès de l'assuré quelques douleurs nocturnes, mais pas au repos, ainsi que des douleurs en essayant de soulever les bras activement. Dans son rapport intermédiaire du 23 mars 2010 à la CNA, il a estimé qu'aucun dommage permanent n'était à craindre, avis sur lequel il n'est pas revenu dans le cadre de ses rapports ultérieurs. Il a néanmoins précisé dans son rapport complémentaire du 23 avril 2010 que la durée de l'incapacité de travail était plus longue que prévu en raison de la capsulite mais que le pronostic était bon à douze, voire dix-huit mois.

Le 17 mai 2010, l'assuré a été examiné par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. L'examen a confirmé la diminution de la mobilité de l'épaule gauche et l'existence d'une capsulite rétractile après reconstruction de la coiffe des rotateurs et ténodèse du long chef du biceps. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une reprise du travail à 100 % dans l'activité de machiniste n'était pas réaliste, mais qu'une reprise d'activité à 50% était possible dans la mesure où la fonction de chef d'équipe, occupée par l'assuré, induisait l'attribution d'un certain nombre de tâches administratives. Cette consultation a débouché sur une reprise du travail à 50 % dès le 26 mai 2010, après concertation du Dr K.\_\_\_\_\_ et de l'assuré.

A l'examen du 6 juillet 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a constaté que la limitation des rotations et les douleurs ressenties par l'assuré à l'épaule gauche étaient dues à une capsule supérieure raide. Il a préconisé la poursuite du traitement par physiothérapie et la prolongation de l'arrêt de travail à 50%.

L'assuré a été réexaminé par le Dr K. \_\_\_\_\_ les 1<sup>er</sup> octobre 2010 et 12 novembre 2010, puis le 18 janvier 2011. La continuation des gains d'amplitude et la diminution des douleurs ont permis une augmentation du taux d'activité de l'assuré à 75% dès le 4 octobre 2010 et une reprise du travail à 100 % dès le 16 janvier 2011.

La CNA a pris en charge le cas jusqu'à cette dernière date, en procédant au paiement des frais de traitement et des indemnités journalières.

Dans l'intervalle, soit le 30 mars 2010, la CNA a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une communication de détection précoce afférente à la situation de l'assuré. S'en est suivie une proposition de l'OAI du 20 avril 2010 invitant l'assuré à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), d'une part, et l'octroi de mesures d'intervention précoce sous forme de cours d'initiation à l'informatique, d'autre part.

Par projet de décision du 14 mars 2011, repris dans une décision ultérieure du 9 mai 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations AI.

**C.** Le 11 avril 2011, alors qu'il était occupé à poser de l'enrobé avec un râteau, l'assuré a ressenti de violentes douleurs à l'épaule gauche.

Dans la déclaration de rechute adressée à la CNA le 11 mai 2011 par P. \_\_\_\_\_ SA, il est mentionné en relation avec la description de l'accident que « l'accumulation de tous ces mouvements » a provoqué l'importante symptomatologie de l'épaule gauche, qualifiée « d'inflammation ».

L'assuré a consulté le Dr K. \_\_\_\_\_ le jour même de l'événement et a été mis en incapacité de travail à 30%. Dans le rapport médical pour rechute adressé le 9 juin 2011 à la CNA, ce spécialiste a rapporté les indications de son patient, soit une « rechute due aux efforts répétitifs, un réveil des douleurs des deux épaules et des lombalgies avec symptômes pseudo-radiculaires aux jambes bilatéralement ». Il a constaté une bonne force et mobilité des épaules, a posé notamment les diagnostics de « conflit sous-acromial des épaules bilatéral et de lombalgies » dans le contexte d'un « status post suture de la coiffe [des rotateurs] de l'épaule gauche ». Il a préconisé l'administration d'infiltrations sous-acromiales bilatérales et catalogué les lombalgies ainsi que les douleurs à l'épaule droite dans les suites de maladie.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, lequel a fait part de son appréciation datée du 2 août 2011 en ces termes :

« [...] Les diagnostics de conflit sous-acromial bilatéral et de lombalgies n'ont pas de relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 08.09.2009 qui avait alors entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. En effet, dans les suites de l'accident du 08.09.2009, le patient n'a pas présenté de symptomatologie en relation avec un conflit sous-acromial bilatéral, ni de symptomatologie lombaire aiguë, malgré le fait qu'avant cet accident, le patient souffrait déjà de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit et petite hernie discale connue. »

**D.** Par décision du 12 août 2011, la CNA a refusé la prise en charge des frais liés aux consultations intervenues dès le 11 avril 2011, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 8 septembre 2009 et les troubles des épaules annoncés en mai 2011.

L'assuré a interjeté opposition le 16 août 2011, arguant de douleurs exclusivement à l'épaule gauche, lesquelles n'avaient d'ailleurs jamais disparu depuis l'accident du 8 septembre 2009. Il s'est déclaré prêt à se soumettre à un examen médical spécialisé.

Il a été néanmoins en mesure de reprendre son activité lucrative à 100% dès le 22 août 2011, tandis qu'il s'est à nouveau trouvé en arrêt total de travail à partir du 30 septembre 2011, au motif d'une infection consécutive à l'implantation d'une pompe contre les douleurs lombaires.

Par décision sur opposition du 11 octobre 2011, la CNA a rejeté l'opposition précitée et invité l'assuré à s'adresser à son assureur-maladie. Se fondant sur les diagnostics retenus par le Dr K. \_\_\_\_\_ aux termes de son rapport du 9 juin 2011, ainsi que sur l'appréciation subséquente du Dr R. \_\_\_\_\_ du 2 août 2011, elle a considéré que l'assuré n'apportait aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions émises en toute connaissance de cause par ce praticien, ce qui justifiait de leur accorder entière valeur probante. Elle a réitéré l'absence de lien de causalité entre la symptomatologie présentée par l'assuré depuis le 11 avril 2011 et l'accident du 8 septembre 2009.

**E.** Par acte posté le 10 novembre 2011, complété le 28 novembre 2011 avec le concours de son mandataire, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP), l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 11 octobre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée, principalement à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents du fait de la rechute du 11 avril 2011, à son avis en lien avec l'accident du 8 septembre 2009, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire sous forme d'arthro-IRM de l'épaule droite avant nouvelle décision. Il s'est prévalu notamment d'un rapport du 25 novembre \_\_\_\_\_ 2011, émanant \_\_\_\_\_ du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel a fait part de son appréciation du cas comme suit :

« [...] Partant du fait que la lésion des tendons de la coiffe à gauche a été provoquée par l'accident du 8.9.2009, les douleurs ont mis du temps pour s'apaiser et devenir supportables. Un an après l'intervention le patient se disait avec peu ou pas de douleur, néanmoins il ressentait une gêne permanente. La réinflammation

peut donc être une suite de la pathologie initiale. Il est connu que la récupération après suture des tendons de la coiffe peut durer un an et demi voire deux ans après l'intervention, cela expliquerait encore la fragilité de l'articulation avec ses tendons surtout exposé à un travail avec charges et des mouvements de rotation répétitifs. On peut dire dans la situation actuelle que la probabilité d'une corrélation est de 50/50.

Pour pouvoir objectiver la situation, je propose d'effectuer également une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans le cas où elle montre des lésions tendineuses équivalentes à celles de l'épaule gauche, il sera difficile d'argumenter en faveur de l'accident. Si on ne retrouve aucune atteinte tendineuse, on pourra plutôt croire que la problématique à gauche reste une conséquence, donc une suite, d'une rupture traumatique. »

Dans ce même document, le Dr K. \_\_\_\_\_ a confirmé, en relation avec l'examen clinique du 11 avril 2011, que la mobilité était restée bonne et la force adéquate. Les doléances de l'assuré quant à une augmentation des douleurs due aux travaux répétitifs faisant penser à une réinflammation sous-acromiale, ce spécialiste avait alors prescrit une nouvelle série de neuf séances de physiothérapie et un traitement médicamenteux anti-inflammatoire, outre une infiltration sous-acromiale de l'épaule gauche avec des stéroïdes. Le soulagement provoqué par cette infiltration n'avait été que momentané, son patient ayant par ailleurs signalé un réveil des douleurs à l'épaule droite consécutif au ménagement de l'épaule gauche. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a au surplus rejoint l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ quant à l'absence de corrélation entre l'accident du 8 septembre 2009 et les douleurs à l'épaule droite, ainsi que les lombalgies.

Par arrêt du 28 septembre 2012, la Cour de céans a admis le recours de l'assuré et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire, sous forme d'une arthro-IRM de l'épaule droite, telle que suggérée par le Dr K. \_\_\_\_\_, destinée à déterminer si celle-ci était également atteinte de lésions tendineuses équivalentes à celles de l'épaule gauche. Cas échéant, un tel constat permettrait d'exclure l'hypothèse d'une rechute au sens de l'art. 11 OLAA.

**F.** A l'entrée en force de l'arrêt ci-dessus, la CNA a repris l'instruction du dossier, avec la collaboration du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a fait procéder à un arthro-CT (réd. : arthro-scanner) le 12 février 2013.

Ce spécialiste a communiqué les conclusions ci-dessous suite à cet examen, en date du 20 février 2013 :

« Diagnostic : status post-lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, 50% de la partie postérieure intraarticulaire du sus-épineux, 30% de la moitié supérieure du sous-scapulaire interne, tendinopathie du long chef du biceps, bursite sous-acromiale.  
Intervention : le 18.1.2010, arthroscopie de l'épaule gauche, suture des tendons de la coiffe, ténodèse du long chef du biceps.

J'ai vu le patient le 18.2.2013 suite à un arthro-CT de l'épaule droite effectué le 12.2.2013 à la demande de la SUVA. Une arthro-IRM était planifiée en tout début mais le fait que le patient ait une pompe pour des douleurs implantées pour sa problématique des lombaires, cette IRM n'a pas pu être effectuée.

J'ai vu les images aujourd'hui qui ne montraient aucun signe de lésion tendineuse. On retrouve une arthrose acromio-claviculaire cliniquement muette.

Nous ne retrouvons donc pas la même pathologie de rupture intraarticulaire tendineuse que lors de l'opération de l'épaule gauche. »

La CNA a soumis ces éléments au Dr R.\_\_\_\_\_, qui a considéré que les troubles de l'épaule gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 8 septembre 2009, en dépit de l'absence de lésion tendineuse constatée à l'épaule droite. Il a précisé ce qui suit :

« L'IRM de l'épaule G [réf. : gauche] du 02.11.2009 montre en plus de la lésion de la coiffe des rotateurs, un petit remaniement dégénératif acromio-claviculaire qui ne peut être en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 08.09.2009. L'arthro-CT de l'épaule D [réf. : droite] du 12.02.2013 montre une coiffe des rotateurs en ordre et un remaniement dégénératif acromio-claviculaire. La symptomatologie dont a souffert le patient à partir du 11.04.2011 au niveau de ses deux épaules est donc en relation pour le moins probable avec une pathologie dégénérative de ses deux articulations acromio-claviculaires. Cette pathologie dégénérative des deux épaules, symptomatique à partir du 11.04.2011 ne peut être mise en relation pour le moins probable avec l'accident du 08.09.2009. »

Fondée sur cet avis, la CNA a rendu une nouvelle décision le 29 avril 2013, niant derechef tout lien de causalité entre la symptomatologie présentée à l'épaule gauche dès le 11 avril 2011 et

l'accident du 8 septembre 2009, ainsi que refusant en conséquence l'allocation de prestations.

Par opposition déposée par l'intermédiaire de la CAP le 30 avril 2013, complétée le 4 juin 2013, l'assuré a contesté la décision susmentionnée concluant à la prise en charge des conséquences de la « rechute » de l'accident du 8 septembre 2009. Il s'est référé à cette fin aux constats du Dr K. \_\_\_\_\_ du 20 février 2013 et à la teneur de l'arrêt de la Cour de céans du 28 septembre 2012, laquelle soulignait que l'absence de lésions tendineuses de l'épaule droite pourrait « a priori entraîner l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. »

La CNA a sollicité une appréciation complémentaire de la part du Dr R. \_\_\_\_\_, lequel a fait parvenir un avis circonstancié daté du 21 juin 2013, où il s'est déterminé en ces termes :

« L'arthro-scanner de l'épaule D du 12.02.2013 montre une coiffe des rotateurs sans lésion mais une arthrose acromio-claviculaire D. Selon le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 11.04.2011, le patient présentait des douleurs au niveau des deux épaules, avec un examen clinique symétrique et le même diagnostic pour les deux épaules. Le Dr K. \_\_\_\_\_ avait alors posé le diagnostic de conflit sous-acromial ddc [réd. : des deux côtés] avec status après suture de la coiffe de l'épaule G et lombalgies. L'arthro-scanner de l'épaule D de février 2013 prouve qu'il est très peu probable que l'assuré souffrait d'un conflit sous-acromial en avril 2011, dans la mesure où il ne pouvait pas présenter de lésions tendineuses importantes au vu du résultat de cet arthro-scanner. Il souffrait alors plus probablement de l'arthrose acromio-claviculaire mise en évidence sur l'arthro-scanner de février 2013. Comme la symptomatologie au niveau des épaules était symétrique, il est donc probable que la symptomatologie douloureuse du patient au niveau de l'épaule G était plus en rapport avec l'arthrose acromio-claviculaire (qui avait été mise en évidence sur l'IRM de l'épaule G du 02.11.2009) qu'avec le status après réparation de la coiffe des rotateurs, ce d'autant plus que l'arthro-scanner de l'épaule D du 24.11.2011 [recte : 12.02.2013] est très rassurant quant à la coiffe des rotateurs avec une image évoquant plutôt un artefact qu'une brèche de la partie centrale du tendon du sus-épineux, avec une clinique à ce moment montrant des douleurs tant au testing de la coiffe antéro-supérieure que postéro-médiane de la

coiffe des rotateurs et une douleur à la pression de l'articulation acromio-claviculaire.

Enfin, au niveau de l'épaule D comme au niveau de l'épaule G, les muscles présentent tous une trophicité normale, ce qui atteste d'un bon fonctionnement de tous les muscles.

Le fait que l'arthro-scanner de l'épaule D de février 2013 montre une coiffe des rotateurs intègre et une arthrose acromio-claviculaire alors que l'arthro-scanner de l'épaule G de novembre 2011 montre un status après réparation de la coiffe des rotateurs avec coiffe compétente et arthrose acromio-claviculaire est un argument en faveur du fait que la symptomatologie que présentait l'assuré en avril 2011, symétriquement au niveau de ses deux épaules, était plus probablement en relation avec la pathologie dégénérative (arthrose acromio-claviculaire bilatérale) du patient qu'avec un status post-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule G. »

Les Drs X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie au sein de la Division de médecine des assurances de la CNA, sollicités pour avis, ont pour l'essentiel confirmé l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ le 24 juillet 2013 à l'issue d'une étude approfondie du dossier de l'assuré et d'explications étayées de sa situation.

Partant, la CNA a rejeté l'opposition de ce dernier par décision sur opposition du 2 août 2013, excluant tout lien de causalité naturelle entre les douleurs présentées depuis le 11 avril 2011 et l'accident du 8 septembre 2009 sur la base des analyses opérées par les Drs R.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Elle a relevé que ces dernières, dotées d'une pleine valeur probante, permettaient de considérer que la symptomatologie affectant l'assuré dès avril 2011 résultait dans une mesure hautement probable de l'arthrose acromio-claviculaire présentées des deux côtés, soit d'une problématique purement dégénérative.

**G.** L'assuré a derechef saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision sur opposition du 2 août 2013, à l'issue d'un mémoire du 17 septembre 2013. Il a conclu à la prise en charge par la CNA des frais afférents au traitement de la « rechute » présentée dès le 11 avril 2011 à l'épaule gauche, se prévalant des résultats de l'arthro-CT du 12 février 2013 où aucune lésion tendineuse de l'épaule droite n'avait été constatée. Il a à nouveau rappelé les considérants de l'arrêt de la Cour de céans en lien avec les conséquences

d'un tel constat et estimé que la problématique survenue à l'épaule gauche en avril 2011 était liée à l'accident du 8 septembre 2009.

L'intimée a préavisé le rejet du recours le 21 octobre 2013, proposant la confirmation de la décision sur opposition attaquée, après avoir souligné que le recourant souffrait de lésions dégénératives des deux épaules, étudiées à satisfaction par son médecin d'arrondissement et les spécialistes de sa Division de médecine des assurances.

Le recourant a pour sa part persisté dans ses précédentes conclusions par écriture du 13 novembre 2013.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** 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 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 al. 1 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)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

**c)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède potentiellement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD).

**d)** En l'espèce, le recours, interjeté devant le tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA), respecte les autres conditions de forme

prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 11 avril 2011, suite à la symptomatologie douloureuse présentée notamment à l'épaule gauche.

Il s'agit ainsi de déterminer si cette problématique remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 8 septembre 2009.

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

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

**4. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

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 (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

**b)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

**5. a)** A teneur de l'art. 11, première phrase, OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Dans ces hypothèses, l'assuré peut donc à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières.

**b)** Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêt cités ; TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.3).

Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n°U 206 p. 327 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un

rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident.

**6.** In casu, il convient préalablement de déterminer si les pièces médicales versées au dossier du recourant permettent de statuer sur son droit aux prestations de la CNA des suites de la symptomatologie survenue le 11 avril 2011.

**a)** L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

**c)** 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 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

**d)** En l'espèce, depuis l'arrêt de la Cour de céans du 28 septembre 2012, ont été versés au dossier du recourant le rapport du 20 février 2013 de son médecin spécialiste traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, consécutif à l'arthro-CT du 12 février 2013, ainsi que les appréciations sur

pièces des médecins de l'intimée, soit les Drs R.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement datées des 21 juin 2013 et 24 juillet 2013.

Eu égard aux rapports établis par ces derniers, force est de constater qu'ils sont basés sur une analyse particulièrement minutieuse des documents à disposition. En particulier, les Drs X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, ont exposé par le détail tant les éléments pertinents de l'anamnèse que les constats cliniques, ainsi que les motifs justifiant leurs conclusions, lesquelles rejoignent au demeurant celles émises par leur confrère, le Dr R.\_\_\_\_\_.

Les explications des médecins de la CNA sont par ailleurs tout à fait exemptes de contradictions, tout en reposant sur les éléments objectifs mis en évidence par les arthro-scanners des deux épaules auxquels s'est soumis l'assuré les 2 novembre 2009 et 12 février 2013.

L'on ne voit pas d'ailleurs à ce stade que le Dr K.\_\_\_\_\_ ait exprimé une opinion divergente de celle avancée par les médecins de l'intimée, dans la mesure où par son rapport du 20 février 2013, il n'a fait que relater les constats contenus dans l'arthro-CT du 12 février 2013. Il ne s'est en outre pas exprimé plus avant sur la question du lien de causalité entre les troubles survenus dès avril 2011 et l'accident du 8 septembre 2009 consécutivement à cet examen, s'étant limité à faire état de l'absence de lésion tendineuse de l'épaule droite sans en tirer quelconque conclusion au profit ou au détriment de son patient en termes de causalité.

Le recourant n'a dans ce contexte produit aucune pièce subséquente, ni fait état d'aucun élément nouveau, émanant du Dr K.\_\_\_\_\_ ou d'un autre spécialiste, qui permettrait d'ébranler les conclusions formulées par les médecins de l'intimée.

Aussi, au vu des appréciations convaincantes, précises et convergentes des médecins de la CNA, il convient de leur accorder pleine valeur probante et se s'y référer afin de trancher le présent litige.

L'on ajoutera qu'il n'apparaît nullement que des investigations supplémentaires s'avéreraient nécessaires pour se prononcer sur le lien de causalité querellé - ce que le recourant ne requiert au demeurant pas - alors qu'à l'évidence l'ensemble des investigations susceptibles d'expliquer les symptômes présentés par l'assuré ont été diligentées, de même que l'instruction complémentaire dictée par la Cour de céans dans son arrêt du 28 septembre 2012.

**8.** S'agissant du lien de causalité entre les troubles allégués depuis le 11 avril 2011 et l'accident du 8 septembre 2009, il y a lieu de retenir le bien-fondé des considérations des médecins de la CNA, compte tenu de ce qui suit.

Il n'est pas contesté que les douleurs ressenties au niveau lombaire et à l'épaule droite sont exclusivement du ressort de la maladie, ainsi que l'a d'ailleurs relevé le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 juin 2011 à l'adresse de la CNA.

Il n'est pas davantage remis en question, au vu des constats mis en évidence par l'arthro-CT du 12 février 2013, que le recourant ne présente aucune lésion tendineuse de l'épaule droite.

Cela étant, ainsi que l'ont observé l'ensemble des spécialistes consultés, y inclus le K. \_\_\_\_\_, l'assuré a développé une arthrose acromio-claviculaire des deux épaules (cf. arthro-CT de l'épaule gauche du 2 novembre 2009 et de l'épaule droite du 12 février 2013), ce qu'il ne conteste pas aux termes de ses différentes écritures.

Or, il ne fait pas de doute qu'une telle pathologie est par essence d'origine dégénérative et, partant, du ressort de la maladie, excluant ainsi manifestement qu'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 septembre 2009 soit avéré ou même simplement probable.

L'on ne peut par ailleurs que se rallier, au degré de la vraisemblance prépondérante au raisonnement exposé par le Dr K. \_\_\_\_\_ quant à l'attribution des douleurs ressenties par l'assuré en avril 2011 à cette problématique dégénérative. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a en effet expressément observé la bilatéralité et la symétrie des douleurs ressenties aux épaules, parfaitement explicables par l'arthrose acromioclaviculaire affectant les deux épaules.

Aussi, en dépit de ce qu'envisageait le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 novembre 2011, largement suivi par la Cour de céans dans l'arrêt \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2012, l'absence de lésion tendineuse de l'épaule droite, à l'inverse de l'épaule gauche, ne permet pas de conclure à une relation de causalité de la symptomatologie présentée à cette dernière depuis avril 2011 \_\_\_\_\_ avec \_\_\_\_\_ l'accident \_\_\_\_\_ du 8 septembre 2009, précisément en raison de la bilatéralité de l'atteinte dégénérative diagnostiquée aux deux épaules.

Partant, à l'instar de l'intimée, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs de l'épaule gauche survenues \_\_\_\_\_ le 11 avril 2011 ne sont pas en lien de causalité avec l'événement du 8 septembre 2009, de sorte qu'elles ne sauraient être qualifiées de rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA et de la jurisprudence corrélative.

La CNA était en conséquence légitimée à nier le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les frais engendrés à compter du 11 avril 2011.

**9.** Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**a)** La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice  
(cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne qui l'a dûment représentée dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition, rendue le 2 août 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié par l'envoi de photocopies à :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne (pour G. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :