

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 avril 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA,

et

S._____ **SA**, à Berne, intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne.

Art. 6 LPGA; art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recoursant), né en 1957, de nationalité espagnole, résidant en Suisse depuis l'année 1984 et titulaire d'un permis d'établissement, a été mis au bénéfice, à chaque fois dès le 1^{er} août 2004, d'un quart de rente de l'assurance-invalidité (TAss du 11 février 2008, AI 329/07 - 294/2008) et d'une rente d'incapacité de gain de l'assurance-accidents de 44% (TAss 11 février 2008, AA 32/06 - 75/2008).

B. Dès le 1^{er} janvier 2005, l'assuré a travaillé en qualité de boucher à 50% auprès de l'entreprise individuelle [...], sise à [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de S. _____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

Après avoir reçu l'assuré en consultation par deux fois les 18 et 19 novembre 2013, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi le protocole d'examen suivant :

"18.11.13/alv

Il vient en urgence.

Alors qu'il travaillait, il a été déséquilibré alors qu'il portait une pièce de viande d'environ 20 kg, qui a atterri dans la région de l'épaule D et où il a probablement fait un effort brusque pour rattraper la pièce. Il a senti une douleur très violente dans son épaule et depuis lors il n'arrive plus à lever le bras.

A L'EXAMEN CLINIQUE : il a une douleur à la mobilisation de l'épaule en rotation. Il n'arrive pas à lever le bras en abduction.

Suspicion d'atteinte de la coiffe des rotateurs. On organise des examens.

19.11.13/alv

Je le vois après les examens du 18.11.13.

LA RX DE L'EPAULE D ne montre aucune anomalie. Pas de signe d'une ancienne lésion de coiffe.

L'US montre une déchirure du sus-épineux, qui paraît totale.

IT (réd. : incapacité de travail) 100% depuis le 18.11.13. Mesures antalgiques avec Irfen 600, immobilisation partielle du bras. On le reverra dans une semaine. Chez ce patient, il faudra probablement s'acheminer vers une réinsertion du sus-épineux, vu qu'il s'agit du membre supérieur dominant et vu l'atteinte de l'épaule G."

Le 20 novembre 2013, l'employeur de l'assuré a transmis à l'assurance une déclaration d'"accident avec incapacité de travail (sans dommage dentaire)", indiquant que le 18 novembre 2013, l'assuré avait effectué un faux mouvement en soulevant un quartier de viande et avait ressenti une forte douleur à l'épaule droite.

Dans un certificat médical du 28 novembre 2013, le Dr T. _____ a certifié que l'assuré était suivi depuis le 18 novembre 2013 pour une déchirure tendineuse de l'épaule droite, précisant que des examens approfondis étaient en cours et que l'intéressé devrait peut-être subir une intervention chirurgicale pour réparer le tendon.

Le 3 décembre 2013, ce praticien a rempli un "certificat médical LAA" à l'intention de l'assurance, dans lequel il a posé le diagnostic provisoire de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Dans un rapport au Dr T. _____ du 10 décembre 2013 faisant suite à une IRM de l'épaule droite de l'assuré pratiquée le jour même, le Dr K. _____, spécialiste en radiologie, a notamment indiqué ce qui suit :

"(...) Description

- Structures osseuses : pas de fracture. Acromion de type II avec espace sous-acromial dans les limites de la norme, à 7mm. Discret remaniement dégénératif sur l'acromio-calviculaire.
- Tendon du long biceps : centrés dans la gouttière bicipitale, sans altération.
- Tendon du sous-scapulaire : discrète anomalie de signal sur la partie supérieure du tendon sans rupture.
- Tendon sur sus-épineux : anomalie de signal de la partie distale du sus-épineux, sans rupture.
- Tendon du sous-épineux : anomalie de signal d'intensité liquidienne à la hauteur de l'insertion de la moitié antérieure (supérieure) du tendon du sous-épineux, évoquant une rupture ; l'insertion de la partie inférieure du tendon est bien visualisée, d'aspect normal, sans rupture.
- Bourse sous-acromiale : épanchement de la bourse et rehaussement marqué de ses parois.

Synoviale : non épaissie. Pas d'épanchement significatif.
Bourrelet : sans anomalie grossière.
Muscles : de trophicité normale.
Autres constatations : néant.

Conclusion

Signes de rupture de la moitié supérieure du tendon du sous épineux- Tendinose du sus-épineux sans arguments pour une déchirure. Petite lésion érosive de la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire. Trophicité musculaire préservée. Bursite sous-acromiale.
(...)"

A la demande de l'assurance, l'assuré a confirmé les circonstances de l'accident dans un formulaire rempli le 16 décembre 2013.

Le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a répondu aux questions de cette dernière le 14 janvier 2014 dans les termes suivants :

"1. Anamnèse ?

D._____ est âgé de 57 ans, il travaille comme boucher. Il semblerait qu'en portant un quartier de viande il ait été déséquilibré ou ait fait un effort inhabituel de l'épaule droite avec douleurs par la suite.

Il est suivi par le Dr T._____ qui fait principalement un ultrason qui met en évidence une déchirure du sus-épineux qui paraît totale. Une arthro-IRM de l'épaule droite est effectuée le 10 décembre 2013 qui met en évidence une rupture partielle du sous-épineux avec une tendinose du sus-épineux sans déchirure, une lésion érosive de la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire. On note également un discret remaniement dégénératif de l'acromio-claviculaire.

Les images de l'arthro-IRM jointes au dossier, ne montrent pas de fuite de liquide au niveau de la rupture du sous-épineux qui est intra-tendineuse.

Dans son rapport du 19 novembre 2013, le Docteur T._____ mentionne qu'il faudra probablement faire une suture du sus-épineux, il n'y a pas de mention du sous-épineux.
(...)

4. Les troubles en cause sont-ils en relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante

ou possible avec l'événement assuré ? Justifiez votre évaluation.

Il s'agit d'une rupture intra-tendineuse qui fait suite à un effort inhabituel (est-il habituel !). La rupture n'est pas complète, il n'y a pas de passage de produit de contraste à travers le sous-épineux bien qu'il s'agit d'une lésion partielle qui pourrait être également dégénérative.

5. La personne présentait-elle des atteintes antérieures (de nature physique ou psychique) ? Si oui, lesquelles et comment peut-on les décrire ?

Il y a des signes d'atteinte dégénérative de la coiffe tendineuse du sus-épineux, arthrose débutante acromio-claviculaire qui peut faire penser également à une lésion dégénérative mais on ne peut pas exclure à 100% l'origine post-traumatique (effort du sous-épineux).
(...)

7. L'état de santé tel qu'il était avant l'accident (statu quo ante) pourra-t-il être rétabli avec une probabilité élevée ? Si oui, dans quel délai ? Justification ?

Impossible à dire sans voir le patient mais je pense qu'un traitement médical devrait permettre au patient de retrouver sa mobilité et son indolence.

8. L'évolution de l'état antérieur aurait-il conduit ou conduirait-il au même état en l'absence d'accident (statu quo sine) avec une probabilité élevée ? Si oui, dans quel délai ? Justification ?

Il existe évidemment un état dégénératif avant l'événement mais il paraît impossible de fixer le statu quo sine.

9. Selon le diagnostic, est-ce qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident selon la liste exhaustive de l'art. 9 al. 8 OLAA ?

Oui, il s'agit d'une lésion partielle d'un tendon.

10. Le traitement envisagé est-il approprié ? Si non, quels autres traitements pourraient être envisagés ?

Un traitement médical par physiothérapie et exercices réguliers à la maison devraient permettre de retrouver une bonne mobilité. Il faut toujours craindre avec ce type de lésion l'apparition d'une capsulite rétractile qui pourrait être liée à une immobilisation trop importante de l'épaule.

11. Y a-t-il lieu de procéder à des examens complémentaires ? Lesquels et par qui ?

Non, je ne pense pas qu'un traitement chirurgical améliore le pronostic."

Le 1^{er} février 2014, l'assuré a apporté des précisions supplémentaires quant aux circonstances de l'événement du 18 novembre 2013, exposant qu'il avait fait un faux mouvement, mais aucun geste inhabituel. Il a en outre indiqué ce qui suit :

"J'allais couper un aloyau de bœuf. Je l'ai mis sur la table mais il allait tomber et j'ai voulu le rattraper en allongeant mon bras vers le bas et c'est à ce moment-là que je me suis fait mal à l'épaule droite et donc fissuré le tendon."

L'assurance ayant interpellé un autre de ses médecins-conseils, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, celui-ci lui a adressé le 24 février 2014 un courrier ayant notamment la teneur suivante :

"Une lecture attentive des nombreux rapports médicaux mis à ma disposition m'apprend que depuis l'année 2002, D._____ est suivi par le Dr T._____, FMH en chirurgie orthopédique.

Dans le dossier médical de D._____ constitué par le Dr T._____, je relève :

- Une notion de traumatisme du membre supérieur en 1995, sous forme d'une fracture de la tête radiale du coude droit, traité par une ostéosynthèse en 1996.

Depuis lors, l'assuré se plaint de douleurs résiduelles au niveau du poignet droit, du coude droit et de l'épaule droite. Ces plaintes sont relevées à plusieurs reprises depuis 2002 et jusqu'au mois de mars 2012.

Au niveau du coude droit, la mobilité est légèrement diminuée.

- Au mois de décembre 2001, l'assuré se tord le genou droit, ce qui a provoqué une lésion du ménisque interne et une déchirure du ligament croisé antérieur.

Le 03.06.2002, le Dr T._____ pratique une régularisation du ménisque et une plastie du LCA (réd. : ligament croisé antérieur).

L'évolution de cette affection a été lente et difficile. Depuis lors, D._____ n'a jamais cessé de se plaindre de douleurs résiduelles. Les examens cliniques et les IRM ultérieurs n'ont montré qu'une discrète aggravation de l'état de genou droit, sous forme d'apparition de discrets phénomènes dégénératifs au niveau des cartilages.

- Par ailleurs, D._____ se plaint de douleurs cervicales, de douleurs lombaires, de douleurs au tendon d'Achille droit et de fourmillements dans la main droite.

Les examens cliniques, radiologiques et d'imageries montrent de très discrets troubles dégénératifs de ces régions.

Au vu des nombreuses plaintes et des accidents subis, D._____ a déposé une demande de rente auprès de l'AI et une demande de rente auprès de la SUVA.

Sur recours, le Tribunal cantonal des assurances a accordé à D._____ $\frac{1}{4}$ de rente pour ses différents problèmes.

- Au mois de juillet 2010, D._____ est hospitalisé au [...] pour une arthrite septique de l'épaule gauche, consécutive à une infiltration sous-acromiale. Pour traiter cette arthrite, on a procédé à deux reprises à des lavages arthroscopiques. Depuis lors, il existe une certaine limitation de la mobilité articulaire et des douleurs résiduelles.

D._____ travaille à 50% dans une entreprise de boucherie familiale. Son travail est adapté à ses handicaps.

Le 18.11.2013, au travail, D._____ fait un mouvement brusque avec son membre supérieur droit. Sur la déclaration accident datée du 24.01.2014, D._____ écrit : (...)

Le jour même, D._____ consulte le Dr T._____ qui effectue un ultrason de l'épaule et pose le diagnostic de déchirure du sus-épineux de l'épaule droite. Il met le patient à l'incapacité totale de travail.

Sur le compte rendu de son examen clinique, le Dr T._____ note que l'assuré a des douleurs lors de la mobilisation de l'épaule en rotation et qu'il n'arrive pas à lever le bras en abduction.

L'ultrason montre une déchirure qui paraît totale du tendon du sus-épineux.

Une arthro-IRM de l'épaule droite est effectuée le 10.12.2013. Le Dr K._____, radiologue, conclut à des signes de rupture de la moitié supérieure du tendon du sous-épineux, à une tendinose du sus-épineux, sans argument pour une déchirure. Petite lésion érosive de la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire. Trophicité musculaire préservée. Boursite sous-acromiale.

Dans son rapport daté du 19.11.2013, le Dr T._____ mentionne qu'il envisage une réparation tendineuse du sus-épineux. L'incapacité totale de travail est prolongée jusqu'à la fin du mois de janvier 2014.

Commentaires :

Nous sommes en présence d'un assuré âgé de 57 ans qui présente une multitude de problèmes orthopédiques. Ces problèmes sont parfaitement documentés depuis l'an 2002.

Le résultat des examens cliniques, le résultat des examens radiologiques et d'imagerie sont en discrépance avec les plaintes très invalidantes formulées par D._____.

L'événement du 18.11.2013 a constitué un mouvement normal pour l'assuré qui travaille en tant que boucher. Ce mouvement ne présente pas un caractère extraordinaire.

Selon la résonance magnétique effectuée le 10.12.2013, ce mouvement pourrait être responsable d'une déchirure partielle de la moitié supérieure du tendon du sous-épineux (réd. : corrigé à la main de sus-épineux).

Cela m'amène (réd. : à) formuler les remarques suivantes :

- Le tendon du sus-épineux commande le mouvement d'élévation et l'abduction du membre supérieur. Il est difficile de comprendre comment lors de l'examen du 18.11.2013, D. _____ n'ait pas pu effectuer du tout ce mouvement d'abduction, comme le signale le Dr T. _____. S'agit-il d'une réaction antalgique ?

Toutefois, ultérieurement, ce geste a pu être correctement effectué, ce qui signe une bonne fonction du tendon du sus-épineux.

- Le tendon du sous-épineux commande la rotation externe de l'épaule. Ce muscle travaille en association avec le tendon du sus-épineux pour la rotation externe du bras.

Au vu de cela, je peux affirmer que la rupture isolée du tendon du sous-épineux est extrêmement rare. On trouve la rupture isolée de ce tendon lors des ruptures myotendineuses qui sont généralement d'origine dégénérative.

Lors d'une consultation effectuée le 18.03.2004, le Dr T. _____ faisait référence à une résonance magnétique de l'épaule droite qui objectivait une tendinopathie d'insertion du sus-épineux, sans signe de rupture complète, et une légère ascension de la tête humérale.

Cette ascension de la tête humérale parle en faveur d'un état dégénératif de la coiffe des rotateurs, sous forme d'un amincissement de ses structures, voire d'une déchirure, ce qui provoque l'ascension de la tête humérale.

Agé de 56 ans au moment de l'événement du 18.11.2013, D. _____ se trouve dans une catégorie d'âge (réd. : où) les phénomènes dégénératifs sont très fréquents.

Conclusion :

L'événement survenu le 18.11.2013, n'est probablement pas responsable de la déchirure partielle du tendon du sous-épineux. Avec une grande probabilité, il s'agit d'une déchirure d'origine dégénérative qui a été "réveillée" lors de l'événement incriminé.

Partant de cela, j'estime qu'un an d'évolution depuis l'événement du 18.11.2013 sera un délai suffisant pour que l'effet délétère cesse.

Au vu de ce qui précède, je réponds de la manière suivante aux questions posées.

1.- A votre avis, les lésions constatées au niveau de l'épaule droite ont-ils une relation de causalité avec l'événement du 18.11.2013 de manière certaine (100%), vraisemblable (+ de 50%) ou possible (- de 50%) ?

Les lésions constatées au niveau de l'épaule droite ont un rapport de causalité possible (moins de 50%) avec la déchirure partielle du tendon du sous-épineux objectivées sur l'arthro-IRM du 10.12. (réd. :2013).

2.- Que pensez-vous de l'intervention chirurgicale proposée par le Dr T. _____ ? Celle-ci devrait-elle être à notre charge ?

Si on se base sur le résultat de l'arthro-IRM, en présence d'un tendon du sus-épineux qui ne présente pas de déchirure, j'estime qu'une intervention chirurgicale n'améliorera pas notablement l'état de cette épaule.

A mon avis, un traitement conservateur, voire une abstention de traitement, est la solution la plus adaptée.

3.- Existe-t-il chez a personne assurée des états préexistants ? Si ou, lesquels ?

La coiffe des rotateurs de l'épaule droite, présente un état dégénératif déjà objectivé en 2004. Cet état se présente sous forme d'une ascension de la tête humérale, de parties érosives de la partie supérieure du tendon du sus-scapulaire. De plus, l'assuré se trouve dans une catégorie d'âge qui prédispose à un état dégénératif de cette articulation.

Depuis le début de sa prise en charge par le Dr T. _____ en 2002, D. _____ a régulièrement formulé des plaintes douloureuses au niveau de l'épaule droite.

Il s'agit d'un état dégénératif préexistant. Il est probable que la déchirure partielle du tendon du sous-épineux soit également d'origine dégénérative.

4.- S'agit-il d'une aggravation passagère : si oui quant l'état de santé, tel qu'il était avant l'accident, a-t-il été à nouveau atteint (statu quo ante). A partir de quelle date l'état de santé de l'assuré est-il exclusivement lié à l'état antérieur (statu quo sine) ?

L'état préexistant se présente sous forme de plaintes douloureuses de l'épaule droite depuis 2002 et d'une ascension de la tête humérale, ce qui équivaut à des phénomènes dégénératifs en rapport avec l'amincissement, voire la déchirure, de la coiffe des rotateurs. La déchirure partielle du tendon du sous-épineux et la présence de quelques érosions au niveau du tendon du sous-scapulaire sont probablement d'origine dégénérative.

Une année d'évolution à partir de l'événement du 18.11.2013, me paraît être un délai raisonnable pour que le *statu quo sine/ante* soit retrouvé.

5.- Indépendamment de la question de la causalité, à combien de temps estimez-vous la durée de l'incapacité de travail ?

J'estime que D._____ peut reprendre normalement, dès maintenant, son travail de boucher à 50% dans l'activité adaptée et allégée qu'il exerçait avant l'événement du 18.11.2013.

6.- Une expertise serait-elle indiquée dans ce cas ?

En ce qui me concerne je n'estime pas qu'une expertise soit nécessaire.

Le dossier médical du Dr T._____ est bien détaillé et documenté. Les éléments qu'il contient me paraissent suffisants pour pouvoir répondre à vos questions.
(...)"

Par courrier du 3 mars 2014, l'assurance a informé l'assuré qu'elle mettait immédiatement fin à ses prestations de l'assurance-accident, ainsi qu'au versement d'indemnités journalières avec effet au 16 mars 2014. Renvoyant aux constatations du Dr Q._____, elle a soutenu que l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 18 novembre 2013 et les lésions constatées au niveau de son épaule droite n'était qu'une possibilité et que ces lésions étaient très probablement d'origine dégénérative. En outre, l'assuré avait selon elle recouvré le *statu quo sine* ou le *statu quo ante*. S'agissant des indemnités journalières, elle a indiqué que l'assuré était apte à reprendre son activité de boucher à 50%.

Le 7 mars 2014, le Dr T._____ a adressé au Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, un protocole d'examen faisant suite à une consultation du 6 mars 2014, avec la teneur qui suit :

"Je revois ce patient ce jour pour son épaule droite. La S._____ SA LAA lui a signifié par écrit qu'elle stoppait sa prise en charge considérant que l'évènement initial n'entraînait pas dans la définition juridique d'un accident et que d'autre part, les lésions constatées sur l'IRM (n'étant pas des déchirures complètes d'un ou des tendons de la coiffe) n'entraînaient pas non plus dans la rubrique **assimilée** à un accident. Le patient ne comprend pas bien cette attitude dans le sens qu'avant le 18.11.2013, son épaule fonctionnait normalement.

Certes, comme le décrit le Dr Q. _____ dans son rapport il y a, à de nombreuses reprises dans les documents médicaux, mention de douleurs dans la région rachidienne dorsale, cervicale avec aussi des algies multiples sur le membre supérieur droit. Rappelons que ce patient avait présenté initialement un trauma au travail du membre supérieur droit qui est documenté dans les actes de la SUVA et qui avait fait l'objet de séquelles anatomiques et d'une rente partielle. Toutefois, pour avoir examiné à de nombreuses reprises D. _____ et avoir fait des investigations à plusieurs reprises, je n'avais jamais constaté de disfonctions (sic) de l'épaule que l'on pouvait attribuer à la coiffe des rotateurs ou à l'articulation elle-même.

A L'EXAMEN DE CE JOUR : il persiste clairement une douleur au niveau de l'épaule droite évoquant très fortement un conflit sous-acromial avec une abduction active qui ne dépasse pas 80°. Passivement, on a une mobilité quasi complète. Il arrive à freiner la chute du bras. Bras au corps, il a une rotation tant interne que externe correcte même contre-résistance. En abduction il a une rotation interne fortement douloureuse. Il n'y pas de signe de laxité pathologique de cette épaule.

Ainsi donc, ce patient a maintenant un décours de pratiquement 4 mois avec son épaule droite qui reste douloureuse et qui, à mon avis, contrairement aux conclusions du Dr Q. _____ ne permet pas d'envisager une reprise du travail dans le métier exercé (désosseur et livreur dans une boucherie) chez un patient droitier. Comme je l'ai déjà mentionné dans mes divers rapports, je pense que chez ce patient, il n'y a pas tellement d'indications à faire une infiltration sous-acromiale car du côté gauche il avait fait une arthrite septique après un tel geste (au demeurant, il a heureusement récupéré une fonction correcte de l'épaule gauche après 2 lavages arthroscopiques et antibiothérapie prolongée).

Je pense que chez ce patient, il conviendrait de faire une arthroscopie d'épaule avec acromioplastie et élargissement du défilé + inspection des tendons. Si nécessaire, refixation du sus-épineux. L'atteinte du sous-scapulaire telle que décrite par le radiologue me paraît mineure et à mon avis ne nécessite pas de traitement particulier. Lors de l'arthroscopie le LCB (réd. : long chef du biceps) serait également inspecté.

Le patient va consulter sa défense juridique pour savoir s'il y a lieu de faire un recours ou non par rapport à la décision de la S. _____ SA.

Sur le plan médical, nous n'avons pas d'arguments péremptoires pour nous opposer à la décision de la S. _____ SA qui **relève essentiellement de l'aspect juridique de la définition de l'accident.**

Nous prévoyons d'opérer ce patient à l'Hôpital [...] dans le cadre de l'assurance-maladie.

Pour l'instant, nous maintenons (réd.: son) incapacité de travail de 100% dans le métier effectué qui sera en principe à charge de l'assurance incapacité de gain maladie. (...)"

Par lettre du 12 mars 2014, l'assuré - désormais assisté de CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA - a fait valoir son point de vue auprès de l'assurance, invitant cette dernière à poursuivre le versement des indemnités journalières et à prendre en charge les frais de traitement. Il a constaté que la survenance d'un accident au sens de la loi n'était pas contestée, en particulier le caractère extraordinaire de la cause extérieure à l'origine de l'accident. Selon lui, la déchirure partielle du sous-épineux qu'il avait subie constituait une lésion assimilée à un accident, que l'assureur-accidents devait prendre en charge tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'était pas manifeste.

Par lettres des 19 et 21 mars 2014, l'assurance puis l'assuré ont maintenu leurs positions respectives.

Le 26 mars 2014, l'assurance a interpellé le Dr T. _____ quant aux motifs justifiant l'opération prévue de l'épaule de l'assuré. Ce praticien a renvoyé le dossier au Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui lui a répondu le 14 avril 2014 dans les termes suivants :

"Suite à notre entretien, je te remercie de m'avoir adressé le patient susmentionné que j'ai vu à ma consultation le 11 avril 2014, avant son intervention chirurgicale le 30 avril 2014 que nous allons opérer ensemble.

(...)

Lors de l'examen clinique du 11 avril, l'épaule droite est sans déformation, sans atrophie musculaire. Amplitude articulaire épaule droite/gauche : élévation 100 actif, 140 passif /180 ; RE1 40/45 ; RI L3/D8. Test de Jobe positif ainsi que teste de Neer et Hawkins qui sont douloureux. Test de Yocum positif. Rotation externe contrariée douloureuse. Belly press test également douloureux. Teste de Gerber positif. Douleur diffuse à la palpation de l'épaule surtout au niveau de la capsule antérieure ainsi que postérieure. Pas de signe en faveur d'une capsulite rétractile post traumatique avec bonne mobilité passive néanmoins limitée par les douleurs.

Diagnostic retenu :

- **Status post entorse épaule droite. Suspicion d'une lésion antéro-supérieure de la coiffe (tendon du sus-épineux, tendon du sous-scapulaire). Tendinopathie du long chef du biceps.**

Après avoir examiné D._____, je retiens l'indication opératoire en raison de l'échec du traitement conservateur (arthroscopie épaule droite, réparation de la coiffe selon le bilan per opératoire). (...)"

Par lettre du 9 avril 2014, l'assurance a informé l'assuré qu'après réexamen de son dossier, elle reconnaissait l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, mais qu'elle estimait toujours qu'un délai d'une année à compter de l'événement du 18 novembre 2013 suffisait à recouvrer le *statu quo sine* ou le *statu quo ante*. Elle a également confirmé sa position quant au fait qu'une opération n'améliorerait pas notablement l'état de l'épaule de l'assuré, maintenant son refus de la prendre en charge.

Il ressort d'un avis de sortie du 30 avril 2014 que l'assuré a subi une opération à cette date et qu'il est sorti de l'hôpital le jour même.

Le 5 mai 2014, le Dr M._____ a établi un protocole opératoire faisant suite à l'opération pratiquée, exposant en particulier ce qui suit :

"(...) **Diagnostic**

Rupture sub-totale, partielle stade Ellmann III du côté bursal du sus-épineux, synovite, déchirure du long chef du biceps, conflit sous-acromial, arthrose acromio-calviculaire.

(...)

Arthroscopie par voie postérieure :

- Cartilage articulaire : intact.
- Tendon du sous-scapulaire : intact.
- Tendon du long chef du biceps : déchirure sub-totale, il reste quelques petits faisceaux attachés au niveau du bourrelet supérieur. Il y a une synovite ainsi que des lésions de poulie bicipitale.
- Tendon du sus-épineux : côté articulaire intact, versant bursal. Lésion sub-totale Ellmann III.
- Tendon du sous-épineux et petit rond : intacts.
- Espace sous-acromial : bursite, signe de conflit sous-acromial et effilochage au niveau de l'acromion antéro-latéral, avec un bec acromial.
- Articulation acromio-claviculaire : arthrose.

(...)"

Le 1^{er} mai 2014, le Dr T._____ a répondu à l'assurance, indiquant pour l'essentiel que le status opératoire faisant suite à

l'intervention du 30 avril 2014 avait confirmé l'atteinte de la coiffe qui avait été réparée.

Par courrier du 15 mai 2014, l'assurance a informé l'assuré qu'elle soumettrait les nouveaux éléments médicaux au Dr Q._____ et qu'elle réexaminerait le cas à réception des conclusions de ce dernier, mais qu'elle verserait les indemnités journalières pour la période courant jusqu'au 30 avril 2014.

Le 2 juin 2014, le Dr M._____ a transmis au Dr T._____ un rapport faisant suite à une consultation de contrôle du 30 mai 2014. Il a posé le diagnostic de "status post arthroscopie épaule droite, réparation coiffe (tendon du sus-épineux) par technique double rangée, ténotomie du long chef du biceps, décompression sous-acromiale, acromioplastie, résection acromio-calviculaire le 30.4.2014", indiquant que l'évolution était favorable.

A la demande de l'assurance, le Dr Q._____ s'est prononcé le 20 juin 2014 sur le rapport et le protocole opératoire établis par le Dr M._____ les 14 avril et 5 mai 2014, ainsi que sur la lettre de sortie du 30 avril 2014, selon ce qui suit :

"(...) Les conclusions contenues dans mon rapport d'expertise du 24.02.2014 restent valables.

L'examen du 10.12.2013 conclut à une rupture partielle du tendon du sous-épineux, à une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure, et à une tendinopathie du sous-scapulaire.

Le terme de tendinopathie sous-entend qu'il y a un processus dégénératif.

1.- Diagnostic exact ?

Selon le rapport opératoire du Dr M._____, daté du 30.04.2014, il s'agit d'un status après une suture du tendon du sus-épineux, une décompression sous-acromiale par acromioplastie et une résection de la clavicule distale de l'épaule droite.

2.- A votre avis, l'intervention du 30.04.2014 au niveau de l'épaule droite est-elle en relation de causalité - certaine (100%, vraisemblable (+ de 50%) ou possible (- de 50%) - avec l'événement du 18.11.2013 ?

Le rapport de causalité, entre les lésions décrites dans le protocole opératoire du Dr M. _____ et l'événement du 18.11.2013, n'est ni certain, ni vraisemblable.

La lésion du tendon du sus-épineux est dorsale, donc superficielle. Que cette lésion soit classée de stade Ellmann III (cette classification intéresse l'épaisseur tendineuse, le stade III correspond à une atteinte de plus de 50%, soit une atteinte de plus de 6 mm de l'épaisseur du tendon) ne modifie pas le fait qu'il s'agit, avec une très grande probabilité, d'une lésion en relation avec des causes intrinsèques.

Comme cause intrinsèque on trouve : une tendinopathie dégénérative en rapport avec des phénomènes dégénératifs de la coiffe des rotateurs liés à l'âge du patient, un impingement, ou un conflit sous-acromial, qui favorise les lésions superficielles ou sous-acromiales du tendon du sus-épineux.

L'intervention effectuée le 30.04.2014 est le traitement d'un état maladif et dégénératif. La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18.11.2013.

L'état de l'épaule droite de D. _____ est un état qui se rencontre fréquemment chez les patients à partir de la cinquantaine.

3.- La guérison de l'épaule droite est-elle influencée par des facteurs étrangers ?

- a) Lesquels, de quelle façon et dans quelle mesure ? S'agit-il d'une aggravation passagère et quand le statu quo ante a-t-il à nouveau été atteint ?**
- b) A partir de quelle date l'état de santé de l'assuré est-il exclusivement lié à l'état antérieur (statu quo sine) ?**

4.- L'intervention ayant eu lieu, l'incapacité de travail est donc maintenant justifiée (indépendamment qu'il s'agisse des suites de l'accident ou de la maladie). Cependant, selon nos informations D. _____ va prochainement être licencié de son activité adaptée auprès de la boucherie [...]. Suite à l'opération du 30.4.2014, à combien de temps estimez-vous la durée de l'incapacité de travail sur l'ensemble du marché du travail ?

Dans une activité adaptée, alléguée (sans effort, ni port de charges, ni travaux au-dessus du plan horizontal, une incapacité totale de travail se justifierait durant les trois mois qui suivent l'intervention du 30.04.2014. Par la suite, l'assuré devrait être apte à reprendre une activité à 50% durant un mois avant de retrouver sa pleine capacité de travail.

Dans une activité qui nécessite des efforts, la durée de l'incapacité totale de travail pourrait atteindre six mois après l'intervention du 30.04.2014.

Entre-temps, je reçois le rapport du Dr M. _____ établi le 02.06.2014 qui se dit content de l'évolution.

Le rapport du Dr T. _____ daté du 7.3.2014 ne change pas mon appréciation exprimée dans mon rapport du 24.02.2014 et du 20.6.2014.
(...)"

Interpellé par l'assurance quant à la date à partir de laquelle l'état de l'assuré pouvait être considéré comme étant exclusivement dégénératif (*statu quo sine*), le Dr Q. _____ a précisé, par courriel du 9 juillet 2014, que l'intervention chirurgicale du 30 avril 2014, dès lors qu'elle portait sur un état maladif, avait pour effet de fixer cette date à la veille de l'opération et que la prise en charge devait s'arrêter le 29 avril 2014.

Par courrier du 10 juillet 2014 l'assurance, faisant siennes les conclusions du Dr Q. _____, a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 29 avril 2014 et qu'en ce qui concernait la perte de gain maladie, elle décompterait les indemnités journalières dès le 1^{er} mai 2014.

Répondant le 14 juillet 2014, l'assuré a maintenu sa précédente position, savoir qu'il avait été victime d'une lésion assimilée à un accident dont la prise en charge ne pouvait être refusée que pour autant que son caractère désormais exclusivement maladif ou manifeste soit exclu, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il a relevé que le Dr Q. _____ n'avait pas exclu l'origine accidentelle de la lésion dans son rapport complémentaire du 20 juin 2014 et que sa précision du 9 juillet 2014, qui ne contredisait pas ce rapport, n'était pas pertinente.

Interpellé une nouvelle fois quant à l'origine exclusivement dégénérative de la lésion, le Dr Q. _____ a apporté la précision suivante dans un rapport du 15 août 2014 :

"(...) Par la présente, je vous confirme que l'état de l'épaule droite de D. _____ est manifestement imputable aux phénomènes dégénératifs.

Le statu quo sine doit être fixé la veille de l'opération effectuée le 30.04.2014, soit le 29.04.2014. Cette date est fixée de manière arbitraire compte tenu de l'intervention effectuée le 30.04.2014.
(...)

L'état de l'épaule droite de D. _____ a une origine dégénérative.
(...)"

Le 21 août 2014, l'assurance a rendu une décision ayant notamment la teneur suivante :

"(...) Comme nous vous l'avons communiqué dans notre courrier du 09.04.2014, nous reconnaissons dans ce cas l'existence d'une lésion corporelle assimilée selon l'art. 9.2 OLAA.
(...)

Après examen des derniers éléments médicaux reçus, le Dr Q. _____ maintient ses conclusions du 24.02.2014. Sans opération, une année d'évolution à partir de l'événement du 18.11.2013 pouvait être considéré comme un délai raisonnable pour considérer que le statu quo sine/ante soit considéré comme retrouvé. Cependant, le rapport de causalité entre les lésions décrites dans le protocole opératoire du Dr M. _____ et l'événement du 18.11.2013 n'est ni certain ni même vraisemblable. **L'intervention effectuée le 30.04.2014 est le traitement d'un état maladif et dégénératif.** La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18.11.2013. Les lésions décrites sur l'IRM et sur le protocole opératoire sont exclusivement d'origine dégénérative.

Au vu de ce qui précède, nous mettons fin à nos prestations au 29.04.2014, soit la veille de l'intervention, car l'affection de l'épaule droite relève dès lors exclusivement d'une pathologie malade.

Les frais de traitement dès le 30.04.2014 sont donc à la charge de la caisse-maladie, à laquelle nous adressons une copie de la présente.

En ce qui concerne la perte de gain maladie, les indemnités journalières dès le 01.05.2014 sont versées par le biais du contrat maladie collective de l'employeur de D. _____.
(...)"

Le 26 août 2014, l'assuré a relevé que la décision du 21 août 2014 était en contradiction avec les rapports du Dr Q. _____ des 24 février et 20 juin 2014, dans lesquels ce praticien a constaté que l'origine de la lésion du sous-épineux était possiblement accidentelle. Contestant la valeur probante des rapports rendus par le Dr Q. _____, l'assuré a exigé la mise en œuvre d'une expertise indépendante par un autre expert, renvoyant pour le surplus à son courrier du 14 juillet 2014.

Par décision sur opposition du 14 octobre 2014, l'assurance a rejeté les arguments de l'assuré, pour les motifs suivants :

**"(...) EN DROIT
(...) 2. SUR LE FOND**

(...) S'agissant des lésions de l'épaule droite, elles sont dégénératives et antérieures à l'accident selon le Dr Q. _____ médecin-conseil de la S. _____ SA. Une IRM du 18 mars 2004 de l'épaule droite objectivait à cette époque déjà l'existence d'une tendinopathie d'insertion du sus-épineux sans signe de rupture complète ainsi qu'une légère ascension de la tête humérale. Pour le Dr Q. _____, cette ascension de la tête humérale parle en faveur d'un état dégénératif de la coiffe des rotateurs, sous forme d'un amincissement de ses structures, voire d'une déchirure, ce qui provoque l'ascension de la tête humérale. Il s'agit donc avec une grande probabilité d'une déchirure dégénérative « réveillée » lors de l'événement du 19 novembre 2013. L'âge de l'assuré, 56 ans lors de l'accident, conforterait par ailleurs cette hypothèse car il s'agit d'une catégorie d'âge propice aux phénomènes dégénératifs.

Selon le Dr Q. _____ la lésion du tendon du sus-épineux est dorsale donc superficielle. Selon une très grande probabilité, cette lésion est en relation avec des causes intrinsèques comme la tendinopathie dégénérative liée à l'âge de l'assuré et le conflit sous acromial objectivés lors de l'opération du 30 avril 2014.

Contrairement à ce qu'indiquait l'IRM du 10 décembre 2013, il s'avère en revanche que le tendon du sous épineux est intact (protocole opératoire du 30 avril 2014). Il existe donc une totale discrédence entre les informations contenues sur le rapport opératoire par le Dr M. _____ le 30 avril 2014 et les résultats de l'IRM du 10 décembre 2014 (recte : 2013) ce qui n'est pas un élément qui tend à accréditer la thèse de l'assuré.

Comme il n'est pas exclu que cette déchirure du tendon du sus-épineux ait été « réveillée » par le faux mouvement du 18 novembre 2013, la S. _____ SA a pris en charge le cas malgré la nature dégénérative de la lésion. Toutefois, l'intervention effectuée le 20 avril 2014 est le traitement d'un état maladif dégénératif. La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18 novembre 2013. Selon le Dr Q. _____ la S. _____ SA n'a pas à prendre en charge cette opération et ses suites.

Les différents rapports du Dr Q. _____ sont extrêmement bien motivés et émanent d'un spécialiste en chirurgie orthopédique.
(...)

En l'espèce, le Dr Q. _____ a examiné le dossier médical complet de l'assuré, y compris son dossier d'imageries médicales. Le rapport opératoire du 30 avril 2014 lui a également été soumis. La S. _____ SA l'a enfin invité à se prononcer une fois encore après avoir pris connaissance des arguments de l'assuré représenté par la

CAP Protection juridique. A la lumière de tous ces éléments, le Dr Q._____ décida cependant de maintenir ses conclusions, à savoir que la lésion tendineuse de l'épaule droite de l'assuré relevait de la maladie et non de l'accident.
(...)

La S._____SA souligne que les avis médicaux établis par le Dr Q._____ ont abouti à des résultats convaincants et sérieusement motivés. Les avis de ce praticien ne contiennent pas de contre-indication et aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de son appréciation.
(...)

Sur le vu de ces renseignements médicaux, des résultats révélés par l'opération du 30 avril 2014, on ne saurait admettre, comme le soutient D._____, qu'il existe un lien de causalité naturelle entre la lésion tendineuse de l'épaule droite et l'accident du 18 novembre 2013. Dès lors, en conclusion, force est de constater que l'existence du lien de causalité requis pour que la S._____SA doive prendre en charge les suites de l'opération subie le 30 avril 2014 n'est pas démontrée.
(...)"

C. Par acte du 4 novembre 2014, D._____ a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que le versement des prestations de l'assurance-accidents - savoir les frais de traitement et les indemnités journalières - est poursuivi, subsidiairement au renvoi de la cause à l'assurance pour qu'elle fasse droit à ces prestations d'assurances, le tout sous suite de dépens. Contestant la valeur probante des rapports du Dr Q._____, il a exposé avoir subi une lésion assimilable à un accident - ce que l'assurance ne contesterait pas -, sans qu'il soit démontré que celle-ci serait exclusivement imputable à une maladie. Il a produit un bordereau de dix-neuf pièces, en particulier deux décomptes du 30 avril 2014 recensant les indemnités journalières qui lui avaient été versées au titre de l'assurance-accidents respectivement d'une police d'assurance-maladie collective.

Répondant le 14 janvier 2015, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a soutenu que l'événement du 18 novembre 2013 ne constituait pas un accident, contestant en particulier que l'atteinte subie par le recourant ait eu une cause extérieure extraordinaire. Dans un second moyen, elle a remis en cause l'existence d'une éventuelle déchirure du tendon du sus-épineux du recourant, soutenant au surplus que l'origine d'une telle lésion serait dans tous les

cas purement dégénérative. Selon elle, aucune lésion du tendon du sous-épineux ne serait par ailleurs établie. Elle a finalement contesté l'existence d'une incapacité de travail postérieure au 16 avril 2014, invoquant qu'elle n'avait pas à assumer l'incapacité de travail faisant suite à l'opération du 30 avril 2014.

Le recourant puis l'intimée se sont déterminés les 28 janvier et 20 février 2015, chacun maintenant intégralement sa position, l'intimée précisant en outre que l'assurance-accidents n'était tenue de prendre en charge une lésion assimilable à un accident que pour autant que les conditions de la causalité soient remplies.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; 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) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours, qui remplit les conditions légales de forme, déposé le 4 novembre 2014 soit moins de trente jours après le prononcé de la décision sur opposition litigieuse du 14 octobre 2014, est recevable.

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 18 novembre 2013 au titre de l'assurance-accidents.

3. a) 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. 6 LPGGA).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 4). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1; TF 8C_579/2014 précité consid. 4). Est ainsi déterminant le fait que l'atteinte sur le corps humain sorte du cadre environnant normal. De seuls effets inhabituels ne fondent pas le caractère extraordinaire (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 *in fine*; TF 8C_231/2014 du 27 août 2014 consid. 2.3). Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et réf. cit.; TF 8C_579/2014 précité consid. 4).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_579/2014 précité consid. 4). On relèvera plus particulièrement que dans l'activité d'un employé de boucherie, l'extraction d'une caisse de vingt-cinq kilos d'un rayon, même si celle-ci est d'abord coincée et ne se libère que par secousses, doit être considérée comme un geste quotidien, le mouvement réflexe effectué dans ce cadre - savoir un recul de quelques pas - ne pouvant pas être décrit comme extraordinaire (TF 8C_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2). En revanche, dans une activité incluant le port régulier de gaufriers de vingt-cinq kilos, le geste de rattraper un tel objet alors qu'il tombe d'une table d'environ huitante centimètres de hauteur peut constituer un mouvement non coordonné, compte tenu de la soudaineté, de la position de l'intéressé et surtout du poids du gaufrier (TF 8C_579/2014 précité consid. 6.3).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2 et réf. cit.; TF U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3).

b) 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 (art. 6 al. 1 LAA). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre

d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

c) L'art. 6 al. 2 LAA permet par ailleurs au Conseil fédéral d'étendre l'assurance aux lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident, ce qu'il a fait avec les dispositions de la OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202). Ainsi, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont font partie les déchirures de tendons (let. f), 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 139 V 327 consid. 3.1).

Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (pour le tout cf. TF 8C_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 et les arrêts cités). À défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

4. Il convient en l'occurrence de déterminer si l'événement du 18 novembre 2013, tel que l'assuré l'a décrit, découle d'un facteur extérieur. Il existe diverses versions quant au déroulement de cet événement.

a) Il ressort ainsi du protocole établi par le Dr T. _____ à la suite de ses consultations des 18 et 19 novembre 2013, que le recourant aurait été déséquilibré alors qu'il portait un aloyau de bœuf d'environ vingt kilos, cette pièce ayant atterri dans la région de l'épaule droite et ayant probablement nécessité un effort brusque du recourant pour la rattraper. Dans la déclaration d'accident du 20 novembre 2013,

l'employeur de l'assuré a de son côté exposé que ce dernier aurait fait un faux mouvement en soulevant la pièce de viande. L'assuré a enfin indiqué, dans sa déclaration complémentaire du 1^{er} février 2014, qu'il avait posé l'aloyau sur une table et avait tenté de le rattraper en allongeant le bras vers le bas alors qu'il allait tomber. Il a indiqué avoir effectué un faux mouvement, mais aucun geste inhabituel.

b) Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA).

Face aux déclarations contradictoires d'une partie, il faut en général accorder la préférence aux premières déclarations, faites alors que l'assuré en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; ATF 115 V 143 consid. 8c).

c) En l'espèce, il ressort des déclarations écrites concordantes du Dr T. _____ et de l'employeur du recourant – dont il faut admettre qu'elles rapportent les premiers propos de l'intéressé – que ce dernier a ressenti une douleur alors qu'il portait la pièce de viande respectivement qu'il la soulevait. Un tel geste est toutefois usuel dans le secteur de la boucherie, y compris s'il entraîne un déséquilibre et nécessite un effort de l'intéressé pour se stabiliser (cf. *supra* consid. 3/a).

Même d'ailleurs à retenir la version exposée par le recourant dans sa déclaration du 1^{er} février 2014, il est douteux que le geste du recourant constitue un accident. En effet, contrairement à la situation présentée dans l'arrêt 8C_579/2014 précité, l'intéressé n'a pas déclaré s'être penché à une hauteur inhabituelle (soit à huitante centimètre du sol), mais seulement d'avoir tendu le bras vers le bas pour empêcher l'aloyau de tomber d'une table. Ce simple geste ne représente toutefois pas un mouvement non coordonné, le recourant ayant d'ailleurs admis n'avoir accompli aucun geste inhabituel.

d) L'événement du 18 novembre 2013 ne revêt dès lors pas un caractère accidentel, faute de caractère extérieur.

Dans ces conditions, c'est en vain que le recourant invoque une lésion assimilée aux conséquences d'un accident, faute d'événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé. Il n'est pas non plus utile d'examiner la question de la causalité, en particulier du recouvrement éventuel du *statu quo ante vel sine*.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée du 14 octobre 2014 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 14 octobre 2014 par S._____SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance Protection Juridique SA (pour D. _____),
- Me Séverine Berger (pour S. _____ SA),
- 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).

Le greffier :