

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne

et

T._____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate
à Lausanne

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

E n f a i t :

A. Dès le 1^{er} juin 1995, D. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, de nationalité italienne, a travaillé en tant qu'électronicien à 100% auprès de la société [...]. Cette dernière avait signé un contrat auprès de T. _____ SA (ci-après : l'assurance), prévoyant la couverture du risque d'accidents pour ses employés. L'assuré avait au surplus souscrit une police auprès de l'assurance dans le cadre d'un contrat d'assurance-maladie collective.

Dans le courant du mois de janvier 2014 (date illisible), l'employeur de l'assuré a transmis à l'assurance une déclaration d'accident, dans laquelle l'intéressé a indiqué que le 20 décembre 2013, il avait glissé sur une plaque de glace se trouvant sur un petit chemin en descente et qu'il s'était blessé au coude et à l'épaule.

La Dresse F. _____ a donné les premiers soins à l'assuré le 26 décembre 2012, faisant les constatations suivantes (cf. rapport LAA du 9 février 2014) :

"(...) **4. Constatations**

Epaule D: petit hématome face ant. HCS proximal humérus et tête humérale
limitation extension et abduction

coude D: douleurs palpation décubitus et limitation mobilisation

Constatations radiologiques: pas de fracture et le Rx de l'épaule d.

5. Diagnostic provisoire

- contusion épaule et coude d
~~- suspicion rupture sus-épineux et infra-épineux et capsule de rétraction~~

(...)"

Dans un rapport du 17 janvier 2014 faisant suite à une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée la veille, le Dr O. _____, spécialiste en radiologie, a exposé ce qui suit :

"(...) Description :

L'étude des structures osseuses démontre l'absence d'œdème osseux pathologique. A noter un aspect remanié du trochiter. L'étude des tendons de la coiffe des rotateurs démontre une rupture complète transfixiante du tendon supra-épineux, le moignon tendineux se situant à hauteur de l'interligne scapulo-huméral. L'examen démontre également une rupture subtotale transfixiante du tendon infra-épineux, en effet, seules quelques fibres postérieures sont encore individualisées. L'étude du tendon sous-scapulaire démontre également des signes de rupture partielle transfixiante des fibres profondes et supérieures du tendon, sans luxation du tendon du long chef du biceps qui est en place dans sa gouttière et qui apparaît continu. La trophicité musculaire démontre des signes d'amyotrophie modérée à sévère du muscle supra-épineux associée à une involution grasseuse des fibres musculaires de stade II à III. On note également une amyotrophie qui reste modérée du muscle infra-épineux et sous-scapulaire. Le labrum apparaît discrètement remanié dans la partie supérieure et antérieure, sans toutefois mettre en évidence d'image de déchirure labrale. Pas de lésion ostéo-cartilagineuse significative au niveau de l'articulation scapulo-humérale. Sévère remaniement dégénératif par contre de l'articulation acromio-claviculaire.

Conclusion :

Rupture complète du tendon supra-épineux et subtotale du tendon infra-épineux. Rupture partielle du tendon sous-scapulaire sans signe de luxation du tendon du long chef du biceps. Sévère lésion d'arthrose acromio-claviculaire.
(...)"

Le 11 mars 2014, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une réinsertion d'une rupture complète des sus et sous-épineux, une tenodèse du LCB (réd. : long chef du biceps) et une acromioplastie de l'épaule droite.

Par courrier à l'employeur de l'assuré du 21 mars 2014, l'assurance a déclaré qu'elle lui verserait des indemnités journalières pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2013 par 2'146 fr. 95 (assurance-accidents de base) respectivement 1'013 fr. 95 (assurance-accidents complémentaire).

L'assurance a soumis le cas - imageries médicales comprises - à son médecin-conseil, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu une

appréciation médicale sur dossier le 22 avril 2014 avec la teneur suivante :

"(...) **III. APPRECIATION DU CAS**

Les ruptures de la coiffe des rotateurs posent des problèmes asséculo-logiques fréquents et difficiles, surtout chez les patients ayant dépassé la cinquantaine (ce qui est le cas ici).

La question qui se pose toujours après un accident, est de savoir si celui-ci a "causé" les lésions ou s'il n'a fait que "révéler" l'existence d'un état antérieur.

Pour répondre à cette question, on dispose de deux critères d'imagerie essentiels :

1. La "qualité" de la musculature : Dans les lésions fraîches, le muscle est de bonne qualité. Il ne présente pas ou que peu d'atrophie et aucune dégénérescence graisseuse. Au contraire, dans les ruptures anciennes (six mois et plus), il existe une atrophie musculaire et après de longs mois et années, il se produit aussi une involution graisseuse du muscle.
2. Le degré de rétractation du tendon : Dans les lésions récentes, cette rétraction tendineuse est peu prononcée. Mais plus le temps passe, plus le (ou les) tendon(s) se retire(nt), loin de leur lieu d'insertion.

Qu'en est-il chez D. _____ ?

- Le radiologue décrit des signes d'amyotrophie sévère du muscle sus-épineux et une involution graisseuse de stade II-III. Il décrit aussi une amyotrophie "modérée" des muscles sous-épineux et sous-scapulaire.
- Le moignon du tendon sus-épineux est fortement rétracté à l'interligne scapulo-huméral, ce que confirme l'opérateur, qui décrit avoir trouvé une "quasi tête chauve".

On a donc tous les signes d'une **rupture ancienne** de la coiffe des rotateurs, "révélée" par l'accident du 20.12.2013.

Peu importe, en médecine asséculo-logique, que la pathologie ait été symptomatique ou non, avant l'accident. H. Fredenhagen dans son ouvrage "Das ärztliche Gutachten", précise bien en traitant de ce sujet "*Somit hat des Unfall einen krankhaft vorgeschädigten Organismus betroffen; ob der Vorzustand stumm onder manifest war, ohne grosse Bedeutung*".

III. (sic) REPONSES AUX QUESTIONS

1. *A votre avis, les troubles constatés à l'arthro-IRM et l'intervention du 11.03.2014 ont-ils une relation de causalité avec l'événement du 20.12.2013 :*

- a. certaine (100 %)
- b. vraisemblable (plus de 50 %)
- c. possible (moins de 50 %)

Pour les raisons développées ci-dessus, la relation entre les lésions décrites ci-dessus à l'arthro-IRM et l'accident du 20.12.2013, est tout au plus possible.

Cependant, on doit admettre que l'accident a "**traumatisé**" ces lésions préexistantes, pendant une certaine période (voir réponse à la question 3).

2. *Existe chez la personne assurée des états préexistants ? Si oui, lesquels ?*

Oui.

On a chez D. _____, tous les signes d'une rupture invétérée (ancienne) de la coiffe des rotateurs, pour les raisons expliquées ci-dessus.

3. *La réponse à cette question est nécessaire seulement s'il existe un état préexistant, selon la question 2 et si la causalité a été jugée par vos soins au degré de vraisemblance prépondérante :*

- *S'agit-il d'une aggravation passagère ? Si oui, quand l'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il à nouveau été 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) ? A votre avis.*

On peut admettre que l'accident a entraîné une aggravation de l'état antérieur d'une durée d'une dizaine de semaines, soit jusqu'à la date de l'intervention.

A partir de cette date, le **statu quo sine** est retrouvé et seul l'état antérieur est à prendre en considération, c'est-à-dire que cet état antérieur est responsable de la clinique et de l'incapacité de travail.

4. *A votre avis, combien de temps l'incapacité de travail est-elle justifiée compte tenu de l'activité professionnelle de D. _____ ?*

Il est difficile de répondre à cette question, mais on peut faire plusieurs remarques :

- L'affection semble intéresser le côté dominant et l'intervention est récente (moins de six semaines). Une incapacité de travail de quatre à six mois est justifiée, à mon avis, en tous cas pour les travaux de manutention.
- Le pronostic de ces réfections de rupture ancienne de la coiffe des rotateurs est réservé. Les tendons et les muscles ne sont pas de bonne qualité, et les re-ruptures ne sont pas rares, dans le décours post-opératoire. En

outre, il existe ici, une sévère arthrose acromio-claviculaire, ce qui aggrave le pronostic.

5. *Remarques de votre part ?*

Dans mon expérience et surtout dans les cas, où l'affection était asymptomatique avant l'accident, il est très difficile de faire admettre à l'assuré, le point de vue développé ci-dessus.
(...)"

Par courrier du 19 mai 2014, l'assurance a avisé l'assuré qu'à compter du 11 mars 2014, elle estimait que seul l'état antérieur (réd. : à l'accident du 20 décembre 2013) était à prendre en considération, tant pour la clinique que pour l'incapacité de travail, et lui a donné la possibilité de faire valoir son point de vue et ses objections.

Répondant le 28 mai 2014 aux questions de l'assurance, le Dr G. _____ a pour l'essentiel relevé que l'IRM du 16 janvier 2014 avait confirmé une large rupture des sus et sous-épineux opérée le 11 mars 2014.

Par lettre du 3 juin 2014, l'assuré - désormais assisté de son conseil - a contesté la prise de position de l'assurance du 19 mai 2014. Par courrier du 12 juin 2014, il a précisé être encore en incapacité de travail à 75% en raison des suites de la lésion à l'épaule droite subie le 20 décembre 2013.

Dans un courrier du 19 juin 2014 au conseil de l'assuré, le Dr G. _____ a précisé ce qui suit :

"(...) Ce patient présente effectivement des séquelles d'un traumatisme direct de son épaule droite, l'accident incriminé du 20.12.2013 est parfaitement susceptible d'avoir provoqué les dégâts constatés.

Cet accident a entraîné une forte diminution de la mobilité de son épaule droite accompagnée de douleurs justifiant finalement une intervention chirurgicale. Celle-ci a été réalisée le 11.03.2014, il a été question de procéder à la réinsertion d'une large rupture de la coiffe des rotateurs de cette épaule droite.

A la suite de quoi, le patient a été immobilisé durant 6 semaines sur une attelle tout en bénéficiant de psychothérapie douce.

Lors du dernier contrôle du 12.05.2014, l'évolution était favorable avec récupération encore incomplète de la mobilité qui, pour l'instant, ne dépassait pas la ligne des épaules. Comme prévu, l'évolution sera longue, entraînant une incapacité de travail d'environ 4 mois postopératoires et justifiant un long traitement de physiothérapie.

Toutefois, ceci ne devrait pas l'empêcher de reprendre une activité légère soit à raison de 25% dès le 12.05.2014.

En ce qui concerne les lésions révélées par l'IRM du 06.01.2014, ainsi que je l'avais exprimé précédemment, elles sont parfaitement compatibles avec l'accident incriminé. On ne trouve que rarement des lésions dégénératives chez un patient de cette classe d'âge, environ 12% d'après de récents travaux. Dans ce cas, les signes radiologiques évoquent nettement des lésions dégénératives, ce qui n'est pas le cas de D._____.
(...)"

Par courrier du 30 juin 2014, l'assuré s'est prévalu de l'avis du Dr G._____ - qu'il a produit à cette occasion -, alléguant que ce dernier jouissait d'une voix scientifique autorisée.

Interpellé à ce sujet par l'assurance, le Dr K._____ a rendu un nouvel avis le 10 juillet 2014. Il s'y est référé à ses précédents arguments quant au fait que l'assuré présentait une lésion "ancienne", relevant au surplus que le Dr G._____ n'avait pas étayé son affirmation selon laquelle les lésions révélées par l'IRM du 16 janvier 2014 étaient "compatibles avec l'accident incriminé" et que son appréciation relative à l'absence de lésions dégénératives était contredite par les constatations du radiologue faisant état d'une sévère lésion d'arthrose acromio-claviculaire. Le Dr K._____ a dès lors maintenu son précédent avis du 22 avril 2014.

Par décision du 22 juillet 2014, rendue "à défaut d'éléments nouveaux justifiant un réexamen du cas", l'assurance a indiqué que le *statu quo sine* avait été retrouvé dès le 11 mars 2014 et que dès cette date, seul l'état antérieur était à prendre en considération, tant pour la clinique que pour l'incapacité de travail. Elle s'est fondée sur les motifs suivants :

"(...) Afin de clarifier la situation, nous vous (sic) avons soumis le dossier au Dr K._____. Celui-ci constate que l'IRM du 16.01.2014 révèle tous les signes d'une rupture ancienne de la coiffe des rotateurs. Le radiologue mentionne en effet une sévère lésion d'arthrose acromio-claviculaire. Ces lésions dégénératives préexistantes ont été révélées par l'accident du 20.12.2013. Dans son rapport du 19.06.2014, le Dr G._____ déclare que les lésions révélées par l'IRM du 16.01.2014 sont « compatibles avec l'accident incriminé ». Cependant, cette affirmation n'étant étayée d'aucun argument, le Dr K._____ confirme son avis du 22.04.2014.

Dès lors, le lien de causalité entre l'événement du 20.12.2013 et les lésions constatées à l'IRM n'est tout au plus que possible. Cependant, on doit admettre que l'accident a « traumatisé » ces lésions préexistantes pendant une certaine période et donc entraîné une aggravation de l'état antérieur d'une dizaine de semaines, soit jusqu'à la date de l'intervention."

L'assuré s'est opposé à cette décision le 23 juillet 2014, concluant à la poursuite de la prise en charge, au titre de l'assurance-accidents, des suites de l'événement du 20 décembre 2013. Se prévalant de l'arrêt TF 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 (réd. : entre-temps publié sous réf. ATF 135 V 469), il a soutenu que sa situation imposait à l'assurance de procéder à une expertise. Le 28 août 2014, l'assuré a complété sa motivation, renvoyant à une nouvelle prise de position du Dr G._____ du 27 août 2014, qui a la teneur suivante :

"(...) Les conclusions du Dr K._____ ne manquent pas de surprendre mais elles sont bien dans la ligne des assureurs LAA qui tentent de nier la nature traumatique des lésions qu'ils sont censés prendre en charge. En ce qui concerne les circonstances mêmes de l'accident, on est en droit de considérer que la chute sur le verglas du 20.12.2013 est parfaitement adéquate pour entraîner une lésion de la coiffe des rotateurs. De plus, s'agissant d'un patient monteur de réseaux, il serait curieux de soutenir que ce patient ait pu jusque-là travailler sans aucune difficulté alors qu'il était déjà porteur d'une lésion de sa coiffe des rotateurs. Cela peut parfois être le cas chez quelqu'un ayant une activité très sédentaire, ce n'est certainement pas la situation de ce patient.

Sur le plan strictement médical, l'argumentaire du Dr K._____ n'est pas davantage convaincant. En effet, il se réfère pour l'essentiel, voire uniquement, à une arthrose acromio-claviculaire préexistante. Cette constatation est fréquemment évoquée dans des circonstances semblables mais elles ne résistent pas à l'analyse. En effet, une arthrose acromio-claviculaire est mise en évidence de façon parfaitement physiologique, chez 65% des patients parfaitement asymptomatiques et ne souffrant d'aucune pathologie de la coiffe (réd. : réf. cit.).

D'autre part, si l'on a longtemps prétendu que les patients de plus de 50 ans présentaient fréquemment des lésions dégénératives et asymptomatiques de la coiffe des rotateurs, des études récentes réfutent catégoriquement cette affirmation. En particulier une étude montre que chez les 85 patients asymptomatiques de plus de 65 ans, une lésion de la coiffe des rotateurs n'est retrouvée que dans 10,9% (réd. : réf. cit.).

Alors qu'une autre étude montre une prévalence de lésion transfixiante de la coiffe dans uniquement 5,7% dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans (réd. : réf. cit.).

On pourrait multiplier les travaux récents qui contredisent l'affirmation du Dr K. _____, par ailleurs, un groupe d'étude auquel j'appartiens est en train d'en faire le recensement afin de clarifier la situation et si possible limiter les litiges liés à cette pathologie.

Finalement, il est tout de même curieux que par gain de paix l'assureur reconnaisse la causalité jusqu'à l'intervention chirurgicale mais pas au-delà, ce qui n'est bien sûr pas acceptable.
(...)"

Par décision sur opposition du 23 octobre 2014 notifiée le 27 octobre 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré (dispositif, chiffre 1) et maintenu que son obligation de verser des prestations d'assurance-accidents avait pris fin le 11 mars 2014 (chiffre 2). Elle s'est fondée sur les motifs suivants :

"(...) Discussion

Selon le Dr K. _____ qui a examiné le dossier médical de l'assuré mais aussi son dossier radiologique, les lésions révélées par l'arthro-IRM du 16 janvier 2014 sont des lésions dégénératives probablement liées à l'âge de l'assuré.

Ce médecin explique clairement pourquoi il considère que l'accident du 20 décembre 2013 n'a fait que « révéler » une lésion préexistante et que le lien de causalité entre cet accident et la rupture de la coiffe des rotateurs est tout au plus possible.

Plusieurs éléments tout à fait concrets démontrent qu'il s'agit - in casu - d'une ancienne lésion et non d'une lésion fraîche : Il y a une amyotrophie sévère du muscle du sus-épineux ainsi qu'une amyotrophie modérée des muscles sous-épineux et sous scapulaire. Le moignon du tendon sus-épineux est également fortement rétracté à l'interligne scapulo-huméral ce qui est un indice parlant clairement en faveur d'une ancienne lésion. En effet, dans le cas d'une lésion fraîche, les tendons n'ont pas encore eu le temps de se rétracter. Enfin, un autre indice – et pas des moindres – parle en faveur d'une ancienne lésion : il s'agit de l'involution graisseuse. Dans le cas de M. _____, cette involution graisseuse est de stade III (rapport arthro IRM du 17 janvier 2014).

Or dans un article récent portant sur environ 1700 patients ayant des déchirures de la coiffe des rotateurs, les auteurs ont montré qu'une infiltration graisseuse modérée du muscle sus-épineux survient en moyenne trois ans et une infiltration graisseuse sévère en moyenne 5 ans après l'apparition des symptômes. En ce qui concerne le muscle sous-épineux, les mêmes auteurs notent une infiltration graisseuse modérée du muscle sous-épineux en moyenne deux ans et demi et une infiltration graisseuse sévère en moyenne quatre ans après l'apparition des symptômes (Melis B, De Franco MJ, Chuinard C & Walch G : Natural history of fatty infiltration and atrophy of the supraspinatus muscle in rotator cuff tears. Clin Orthop 2010 ; 19 : 757-763 / Melis B, Wall B & Walch G : Natural history of infraspinatus fatty infiltration in rotator cuff tears : J Shoulder Elbow Surg 2010 ; 34 : 507-520)

Alors que le Dr K._____ explique médicalement de façon précise pourquoi il estime que les lésions de l'épaule de l'assuré sont antérieures à son accident, le Dr G._____, lui, se limite à soutenir sans autre explication que les lésions révélées par l'arthro-IRM du 16 janvier 2014 sont « compatibles avec l'accident incriminé ». Il n'explique pas d'avantage les raisons de l'existence d'une « sévère lésion arthrose acromio-claviculaire » retenue par le radiologue à l'issue de l'arthro-IRM dans le cadre d'une rupture soit-disant fraîche de la coiffe des rotateurs. Le Dr G._____ cite certes des études aux termes desquelles il apparaît qu'une arthrose-claviculaire préexistante serait mise en évidence de façon physiologique chez 65% des patients parfaitement asymptomatiques et ne souffrant d'aucune pathologie de la coiffe ; il n'explique toutefois pas pour quels motifs il faudrait inclure le cas de D._____ dans ce pourcentage.

Le fait que D._____ n'ait pas souffert de son épaule avant sa chute ne signifie pas que cette dernière était en parfait état.

Les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs apparaissent de manière insidieuse sans obligatoirement provoquer de douleur ni de restriction de la mobilité. C'est souvent à la suite d'un traumatisme - parfois mineur - qui provoque une inflammation au niveau de l'articulation, que l'on suspecte cette lésion qui, en raison des douleurs provoque une diminution de la mobilité active de l'épaule.

Le simple fait de n'avoir jamais souffert de son épaule avant l'événement du 20 décembre 2013, n'est pas un argument qui tend à prouver que c'est bien cet événement qui aurait provoqué la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'assuré. Soutenir cela revient à admettre l'existence d'un lien de causalité en vertu du principe « post hoc, ergo propter hoc » lequel est impropre, selon la jurisprudence, à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

Selon le Dr K._____, toutes les lésions ont donc une origine exclusivement dégénérative. Ces lésions ont été « révélées » à l'occasion de la chute de l'assuré qui constitue un traumatisme dont les conséquences peuvent être prises en charge par la LAA pendant une dizaine de semaines, soit plus précisément jusqu'au 11 mars 2014, date à laquelle le statu quo sine est retrouvé.

L'avis du Dr K._____ est bien motivé et émane d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. Par ailleurs, un avis médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante, même si le médecin-expert n'a pas examiné personnellement l'assuré, lorsque le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001, no U438 p.346 c. 3d).

Au demeurant, le Tribunal fédéral considère que le fait qu'un médecin soit rattaché à un assureur social, par un contrat de travail par exemple, ne permet en principe pas à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à la prévention (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 et ss ; ATF 125 V 351 consid 3b/ee p. 353).

On ajoutera encore que tous les avis du Dr G._____ ont été soumis pour appréciation au Dr K._____ Or, malgré l'avis contradictoire de son Confrère, le Dr K._____ n'a pas souhaité modifier ses conclusions.

Au sujet des différents avis émis par le Dr G._____, T._____ SA rappellera que selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, s'agissant des rapports des médecins traitants, le juge doit prendre en compte le fait que les médecins traitants des assurés, de par leur position de confidents privilégiés que leur confèrent leurs mandats, trancheront, dans le doute, en faveur de leur patient¹

On relèvera encore que la caisse-maladie de D._____ n'a pas fait opposition à la décision de T._____ SA du 22 juillet 2014, ce qui laisse à penser qu'elle rejoint l'avis de T._____ SA au sujet de la causalité.

Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b). Or, conformément à ce qui a été dit ci-dessus, le Dr K._____ médecin-conseil de T._____ SA, a pris connaissance des avis contradictoires de son confrère. Il a examiné le dossier médical de l'assuré dans son intégralité et a toujours maintenu sa position. Selon lui, il s'agit de lésions exclusivement dégénératives et il n'y a pas matière à reporter le statu quo sine au-delà du 11 mars 2014. T._____ SA est dès lors d'avis qu'une autre expertise médicale ne se justifie pas. Une telle mesure ne serait d'ailleurs pas apte à rendre compte de l'état antérieur de la coiffe des rotateurs de D._____ , celle-ci ayant fait l'objet entre temps d'une intervention chirurgicale.

Sur le vu de ces renseignements médicaux, compte tenu des résultats révélés par les différents examens, on ne saurait admettre, comme le soutiennent l'assuré et son médecin traitant qu'il existe un lien de causalité naturelle entre la rupture de la coiffe des rotateurs de l'assuré et sa chute du 20 décembre 2013. Par ailleurs, on ne saurait conclure à l'existence d'un lien de causalité au seul motif que les troubles à l'épaule sont apparus après l'accident.

Ainsi, T._____ SA était-elle fondée, par sa décision du 22 juillet 2014, à supprimer le

droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents au 11 mars 2014. Au delà de cette date les problèmes d'épaule de l'assuré sont exclusivement dus à son état antérieur dégénératif et relèvent donc de l'assurance-maladie.
(...)"

B. Par acte du 25 novembre 2014, D. _____ a recouru contre cette décision sur opposition concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il ait droit, au titre de l'assurance-accidents, à la prise en charge des suites de l'accident du 20 décembre 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il a pour l'essentiel maintenu sa position fondée sur l'avis du Dr G. _____, estimant par ailleurs qu'une expertise s'imposait "d'évidence" en l'espèce. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, la tenue d'une audience de débats au cours de laquelle les Drs K. _____ et G. _____ devaient être entendus et que la Cour soit composée de deux magistrats professionnels.

Répondant le 29 janvier 2015, l'intimée - désormais assistée de son conseil - a conclu au rejet du recours. Elle a admis avoir pris en charge la lésion de la coiffe des rotateurs du recourant au titre d'une lésion corporelle assimilée à un accident "au sens de l'article 9 alinéa 2 lettre f OLAA", mais a soutenu - se référant à l'arrêt TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 - que son obligation de prise en charge avait cessé selon les règles ordinaires de la causalité en cas d'accident aggravant un état maladif préexistant. Elle a au surplus soutenu que l'avis du Dr K. _____ - qu'elle estimait corroboré par l'IRM du 16 janvier 2014 - l'emportait sur celui du Dr G. _____, également en raison de la qualité de médecin-traitant de ce dernier. Selon elle, ce serait par souci de simplification que le Dr K. _____ aurait arrêté le *statu quo sine* au 11 mars 2014.

Se déterminant le 20 février 2015, le recourant a pour l'essentiel contesté que l'avis du Dr G. _____ ait une force probante réduite en raison de sa qualité de médecin traitant, relevant au surplus que le Dr K. _____ n'avait émis que des avis médicaux, mais n'avait pas fonctionné comme expert.

L'intimée a de son côté maintenu sa position par acte du 5 mars 2015, exposant ne pas avoir de réquisitions supplémentaires.

Il ressort par ailleurs des correspondances entre les parties - dont la Cour de céans a reçue copies - que l'intimée a ouvert une instruction parallèle en sa qualité d'assurance-maladie.

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 sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; 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 répond aux prescriptions légales de forme - a été déposé le 25 novembre 2014, moins de trente

jours après la notification, le 27 octobre 2014, de la décision sur opposition litigieuse du 23 octobre 2014, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Seuls les aspects de la décision critiqués par le recourant sont examinés, sous réserve des points non critiqués ayant des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 *in initio*; ATF 125 V 414 consid. 1b *cum* 2a; ATF 129 V 245 consid. 3.1; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est en l'espèce litigieux la prise en charge par l'intimée, en sa qualité d'assureur-accidents, des suites de l'accident du 20 décembre 2013 - dont la qualification n'est pas disputée - au-delà du 10 mars 2014.

3. a) 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. 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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et réf. cit.).

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 de 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 la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.3 et réf. cit.). 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 l'accident (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

b) Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont font partie les ruptures de la coiffe des rotateurs (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; TF 8C_578/2013 précité consid. 2.1 et les autres arrêts cités). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante vel sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi

longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (TF 8C_578/2013 précité consid. 2.2 et les arrêts cités).

Comme l'a relevé l'intimée, le Tribunal fédéral s'est par ailleurs penché sur le cas d'un assuré présentant des lésions dégénératives et asymptomatiques antérieures à un accident - qui n'étaient pas contestées -, qui avait occasionné une impotence fonctionnelle et des douleurs (TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014). Dans cette affaire, il a considéré que le rapport de causalité entre l'accident et les symptômes ne devait pas être apprécié d'après les règles spécifiques applicables aux lésions assimilées à un accident, mais selon celles de la causalité, savoir jusqu'au rétablissement du *statu quo ante vel sine* (consid. 5.2.1 *cum* 3.2 et 5.1.2).

4. a) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin, les renseignements donnés oralement devant être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA).

Lorsque des doutes - mêmes faibles - subsistent quant à la fiabilité et à la force probante des constatations médicales obtenues à l'interne par l'assurance, la jurisprudence impose la mise en œuvre de clarifications complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les arrêts cités). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les arrêts cités). Ainsi, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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, qui a trait au choix de l'expert (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.).

C'est le lieu de rappeler que pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2).

5. a) L'intimée a en l'espèce fondé sa décision sur l'opinion de son médecin-conseil, le Dr K._____. Soutenant que les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes chez les personnes âgées de plus de cinquante ans, ce dernier a motivé l'existence d'une lésion dégénérative antérieure à l'accident du 20 décembre 2013 dans le cas d'espèce en relevant deux critères d'imagerie, soit la présence d'une amyotrophie musculaire et le degré de rétraction du tendon. Il a reconnu que l'accident du 20 décembre 2013 avait traumatisé cette

lésion, le *statu quo sine* étant selon lui recouvré au 11 mars 2014. De son côté, le Dr G. _____ soutient que des lésions dégénératives ressortiraient "nettement" lors d'un examen radiologique mais que tel ne serait pas le cas chez le recourant (cf. courrier du 19 juin 2014). Invoquant diverses études médicales, il a par ailleurs contesté les données statistiques invoquées par le Dr K. _____, faisant quant à lui valoir qu'une arthrose acromio-claviculaire pouvait être mise en évidence de façon physiologique et en l'absence de toute pathologie de la coiffe.

b) Ces avis médicaux appellent les remarques suivantes.

On relèvera d'abord que les Drs K. _____ et G. _____ sont tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ils fondent leurs avis respectifs sur des arguments d'ordre médical - savoir la propension des personnes âgées de plus de cinquante ans à présenter des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs et le degré auquel ces lésions apparaissent à l'examen radiologique -, sans qu'aucune position paraisse totalement infondée. Tous deux exposent cependant leurs arguments de manière succincte. Ainsi, le Dr G. _____ fonde son avis sur des études statistiques, mais sans démontrer leur pertinence dans le cas du recourant. Il ne s'est au demeurant pas prononcé sur l'amyotrophie musculaire et l'involution graisseuse des fibres musculaires révélées par l'IRM du 16 janvier 2014, ni sur la rétraction du tendon sus-épineux. Quant au Dr K. _____, il a retenu une aggravation de l'état de santé du recourant pendant une dizaine de semaines, mais sans motiver cette durée. En l'absence d'anamnèse et de pièces au dossier attestant de manière plus précise des circonstances de l'accident, il n'est toutefois pas possible de s'assurer de la concordance d'une telle conclusion avec les faits.

Par ailleurs, l'avis du Dr K. _____, qui fonde la décision sur opposition litigieuse, repose uniquement sur les pièces du dossier de l'intimée, ce praticien n'ayant en particulier pas reçu le recourant en consultation. Il n'a ainsi pas pu avoir une connaissance exhaustive de la situation médicale de l'intéressé ni dûment tenir compte de ses plaintes.

Ces éléments ne ressortent pas des pièces mises à sa disposition qui – malgré l’avis de l’intimée – ne pallient dès lors pas ces manquements. Faute de reposer sur des examens complets, l’avis du Dr K._____ ne bénéficie pas d’une pleine force probante et ne permet en particulier pas d’écarter les arguments médicaux du Dr G._____, la réciproque étant toutefois également vraie.

En l’état actuel du dossier, l’existence d’une lésion dégénérative antérieure à l’accident du 20 décembre 2013 – soit une question de fait d’ordre exclusivement médical – n’est ainsi ni démontrée, ni exclue, y compris au degré de la vraisemblance prépondérante. Le cas échéant, la question du recouvrement du *statu quo ante vel sine* devra également être éclaircie. L’intimée ne peut ainsi rien tirer de l’arrêt TF 8C_714/2013 précité qu’elle cite, les faits fondant cette jurisprudence n’étant pas établis dans le cas d’espèce.

Ces conditions imposaient à l’intimée, conformément à la jurisprudence précitée (cf. *supra* consid. 4/a *in initio*), de mettre en œuvre une expertise au sens de l’art. 44 LPGA afin de clarifier la situation médicale du recourant, notamment pour déterminer si les atteintes à la santé du recourant sont désormais manifestement de caractère exclusivement dégénératif – et le cas échéant depuis quelle date –, puis de rendre une nouvelle décision.

6. a) Il s’ensuit l’admission du recours, l’annulation de la décision sur opposition du 23 octobre 2014 et le renvoi de la cause à l’intimée pour qu’elle procède dans le sens des considérants précédents.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n’y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d’un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l’intimée, qu’il convient de fixer à 2’000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD; art 7 al. 2 et 3 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]).

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

- I. Le recours interjeté le 25 novembre 2014 par D._____ contre la décision sur opposition rendue le 23 octobre 2014 par T._____SA est admis.

- II. La décision sur opposition attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- IV. T._____SA versera à D._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D._____),
- Me Séverine Berger (pour T._____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 :