

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière: Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

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

et

I._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2, 36 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de [...] au sein de sa propre entreprise, B._____, à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'I._____ (ci-après : I._____ ou l'intimée).

Aux termes d'une déclaration d'accidents du 3 février 2014, l'assuré a indiqué avoir chuté le 31 janvier 2014 dans son laboratoire, après avoir été déséquilibré en voulant attraper de la marchandise rangée en hauteur. Il a subi une forte contusion à l'épaule et au bras droits. Les premiers soins ont été donnés par le Dr G._____, spécialiste en médecine générale auprès de S._____ (ci-après : S._____).

I._____ a pris en charge le cas.

A la demande du Dr G._____, un examen radiographique de l'épaule droite face et profil a eu lieu le 31 janvier 2014 au Centre d'imagerie T._____. Dans leur rapport du 5 février 2014 au Dr G._____, les Drs F._____ et P._____, spécialistes en radiologie, ont fait état des conclusions suivantes :

« Pas de lésion ostéo-articulaire d'allure récente perceptible sur les deux clichés réalisés.

Sclérose et angulation du trochiter supérieur évoquant un conflit sous-acromial chronique.

Arthrose acromio-claviculaire mal analysable sur les deux incidences réalisées invitant à une re-confrontation à l'examen clinique avec discussion d'un examen radiologique ou échographique centré ».

Dans un certificat médical du 11 février 2014 à l'attention d'I._____, le Dr G._____ a posé le diagnostic de contusions de l'épaule droite et attesté une totale incapacité de travail dès le 31 janvier 2014. Excluant toute lésion osseuse, le médecin a fait état de douleurs avec limitations fonctionnelles de l'épaule droite, tout en relevant la présence de troubles dégénératifs. Le Dr G._____ a préconisé une investigation

complémentaire par arthro-IRM et mis en place un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Dans un rapport d'arthro-IRM du 20 février 2014 au Dr G._____, la Dresse Y._____, radiologue, a conclu à une rupture complète du tendon du sus-épineux avec rétractation musculo-tendineuse et suture subtotale du tendon du sous-scapulaire, en présence d'importantes altérations dégénératives acromio-claviculaires.

Selon un rapport du 6 mars 2014 au Dr G._____, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique à S._____, a posé une indication chirurgicale dans le sens d'une reconstruction de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en présence d'une déchirure fraîche avec rétractation de la coiffe.

L'opération a eu lieu le 10 mars 2014 à la Clinique R._____. Aux termes du protocole opératoire, le Dr D._____ a procédé à une acromioplastie avec résection de la clavicule distale, tenodèse du long chef du biceps (ci-après : LCB) et suture de la coiffe des rotateurs. Le chirurgien a notamment fait état des éléments suivants :

« Préparation de la région sous-acromiale qui est déchiquetée et réséquée en totalité. La déchirure de la coiffe se présente comme suit : celle-ci est littéralement explosée, très imbibée de sang et repliée sur elle-même vers le glénoïde. En étalant la coiffe, celle-ci est déchirée dans sa partie toute distale avec une déchirure complète du tendon du sus-épineux, 2/3 de la largeur du tendon du sous-épineux, également 2/3 de la largeur du tendon sous-scapulaire. Le LCB présente une souffrance au niveau de son passage dans le sillon bicipital. »

Dans un rapport du 4 avril 2014 à I._____, le Dr D._____ a posé le diagnostic de large déchirure de la coiffe des rotateurs (2/3 du sous-épineux, 2/3 du sous-scapulaire et déchirure complète du sus-épineux), ainsi qu'une déchirure du long chef du biceps avec rétractation de l'épaule droite, précisant qu'il s'agissait d'une déchirure fraîche. Le chirurgien a attesté une totale incapacité de travail dès le 31 janvier 2014, pour une durée de 2 à 4 mois. Il a en outre relevé que l'arthro-IRM du 20 février 2014 avait révélé, outre les atteintes susmentionnées, d'importantes altérations dégénératives acromio-claviculaires.

Dans un avis du 26 mai 2014, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil d'I._____, a estimé que l'opération subie par l'assuré était due à des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la coiffe des rotateurs, chez un patient âgé et travailleur de force. Dite intervention n'était ainsi selon lui pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Le médecin conseil a encore indiqué que l'incapacité de travail jusqu'à mi-juin 2014 lui paraissait justifiée, sans toutefois relever de l'assurance-accidents.

Par courrier du 27 mai 2014, I._____ a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à ses prestations au 5 mars 2014, estimant qu'au plus tard à cette date-là, l'état de santé tel qu'il aurait vraisemblablement été sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*) aurait été atteint, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant.

Dans un rapport du 11 juin 2014 à I._____, le Dr D._____ s'est insurgé contre la prise de position de l'assureur-accidents, tout en donnant les explications suivantes au sujet de la déchirure des tendons constatées par l'arthro-IRM du 20 février 2014 :

« Une trouvaille pareille ne peut provenir que de deux origines, soit il s'agit d'une très grande et ancienne déchirure de la coiffe des rotateurs. Cette dernière devrait être bien connue et documentée avec une symptomatologie qui s'ensuit. Soit c'est une déchirure fraîche avec la coiffe « explosée » et comme il est souvent le cas avec une rétractation fraîche du tendon du sus-épineux. Le 2^{ème} cas de figure est clairement démontré à l'opération puisque le tendon était complètement imbibé de sang, replié sous lui-même et après le repositionnement de celui-ci, nous avons pu reconstruire la coiffe d'une manière anatomique sans aucun problème. Tous ces faits sont consolidés par le fait que le patient n'a jamais eu aucun problème avec cette épaule et d'ailleurs l'autre épaule ne montre aucun problème ou aucun signe de faiblesse. De plus, lors de l'examen de ce jour, le patient se sent tout à fait bien. Les douleurs sont quasiment complètement disparues. La mobilité est encore quelque peu restreinte mais avec une excellente force des 3 muscles de la coiffe. »

Le 31 juillet 2014, par l'entremise de CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assuré a contesté que le *statu quo sine* ait été atteint au 5 mars 2014. Il a en substance expliqué que si

les radiologues du Centre d'imagerie de T._____ n'avaient pas constaté de lésions traumatiques, ils ne les avaient pas exclues non plus, puisqu'ils avaient préconisé la poursuite des investigations. Or, de telles lésions avaient été mises en évidence par le Dr D._____ lors de l'intervention chirurgicale du 10 mars 2014.

Sur avis de son médecin-conseil, I._____ a mis en œuvre une expertise médicale, qu'il a confiée au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le 9 septembre 2014, pour les besoins de l'expertise, le Dr N._____ a requis des Drs D._____ et G._____, du Centre d'imagerie T._____ et de la Clinique R._____, l'intégralité du dossier médical relatif aux membres supérieurs de l'assuré en leur possession (bilans et rapports radiologiques, courriers, protocole opératoire, etc...). Après un examen clinique de l'assuré le 2 octobre 2014, l'expert a fait procéder à une nouvelle radiographie des deux épaules le 10 octobre 2014. Dans son rapport d'expertise du 16 octobre 2014, le Dr N._____ a posé les diagnostics de large rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite d'origine dégénérative, de contusion simple de l'épaule droite et d'obésité. L'expert a formulé son appréciation en ces termes :

«L'anamnèse actuelle remonte au 31 janvier 2014, avec une chute de sa hauteur sur l'épaule droite dans son laboratoire. Part en arrière et fait un mouvement de pivot sur sa droite pour ne pas tomber sur la tête et se tape l'épaule droite bras au corps, douleurs immédiates qui perdurent, arrive avec difficulté à lever le bras droit. Il consulte le jour même à S._____, il est vu par le Dr G._____, un bilan radiologique est pratiqué montrant quelques troubles dégénératifs banaux de l'articulation acromio-claviculaire et de la région du trochiter. Pas de lésion traumatique récente. Traitement par anti-inflammatoires et arrêt de travail.

L'assuré ira toutefois travailler pour contrôler, diriger et organiser son entreprise, mais ne pourra pas effectuer certaines tâches.

Sous anti-inflammatoires, les douleurs diminuent un peu, mais elles persistent, diurnes, mécaniques et nocturnes positionnelles, avec une restriction de l'amplitude articulaire. L'élévation ne se fait que jusqu'à la hauteur de l'épaule.

Un examen par arthro-IRM de l'épaule est effectué le 20 février 2014, qui est décrit sur le rapport et sur le CD comme étant du côté gauche, (à ma demande spécifique de précision du côté, l'assuré me confirme qu'il s'agit bien du côté droit), montrant une large rupture de la coiffe des rotateurs, avec une atteinte complète du tendon du sus-épineux, rétracté pratiquement à la glène et surtout une dégénérescence graisseuse à la limite du stade III, avec pratiquement un signe de la tangente, une rupture subtotale du

tendon du sous-scapulaire dans sa partie supérieure, et partielle du tendon du sous-épineux et une luxation du biceps. On ne relève aucun signe récent d'atteinte, en particulier une contusion osseuse, qui aurait dû être présente si les tendons avaient été avulsés au niveau de la région du trochiter et de part et d'autre de la gouttière. Je n'ai noté aucun élément objectif évocateur d'une atteinte récente, telle que fracture du trochiter, fissure dans celui-ci, ou alors contusion osseuse.

L'évolution restant défavorable, l'assuré est opéré le 10 mars 2014. Dans le protocole opératoire il est noté: « *la coiffe est explosée, rétractée à la glène, avec une déchirure complète du sus-épineux, partielle du sous-épineux et du sous-scapulaire, et une soufflante du LCB [long chef du biceps]* ». Il est pratiqué une ténodèse du long chef du biceps, la coiffe est resuturée, en particulier le sus-épineux, mais le bras est placé en abduction, position qui sera gardée durant six semaines, sans mobilisation aucune. La rééducation commencera à l'ablation du coussin d'abduction, soit à six semaines post-opératoire. Aucune physiothérapie n'a été prescrite avant l'intervention chirurgicale. Les suites seront globalement simples avec disparition des douleurs nocturnes, et récupération fonctionnelle globalement satisfaisante.

Il persiste toutefois lors de l'expertise un petit déficit de mobilité et les tests de coiffe sont tous positifs pour le tendon sus-épineux, sous-épineux et le sous-scapulaire.

Il se pose donc la question de l'étiologie de cette lésion. S'agit-il d'une lésion causée par l'événement du 31 janvier 2014, ou celui-ci l'a-t-elle simplement révélée, ou a-t-elle été complétée et si oui, ceci est-il déterminant?

Le mécanisme lésionnel est banal, il s'agit d'une chute de sa hauteur sur le côté droit, chez un assuré en importante surcharge pondérale (IMC de 36kg/m²) mais surtout un poids de plus de 110kg. Cet assuré droitier a travaillé toute sa vie comme [...], c'est-à-dire en effectuant une activité physique importante répétitive avec ses membres supérieurs, en particulier à hauteur d'épaule.

Il a présenté des douleurs immédiates avec une impotence fonctionnelle, mais le bilan exhaustif pratiqué rapidement après le traumatisme n'a montré aucune lésion récente. Il n'y a aucun signe pour des éléments récents, si ce n'est une impotence fonctionnelle relative.

Il y a clairement, sur l'arthro-IRM, les stigmates d'anciennes lésions, puisqu'il y a des amyotrophies, et surtout des dégénérescences graisseuses, images signant l'ancienneté. Je rappellerais que pour une dégénérescence graisseuse de stade II, la rupture du tendon nécessite un délai minimum de deux à trois ans. On visualise également des signes d'amyotrophie débutante des muscles sous-scapulaire et sous-épineux. Au vu du délai de trois semaines entre le traumatisme et l'arthro-IRM, ces lésions étaient donc présentes antérieurement à l'événement de façon certaine.

L'événement du 31 janvier 2014 n'a entraîné qu'une contusion de l'épaule droite qui a rendu symptomatique une pathologie dégénérative préexistante, qui a été remarquablement tolérée chez un assuré utilisant de façon régulière, répétée et quotidienne ses membres supérieurs.

Si l'on peut discuter du délai relativement court lié à la durée de la causalité de l'événement que je fixerais peut-être à trois mois, la prise en charge chirurgicale de la suture de la coiffe des rotateurs est en relation avec une pathologie dégénérative antérieure à l'événement, et non pas avec l'événement lui-même.

En conséquence, l'assuré ayant été opéré rapidement, je fixerais le *statu sine* à la date de l'intervention chirurgicale, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdure est en relation de causalité de façon exclusive avec l'état antérieur et non plus avec les suites de l'événement. »

Se fondant sur les conclusions de l'expert, et sur l'avis de son médecin-conseil qui s'y est rallié, I._____ a rendu le 27 octobre 2014 une décision formelle confirmant que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 10 mars 2014. La symptomatologie persistant au-delà de cette date était en relation de causalité exclusive avec l'état de santé antérieur de l'assuré, et non plus avec les suites de l'accident du 31 janvier 2014. I._____ en a conclu qu'elle prenait en charge les prestations légales jusqu'au 9 mars 2014 inclus et que dès le 10 mars 2014, il n'existait plus aucun droit aux prestations légales découlant de l'assurance-accidents obligatoire, faute de lien de causalité avec le sinistre annoncé.

Le 28 novembre 2014, l'assuré s'est opposé à la décision rendue le 27 octobre 2014 par I._____, dont il a demandé la réforme, en ce sens que son droit à des prestations de l'assureur-accidents en lien avec l'événement annoncé lui soit reconnu au-delà du 9 mars 2014. A l'appui de sa contestation, l'assuré a admis que son épaule présentait des signes de dégénérescence. Il a toutefois argué du fait que sans l'accident du 31 janvier 2014, il aurait pu continuer son travail et n'aurait assurément pas eu à subir l'intervention de suture de la coiffe pratiquée par le Dr D._____. L'assuré insistait également sur le fait qu'il n'avait jamais eu le moindre problème avec son épaule avant l'accident. A son avis, l'accident litigieux avait indiscutablement joué un rôle prépondérant, de sorte que les prestations de l'assureur-accidents ne devaient pas être réduites. En outre, compte tenu des conclusions de l'expert N._____, fixant à trois mois la prévalence du lien de causalité avec l'accident, il était totalement erroné de mettre fin aux prestations au 10 mars 2014, date de l'opération.

Se déterminant sur les arguments de l'assuré dans un avis du 15 décembre 2014, le Dr C._____ a estimé qu'une déchirure fraîche du tendon alors qu'il y avait déjà une dégénérescence graisseuse du corps musculaire n'était pas plausible. Un muscle se dégénérait en général lorsqu'il ne fonctionne pas, ceci entraînait que son tendon devait être rupturé. Le médecin conseil a ajouté qu'il n'était pas possible, à l'opération, de déterminer si une lésion tendineuse était fraîche ou non. Vu l'état dégénératif très important de toute la coiffe, le Dr C._____ était d'avis que l'épaule droite pouvait décompenser à tout moment, avec ou sans traumatisme. Le choix thérapeutique d'opérer rapidement avait modifié l'évolution de cette épaule, empêchant d'aller vers un *statu quo sine* par un traitement conservateur. Se fondant sur les conclusions du Dr N._____, le médecin-conseil a spécifié que cela aurait été en l'absence de toute opération que le *statu quo sine* serait probablement survenu dans les trois mois suivant l'accident. Cependant, compte tenu du traitement chirurgical des problèmes dégénératifs avant la récupération traumatique, l'expert avait choisi de fixer le *statu quo sine* avant l'opération, puisque celle-ci n'avait pas traité une pathologie accidentelle. En conséquence, le Dr C._____ a confirmé que l'atteinte opérée était exclusivement dégénérative.

Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, entre-temps soumis à l'assuré pour détermination, I._____ a confirmé sa décision du 27 octobre 2014 par décision sur opposition du 17 février 2015. L'assureur-accidents a en substance retenu que :

- les radiographies pratiquées le jour de l'accident n'avaient pas démontré de lésion traumatique récente,
- l'arthro-IRM du 20 février 2014 avait mis en lumière d'importantes atteintes dégénératives, ne révélant au demeurant aucun signe récent d'atteinte,
- l'amyotrophie et les dégénérescences graisseuses signaient l'ancienneté des lésions,
- une déchirure fraîche du tendon n'était pas plausible,
- le mécanisme lésionnel avait été banal,

- l'assuré avait une activité physique importante et répétitive avec ses membres supérieurs.

Forte de ces éléments, I. _____ a confirmé que les troubles de l'assuré étaient exclusivement de nature dégénérative, de sorte que l'événement n'avait induit qu'une contusion et n'avait fait que révéler un état antérieur. La preuve du caractère exclusivement dégénératif des troubles ayant été apportée tant par le Dr N. _____ que par le Dr C. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique, une relation de causalité naturelle entre l'état de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dès le 10 mars 2014 et l'accident du 31 janvier 2014 devait être niée, voire considérée comme très peu probable. Le dommage étant susceptible de survenir en tout temps, sur un facteur déclenchant ou spontanément, l'accident litigieux n'était qu'une simple cause aléatoire, pour laquelle l'assureur-accidents n'avait pas à intervenir.

B. Par acte du 20 mars 2015, V. _____, toujours représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition du 17 février 2015 d'I. _____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée soit tenue de servir ses prestations au-delà du 9 mars 2014. En substance, il fait valoir que lors même que son épaule droite présentait quelques signes dégénératifs, c'est bien l'accident du 31 janvier 2014 qui a joué un rôle prépondérant dans la déchirure du tendon du sus-épineux qui a nécessité l'intervention du 10 mars 2014. Il soutient dans ce contexte que les médecins du centre d'imagerie de T. _____, dans leur rapport du 5 février 2014, ont mentionné que l'arthrose acromioclaviculaire était mal analysable sur les deux incidences réalisées et suggéré une re-confrontation à l'examen clinique ; pour le recourant, les radiographies réalisées le jour de l'accident ne sont ainsi d'aucune utilité pour déterminer si l'origine de la lésion du tendon est traumatique ou dégénérative. Il relève dans un autre moyen que le fait que l'arthro-IRM du 20 février 2014 aurait révélé d'importantes atteintes dégénératives ne permet pas de conclure que l'accident n'a joué aucun rôle dans le mécanisme de lésion du tendon. Il reproche en outre à l'expert de retenir

qu'une lésion fraîche ne serait pas plausible, en écartant l'avis du Dr D. _____ - lequel a pourtant vu la lésion, contrairement au Dr N. _____ - qui affirme quant à lui que la lésion ne peut être que récente, le tendon étant en particulier imbibé de sang. A ses yeux, une chute est propre à causer une déchirure de la coiffe des rotateurs lorsque l'on pèse 110 kilos. Enfin, il soutient qu'à suivre l'expert, pour qui la lésion est dégénérative, il aurait dû aussi se faire opérer l'épaule gauche, puisque son activité aurait détruit ses deux épaules. Or une telle intervention n'est pas prévue pour l'épaule gauche.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 23 avril 2015, confirmant les termes de la décision entreprise. Elle a joint à son écriture un avis du Dr C. _____ du 20 avril 2015, lequel, se déterminant sur les griefs du recourant, a réfuté que l'accident ait joué un rôle prépondérant dans la déchirure du tendon du sus-épineux.

Invité à répliquer, le recourant n'a pas réagi.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du domicile de l'assuré (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et satisfait pour le surplus aux autres conditions

formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement 31 janvier 2014 pour la période postérieure au 9 mars 2014.

3. a) Selon 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références citées ; cf. TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; cf. TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV n°4 p. 2 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1) ; les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let.

b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que les lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (cf. TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3 avec les références citées).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo*

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*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2; cf. également TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3 et U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

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

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (cf. ATF134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Quant

aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; cf. TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 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 (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

4. En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 31 janvier 2014 n'est pas litigieux, l'intimée ayant admis sa prise en charge. Il appartient en revanche à la Cour de céans de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée, aux termes de la décision litigieuse, a mis fin au versement des prestations d'assurance dès le 9 mars 2014, considérant qu'à partir de cette date, le *statu quo sine* était atteint.

a) Le 31 janvier 2014, alors qu'il travaillait dans le laboratoire de sa [...], le recourant a été déséquilibré en voulant attraper de la marchandise rangée en hauteur. Il a alors chuté sur son épaule et son bras droits. Les radiographies de l'épaule droite face et profil effectuées le jour même au Centre d'imagerie T._____ ont mis en évidence des atteintes dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et de la région trochiter, à défaut de toute lésion ostéo-articulaires d'allure récente. Dans son certificat LAA du 11 février 2014, le Dr G._____ a posé le diagnostic de contusions de l'épaule droite, tout en confirmant l'absence de lésion osseuse. Le médecin a signalé des troubles dégénératifs et a ordonné la poursuite des investigations par arthro-IRM. Cet examen complémentaire a permis de mettre en évidence une rupture complète du tendon du sus-épineux avec rétractation musculo-tendineuse et rupture subtotale du tendon du sous-scapulaire, de même que d'importantes altérations dégénératives acromio-claviculaires (cf. rapport d'arthro-IRM du 20 février 2014 de la Dresse Y._____). Le recourant a dès lors consulté un spécialiste en chirurgie orthopédique, en la personne

du Dr D._____. Celui-ci, se référant au rapport d'arthro-IRM de la Dresse Y._____, a diagnostiqué une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qu'il a qualifiée de « fraîche », pour laquelle une reconstruction chirurgicale était indiquée. Le 10 mars 2014, le Dr D._____ a pratiqué une acromioplastie avec résection de la clavicule distale, tendodénèse du LCB et suture de la coiffe de l'épaule droite. A la suite de l'intervention, le chirurgien a posé le diagnostic de déchirure du long chef du biceps avec rétractation de l'épaule droite et de large déchirure de la coiffe des rotateurs (2/3 du sous-épineux, 2/3 du sous-scapulaire et déchirure complète du sus-épineux), en confirmant qu'il s'agissait selon lui d'une déchirure fraîche (cf. rapport du 4 avril 2014). Le Dr D._____ a réitéré cette dernière appréciation dans un rapport du 11 juin 2014, en exposant les raisons pour lesquelles il plaidait en faveur d'une déchirure fraîche de la coiffe des rotateurs, savoir notamment la découverte d'un tendon imbibé de sang lors de l'intervention chirurgicale du 10 mars 2014.

Le 26 mai 2014, se prononçant en qualité de médecin-conseil d'I._____, le Dr C._____ a estimé que l'opération du 10 mars 2014 était due à des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la coiffe des rotateurs, chez un patient âgé et travailleur de force. Il a ainsi exclu tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 janvier 2014 et l'intervention chirurgicale précitée. L'assuré ayant contesté cette appréciation, I._____ a mis en œuvre une expertise médicale, qu'elle a confiée au Dr N._____. L'expert a confirmé les diagnostics de contusion de l'épaule droite et de large rupture de la coiffe des rotateurs, à laquelle il a, à l'instar Dr C._____, attribué une origine dégénérative. Le Dr N._____ a estimé que la contusion de l'épaule droite avait rendu symptomatique une pathologie dégénérative préexistante, remarquablement tolérée jusque-là par un assuré utilisant de façon régulière, répétée et quotidienne ses membres supérieurs, en particulier à hauteur d'épaule. Toujours selon l'expert, la prise en charge chirurgicale de la suture de la coiffe des rotateurs était dès lors en relation de causalité avec l'atteinte dégénérative préexistante, et non pas avec l'accident du 31 janvier 2014. Bien qu'il indique qu'en l'absence d'intervention chirurgicale,

l'atteinte à la santé provoquée par la chute aurait pu rester en lien de causalité avec l'événement assuré durant environ trois mois, le Dr N._____ a fixé le *statu quo sine* à la date de l'intervention, estimant que la symptomatologie prévalant dès cette date était en relation de causalité exclusive avec l'état antérieur, dégénératif, et non plus avec l'accident du 31 janvier 2014. On relèvera à ce stade que dans le cadre de sa mission d'expert, le Dr N._____ a examiné l'entier du dossier de l'assuré, après avoir rassemblé l'intégralité des pièces le constituant, en s'adressant à tous les médecins consultés par le recourant suite à l'événement accidentel litigieux (cf. courriers du Dr N._____ du 9 septembre 2014 aux Drs D._____ et G._____, ainsi qu'au Centre d'imagerie de T._____ et à la Clinique R._____). Il a posé une anamnèse détaillée de l'intéressé, décrit ses plaintes, procédé à un examen clinique complet et examiné exhaustivement les CD d'imagerie, faisant même procéder à un examen radiologique complémentaire des deux épaules, le 10 octobre 2014. L'expert a au demeurant commenté dans le détail les clichés et bilans d'imagerie en sa possession. Ses conclusions sont claires, motivées et exemptes de contradiction, de sorte que son rapport du 16 octobre 2014 remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

b) Dans un premier grief, s'il admet que son épaule droite présentait déjà des signes dégénératifs, le recourant soutient que le rapport d'imagerie du 5 février 2014 ne serait pas suffisant pour qualifier la lésion de dégénérative ou traumatique, vu que les radiologues ont jugé l'arthrose acromio-claviculaire mal analysable sur les deux incidences réalisées et qu'ils ont suggéré une re-confrontation à l'examen clinique. Cet argument n'est toutefois pas convaincant, dans la mesure où une arthro-IRM a justement été effectuée le 20 février 2014, sur demande du Dr G._____, afin d'éclaircir la situation. Or le Dr N._____ a largement étudié les résultats de cette arthro-IRM, pour parvenir à la conclusion que cet examen d'imagerie, plus détaillé et précis que le précédent, n'avait pas mis en évidence de signe récent d'atteinte, comme une contusion osseuse, qui aurait dû être présente si les tendons avaient été avulsés au niveau de la région du trochiter et de part et d'autre de la gouttière. A

l'analyse de l'imagerie, l'expert a en effet constaté une large rupture de la coiffe des rotateurs, avec une atteinte complète du tendon du sus-épineux, rétracté pratiquement à la glène, et surtout une dégénérescence graisseuse à la limite du stade III, avec pratiquement un signe de la tangente, ainsi qu'une rupture subtotale du tendon du sous-scapulaire dans sa partie supérieure, et partielle du tendon du sous-épineux, de même qu'une luxation du biceps (cf. rapport d'expertise p. 9, dernier §). L'expert a précisé que le bilan exhaustif pratiqué rapidement après le traumatisme n'avait démontré aucune lésion récente, seule prévalant une impotence fonctionnelle relative. Il a de même exposé de manière à emporter la conviction de la Cour que l'arthro-IRM montrait clairement les stigmates d'anciennes lésions, lesquelles étaient mises en évidence par des amiotrophies et surtout des dégénérescences graisseuses de stade II, ces éléments signant un caractère d'ancienneté. Le Dr N._____ a expliqué à ce propos qu'une dégénérescence graisseuse de stade II supposait une rupture du tendon remontant à deux ou trois ans. De même, les signes d'amiotrophie débutant des muscles sous-scapulaire et sous-épineux étaient de façon certaine présents antérieurement à l'accident, compte tenu du délai de trois semaines entre le traumatisme et l'arthro-IRM (cf. rapport d'expertise p. 10, 6^{ème} §). Face aux conclusions claires de l'expert, l'assuré ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme que le fait que l'arthro-IRM du 20 février 2014 a révélé d'importantes atteintes dégénératives ne permet pas de conclure que l'accident n'a joué aucun rôle dans le mécanisme de lésion du tendon. L'appréciation du Dr N._____ est au demeurant partagée par le Dr C._____, dans son avis du 20 avril 2015. Le médecin-conseil de l'intimée y a en effet indiqué que la dégénérescence graisseuse présente sur le muscle permettait de conclure que le tendon était déjà totalement déchiré avant l'accident, une telle atteinte ne survenant que sur un muscle non-fonctionnel et surtout qu'après un recul de minimum deux ans. Ainsi, le court laps de temps entre l'accident et l'arthro-IRM, de quelque trois semaines, était tout à fait insuffisant au développement d'une telle lésion. Le Dr C._____ a encore précisé qu'un acromion de type Bigliani III avec ostéophytose était une atteinte dégénérative - conséquence d'une insuffisance chronique de la coiffe des rotateurs - qui, comme pour les muscles, ne peut survenir en

quelques semaines. Force est dès lors de constater que tant l'expert N. _____ que le Dr C. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique, ont tranché en faveur d'une lésion du tendon remontant à plusieurs années. On relèvera au demeurant qu'une atteinte ancienne de la coiffe des rotateurs représentait également un des deux scénarios envisagés par le Dr D. _____ dans son rapport du 11 juin 2014 pour expliquer l'état actuel de l'épaule de son patient. Le chirurgien lui aura finalement préféré l'hypothèse d'une atteinte "fraîche", compte tenu du tendon imbibé de sang découvert lors de l'intervention chirurgicale du 10 mars 2014. C'est élément n'est toutefois pas déterminant en l'espèce.

On ne peut en effet pas suivre non plus le recourant lorsqu'il veut pour preuve du caractère récent de la lésion le fait que, selon le constat du Dr D. _____, son tendon était imbibé de sang lors de l'intervention du 10 mars 2014, faisant grief à l'expert d'avoir écarté l'avis du chirurgien qui, contrairement à lui, avait pu constater la lésion de visu. Dans son rapport du 20 avril 2015, le Dr C. _____ a en effet expliqué, sans être contredit par le recourant qui a renoncé au dépôt d'une réplique, que compte tenu des six semaines écoulées entre l'accident et l'opération, un tendon imbibé de sang d'origine fraîche ne pouvait pas être mis en relation avec le traumatisme. Retenant qu'un hématome se résorbe en dix jours, voire en 4 à 6 semaines maximum s'il est conséquent, le médecin-conseil a conclu, de manière convaincante, qu'il ne pouvait s'agir de sang frais.

Dans un autre moyen, le recourant argue encore du fait qu'une chute est propre à causer une déchirure de la coiffe des rotateurs lorsque l'on pèse, comme lui, 110 kilos. Or le Dr N. _____ a tenu compte dans son analyse du poids de l'assuré, en relevant qu'il s'agissait d'une chute de sa hauteur d'un assuré en importante surcharge pondérale, mais surtout d'un poids de plus de 110 kilos (cf. rapport d'expertise p. 10, §4). Cet argument n'est dès lors pas propre à remettre en cause les résultats des investigations de l'expert.

Enfin, le recourant soutient qu'à suivre l'expert, pour qui la lésion est dégénérative, il aurait dû aussi se faire opérer l'épaule gauche, puisque son activité aurait détruit ses deux épaules. Or une telle intervention n'est pas prévue pour l'épaule gauche. Toutefois, d'une part, comme le relève à juste titre le Dr C. _____ dans son avis du 20 avril 2015, l'usure de la coiffe des rotateurs n'est pas forcément symétrique et n'évolue pas en parallèle, la présentation clinique étant au demeurant souvent très différente pour une atteinte comparable. En outre, et surtout, l'affirmation du recourant est contredite par le fait qu'il est droitier, et qu'il a travaillé toute sa vie comme [...], à savoir en effectuant une activité physique importante répétitive avec ses membres supérieurs, et en particulier son bras dominant, à hauteur d'épaule.

c) En définitive, le recourant n'apporte aucun argument susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert N. _____, corroborées par celles du Dr C. _____. Il sied dès lors de conclure que la symptomatologie ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 10 mars 2014 était en lien de causalité exclusive avec les atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs prévalant de longue date avant l'accident du 31 janvier 2014, et que le *statu quo sine* en lien avec ledit accident a dès lors été atteint à la veille de l'opération, le 9 mars 2014. C'est ainsi à juste titre qu'I. _____ a mis fin à ses prestations en sa qualité d'assureur-accidents au 9 mars 2014. A cet égard, il n'est pas déterminant que le recourant n'ait pas ressenti de symptômes douloureux avant la survenance de l'accident (cf. consid. 3a supra, raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*").

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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

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

- I. Le recours interjeté par V. _____ à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 17 février 2015 par I. _____ est rejeté.

- II. La décision attaquée est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (pour le recourant),
- I. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :