

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey,

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

E n f a i t :

A. T._____, né en [...], est employé au sein de la société Y._____. Il est assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Par déclaration du 30 septembre 2014, l'employeur de l'assuré a annoncé un accident survenu en date du 5 septembre 2014. Il expliquait que T._____ était entré dans un bureau et que la personne qu'il cherchait ne s'y trouvait pas. L'assuré avait alors « lancé » la porte qu'il retenait pour se retourner et sortir. À ce moment-là, l'angle de la porte lui avait heurté l'épaule droite. Il était précisé que la blessure consistait en une contusion (« Quetschung ») de l'épaule droite.

Une arthro-IRM de l'épaule droite a été réalisée le 28 novembre 2014. Dans son rapport médical du 1^{er} décembre 2014, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a décrit l'état de l'épaule comme suit :

« Je ne mets pas en évidence de produit de contraste dans la bourse sous-acromio-delhoïdienne. Toutefois il y a une déchirure subtransfixiante de toute l'insertion distale du tendon supra-épineux sur toute la largeur d'implantation du tendon supra-épineux associée à une très importante bursite sous-acromio-delhoïdienne en communication avec cette déchirure subtotale.

Déchirure partielle du tendon supra-épineux à son insertion s'étendant postérieurement au niveau de l'insertion de l'infra-épineux en communication avec l'articulation de nature non transfixiante.

Elle est associée à une érosion de la face supérieure trochitérienne. Pas d'évidence de lésion du tendon infra-épineux. Enthésopathie d'insertion du sous-scapulaire sans évidence de déchirure de ce dernier. Tendinopathie du tendon du long chef du biceps dans la poulie bicipitale sans subluxation de ce dernier. Inflammation au niveau de l'intervalle des rotateurs visible par épaissement du ligament coraco-huméral.

Amyotrophie de l'ordre de 30% du chef musculaire du tendon supra-épineux. Infiltration graisseuse stade Goutallier I des tendons de la coiffe des rotateurs. Poussée inflammatoire acromio-claviculaire. Pas d'évidence de lésion capsulo-labrale, pas de lésion gléno-humérale. »

Le Dr Q. _____ concluait à une déchirure subtransfixiante de plus de 90 % de l'épaisseur tendineuse tant des versants articulaires que bursal du tendon supra-épineux et du versant articulaire de l'infra-épineux. Il n'y avait pas de lésion du sous-scapulaire. Ce médecin mentionnait également la présence d'une discrète tendinopathie du tendon du long chef du biceps et une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne d'accompagnement.

Dans son certificat médical LAA adressé à la CNA le 19 décembre 2014, la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une lésion du tendon supra-épineux de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps. La thérapie consistait en de la physiothérapie. La Dresse G. _____ indiquait qu'elle avait été consultée pour les premiers soins le 23 septembre 2014 et qu'il n'y avait à sa connaissance pas d'incapacité de travail.

Dans son rapport médical intermédiaire du 19 décembre 2014 adressé à la CNA, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment expliqué que l'évolution était stagnante sous traitements de physiothérapie, avec persistance des douleurs au repos et nocturnes de l'épaule droite. Une réparation arthroscopique du tendon supra-épineux avec tenodèse du long chef du biceps de l'épaule droite était prévue le 21 janvier 2015.

Au cours d'un entretien téléphonique du 7 janvier 2015, l'assuré a informé la CNA que l'accident s'était déroulé exactement comme cela avait été décrit dans le formulaire d'annonce d'accident. En particulier, l'épaule n'avait pas subi de torsion lorsque l'assuré s'était retourné et était sorti du bureau. Il expliquait avoir uniquement souffert d'une forte contusion lorsqu'il s'était retourné au coin de la porte.

Dans son rapport médical du 8 janvier 2015, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré

qu'une contusion directe de l'épaule droite lors d'une collision avec une porte n'était pas un mécanisme propre à pouvoir expliquer une rupture dans le secteur de la coiffe des rotateurs. Il ajoutait que de simples contusions de l'épaule guérissaient en quelques semaines. Dans le cas d'espèce, la rupture de la coiffe des rotateurs mise en évidence lors de l'arthro-IRM n'était en conséquence pas due à l'événement accidentel du 5 septembre 2014. Le Dr D. _____ précisait qu'à l'âge de l'assuré, les ruptures spontanées de la coiffe des rotateurs, en particulier du tendon du muscle du sus-épineux, avaient souvent une origine dégénérative. Selon lui, cette appréciation était également corroborée par les modifications dégénératives importantes du bord du tendon supra-épineux. Il expliquait aussi que l'hypotrophie importante du muscle sus-épineux de 30 % le 28 novembre 2014 pouvait difficilement être expliquée par l'événement du 5 septembre 2014. Il évoquait enfin une nette arthrose acromioclaviculaire hypertrophiée, qui expliquait d'une part l'importante bursite et prédestinait d'autre part à une atteinte purement dégénérative de la structure du tendon de la coiffe des rotateurs dans le cadre d'un impingement. Il était ainsi clair que l'opération prévue le 21 janvier 2015 n'avait pas lieu en raison de l'événement du 5 septembre 2014.

Par courrier du 12 janvier 2015, la CNA a informé l'assuré qu'au vu des pièces médicales, il n'existait aucun lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'évènement du 5 septembre 2014 et les troubles de l'épaule droite annoncés. Par conséquent, la CNA indiquait qu'elle ne verserait pas de prestations d'assurance.

L'assuré s'est opposé à la prise de position de la CNA en date du 17 janvier 2015. Il expliquait que dans son cas, il y avait eu un choc d'une porte contre son épaule et que la notion d'accident était donc réalisée au sens de l'article 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Il ajoutait n'avoir jamais ressenti de douleurs à cette épaule avant cet évènement et précisait que le choc avait revêtu une certaine violence avec des douleurs immédiates.

Par décision du 27 janvier 2015, la CNA a refusé de verser des prestations d'assurance pour l'évènement du 5 septembre 2014, au motif qu'il n'existait aucun lien de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre cet évènement et les troubles de l'épaule droite.

En date du 18 février 2015, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision du 27 janvier 2015, concluant à l'annulation de celle-ci. Il a en outre produit un certificat médical du 10 février 2015 du Dr H. _____, dans lequel ce dernier indiquait ce qui suit :

« Monsieur T. _____ a été victime d'un accident par choc direct au niveau de l'épaule droite le 05.09.2014. En raison de douleurs persistantes de l'épaule droite, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée le 28.11.2014 qui met en évidence une lésion du tendon supra-épineux droit.

Le patient étant totalement asymptomatique de l'épaule droite avant l'évènement traumatique du 05.09.2014, et au vu de l'absence d'atrophie musculaire à l'IRM, une étiologie traumatique est la cause la plus vraisemblable de la lésion du tendon supra-épineux droit. »

L'assuré estimait dès lors que ce médecin mettait en évidence le lien de causalité entre l'évènement accidentel et la déchirure du tendon supra-épineux de l'épaule droite. Il ajoutait que son médecin était également auteur de plusieurs publications relatives aux lésions de l'épaule et se référait à un arrêt du Tribunal fédéral du 31 janvier 2008 en la cause 8C_357/2007.

Par décision sur opposition du 10 mars 2015, la CNA a rejeté l'opposition. En substance, l'assurance-accidents a rappelé que le Dr D. _____, dans son appréciation du 8 janvier 2015, avait certifié qu'une contusion directe de l'épaule ne pouvait pas conduire à une déchirure de la coiffe des rotateurs. Selon ce dernier, une simple contusion guérissait en l'espace de quelques semaines. D'après la CNA, les lésions dégénératives des tendons mises en évidence sur l'IRM ne pouvaient pas être mises sur le compte de l'accident : une atrophie de 30 % du supra-épineux pouvait difficilement s'expliquer par la contusion du 5 septembre

2014 et l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, laquelle expliquait l'importante bursite, était un élément permettant de corroborer l'étiologie dégénérative de la déchirure du supra et de l'infra-épineux. La CNA ajoutait qu'à l'âge de l'assuré, les ruptures spontanées de la coiffe des rotateurs et, en particulier, du tendon du sus-épineux, étaient courantes. L'assurance indiquait ensuite que le fait que le Dr H._____ prétendait qu'une étiologie traumatique était la cause la plus vraisemblable de la lésion du tendon, puisque l'assuré avant l'accident était asymptomatique, ne permettait pas de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement. Se fondant sur la jurisprudence en la matière, la CNA expliquait qu'un raisonnement fondé sur l'adage «post hoc ergo propter hoc» ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance sociale et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. D'après la CNA, le jugement cité dans l'opposition ne permettait pas non plus de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement. Elle ajoutait que l'assuré avait subi au cours de son accident une rotation interne du bras sans choc direct et non pas une simple contusion, et que R._____ avait admis son obligation de prester et prononcé un status quo.

C. Par acte du 30 avril 2015, T._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 mars 2015, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la responsabilité de l'assureur-accidents est engagée pour les suites des lésions de l'épaule droite, à savoir notamment la prise en charge des frais de la future opération et des autres traitements médicaux nécessaires, de l'éventuelle incapacité de travail, ainsi que de la rééducation qui pourraient en découler. Subsidiairement, il a conclu à ce que la décision litigieuse soit annulée, le dossier étant renvoyé à l'autorité intimée pour complément d'instruction. À l'appui de son écriture, le recourant invoque que le Dr H._____ a clairement mentionné que les lésions à l'épaule droite dont il souffre avaient été engendrées par le choc direct au niveau de l'épaule le 5 septembre 2014. Il rappelle également qu'il était totalement asymptomatique de l'épaule droite avant l'évènement et qu'au

vu de l'absence d'atrophie musculaire visible sur l'IRM, une étiologie traumatique est la cause la plus vraisemblable de la lésion du supra-épineux droit. D'après le recourant, le rapport de ce médecin remplit les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante et doit être retenu. Ainsi, selon lui, il y a lieu de reconnaître que l'origine traumatique est l'hypothèse la plus vraisemblable des lésions dont il souffre suite à l'accident du 5 septembre 2014, ou à tout le moins, qu'elles ne sont pas uniquement d'origine exclusivement dégénérative ce qui, à la lumière de la jurisprudence en la matière, suffit à fonder l'obligation de prise en charge de l'assureur-accidents en vertu de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). À titre subsidiaire, le recourant considère à tout le moins que le rapport du Dr H._____ est de nature à remettre fortement en cause les conclusions du Dr D._____. Ainsi, il estime que c'est de manière tout à fait injustifiée que l'intimée a cru pouvoir, en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves, mettre un terme à l'instruction de son dossier. Ce dernier devrait être renvoyé à l'autorité pour complément d'instruction, notamment pour un réexamen de l'IRM, qui pourrait confirmer le caractère traumatique de la lésion présentée par le recourant à son épaule droite. Par ailleurs, dans les pièces produites sous bordereau, le recourant a joint un courrier du 28 avril 2015 adressé par son conseil au Dr. H._____, dans lequel il lui posait notamment les questions suivantes :

« 1. Pouvez-vous confirmer comme diagnostic la déchirure du tendon supra-épineux droit?

2. Les troubles de l'épaule droite, en particulier le diagnostic posé sous chiffre 1 ci-dessus, sont-ils en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 septembre 2014 ?

3. En cas de réponse affirmative, merci de motiver votre réponse, en expliquant notamment les raisons pour lesquelles votre avis diverge de celui du Dr D._____ ?

4. Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de cette affaire ? »

Dans sa réponse du 24 juin 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. À l'appui de ses écritures, elle se réfère aux éléments développés

dans le cadre de la décision sur opposition litigieuse. Elle ajoute que les considérations du Dr H._____ sont moins convaincantes que l'avis détaillé exprimé par le médecin d'arrondissement de la CNA. En particulier, le Dr H._____ n'expliquerait pas comment un simple choc a pu provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs, ce qu'exclut catégoriquement le Dr D._____. Selon l'intimée, il n'est pas non plus expliqué pour quelle raison la contusion résultant du choc n'aurait pas guéri en l'occurrence, comme cela aurait dû être le cas. La CNA ajoute que le Dr H._____ n'a pas vu l'intéressé immédiatement après l'évènement traumatique décrit et que l'assuré s'est présenté à la clinique plus de deux mois après les faits décrits, ce qui empêcherait d'affirmer avec certitude quelles ont pu être les conséquences directes de ces évènements. Ainsi, au regard de la vraisemblance prépondérante applicable la matière, l'absence de causalité devrait être dans ces conditions retenue, plutôt qu'une étiologie traumatique.

Dans sa réplique du 2 juin 2015, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit un rapport médical du 18 mai 2015 établi par le Dr H._____ suite aux questions posées par son conseil, dont il ressort ce qui suit :

« 1. Oui

2. Oui

3. Les ruptures spontanées de la coiffe des rotateurs ne sont pas si fréquentes à l'âge de Monsieur T._____. La littérature médicale démontre que le risque d'avoir une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs dans sa tranche d'âge est estimée à environ 10% (Référence : Fehringer, J Shoulder Elbow Surg, 2008).

Malgré l'atrophie musculaire, l'infiltration graisseuse constatée sur le bilan IRM est de grade I selon la classification de Goutallier. La littérature ne démontre pas de corrélation entre une infiltration graisseuse de grade I et la probabilité de présenter une lésion de la coiffe des rotateurs. (Référence : Goutallier, J Shoulder Elbow Surg, 2003).

Il n'y a pas de lien entre une arthropathie acromio-claviculaire et une lésion de la coiffe des rotateurs. L'arthropathie acromio-claviculaire se retrouve avec une incidence très élevée dans la population, la plupart du temps sans aucune signification clinique. »

Se fondant sur ce rapport médical, le recourant considère que les lésions dont il souffre ne sont pas d'origine exclusivement dégénérative, ce qui est de nature à fonder l'obligation de prise en charge de la CNA.

En date du 22 septembre 2015, le recourant a produit un courrier du Dr H._____ du 17 septembre 2015 adressé à son conseil, duquel il ressort ce qui suit :

« [...]

Un traumatisme de l'épaule en position d'abduction-rotation externe peut occasionner une lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs.

Il n'y a pas de lien entre une arthropathie acromio-claviculaire et une lésion de la coiffe des rotateurs.

Malgré l'atrophie musculaire, l'infiltration graisseuse constatée sur le bilan IRM est débutante et ne permet donc pas de conclure à une lésion chronique dégénérative de la coiffe des rotateurs. »

Fondé sur ce document, le recourant estime que dans la mesure où les lésions qu'il a subies ne sont indubitablement pas d'origine exclusivement malade, l'obligation de prise en charge de la CNA semble établie à satisfaction de droit.

Dans sa réplique du 15 octobre 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions, estimant que l'avis complémentaire du Dr H._____ était relativement sommaire et ne suffisait pas à remettre en question les conclusions détaillées du médecin d'arrondissement de la CNA.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si la CNA était légitimée à refuser l'octroi de prestations d'assurance, au motif qu'il n'existerait pas de lien de causalité entre l'événement du 5 septembre 2014 et l'atteinte à l'épaule droite.

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

invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 à l'atteinte et 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 et réf. cit.; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

c) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 921; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). 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. 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_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, l'on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

d) Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2).

4. a) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes (art. 9 al. 2 let. a à h OLAA) :

- les fractures,
- les déboîtements d'articulations,
- les déchirures du ménisque,
- les déchirures de muscles,
- les élongations de muscles,
- les déchirures de tendons,
- les lésions de ligaments,
- les lésions du tympan.

b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – 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 ; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 3.2 ; TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et réf. cit.). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative (TF 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1). Le fait que ces 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, comme expliqué ci-dessus, qu'un certain nombre de cas qui seraient en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.3).

c) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPG). En particulier, en l'absence d'une cause

extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2).

On précisera que dans le cadre de l'art. 9 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, 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 dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et réf. cit.).

5. a) 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale

favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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.

Cependant, 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 ou plus 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status 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 (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations,

la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

6. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert

qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

8. a) En l'espèce, il convient tout d'abord de constater que la rupture de la coiffe des rotateurs figure dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA [let. f : déchirure de tendons].

b) La controverse dans le cas d'espèce consiste à savoir si cette atteinte a été provoquée, au moins en partie, par le choc relativement fort de l'épaule contre une porte, ce qui constitue en soi un facteur extérieur soudain et involontaire, ou si elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

À cet égard, la CNA considère, en se fondant exclusivement sur l'avis médical du 8 janvier 2015 de son médecin d'arrondissement, le Dr D._____, qu'il n'existe aucun rapport de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 5 septembre 2014 et les troubles annoncés, raison pour laquelle elle refuse de verser des prestations d'assurance. Le Dr D._____ affirme en effet qu'une contusion directe de l'épaule droite lors d'une collision avec une porte n'est pas un mécanisme propre à pouvoir expliquer une rupture de la coiffe des rotateurs. À l'appui de son appréciation, le Dr D._____ avance plusieurs arguments, tels que l'âge de l'assuré, les modifications dégénératives du bord du tendon supra-épineux mises en évidence lors de l'IRM, une hypotrophie importante du

muscle sus-épineux ou encore une nette arthrose acromio-claviculaire hypertrophiée.

Le Dr H. _____ conteste quant à lui l'appréciation du médecin d'arrondissement, considérant qu'un traumatisme de l'épaule en position d'abduction-rotation externe peut occasionner une lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs. Il précise que dans le cas d'espèce, l'assuré était totalement asymptomatique avant l'événement traumatique du 5 septembre 2014 et qu'au vu de l'absence d'atrophie musculaire à l'IRM, une étiologie traumatique est la cause la plus vraisemblable de la lésion du tendon supra-épineux droit. Certes, comme développé ci-dessus, 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. supra consid. 5a). Toutefois, le Dr H. _____ ne se contente pas uniquement de cette affirmation mais développe les raisons pour lesquelles il conteste l'avis du Dr D. _____. En particulier, il explique, références médicales à l'appui, que les ruptures spontanées de la coiffe des rotateurs ne sont pas si fréquentes à l'âge de l'assuré, puisque le risque d'avoir une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs dans la tranche d'âge de ce dernier est estimée à environ 10 %. S'agissant de l'atrophie musculaire, le Dr H. _____ indique, toujours en se fondant sur la littérature médicale, qu'il n'existe pas de corrélation entre une infiltration graisseuse de grade I telle que constatée sur l'IRM et la probabilité de présenter une lésion de la coiffe des rotateurs. Il mentionne enfin qu'il n'y a pas de lien entre une arthropathie acromio-claviculaire et une lésion de la coiffe des rotateurs, dite arthropathie se retrouvant avec une incidence très élevée dans la population, la plupart du temps sans aucune signification clinique.

c) Autrement dit, force est d'admettre que l'opinion circonstanciée du Dr H. _____, qui est par ailleurs également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, met sérieusement en doute les constatations du Dr D. _____. Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait se contenter du seul avis de son médecin

d'arrondissement pour conclure qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'événement du 5 septembre 2014 et les troubles de l'épaule droite.

d) Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise afin de clarifier les aspects médicaux du cas et en particulier de déterminer si les lésions constatées sont ou non vraisemblablement en lien de causalité avec l'événement du 5 septembre 2014.

9. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 mars 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à T._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour T. _____), à Lausanne,
- Me Olivier Derivaz, (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :