

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 novembre 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Reinberg et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par DAS Protection juridique SA, à  
Étoy,

et

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 LAA ; art. 9 al. 2 aOLAA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé le 1<sup>er</sup> mars 2015 en qualité de magasinier-livreur par la société « R.\_\_\_\_\_ » (ci-après : l'employeur). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la T.\_\_\_\_\_ (ci-après : la T.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 12 octobre 2015, l'employeur a indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident le 9 octobre 2015 au niveau de l'épaule droite. Le déroulement de l'accident était décrit en ces termes : « s'est encoublé et est tombé en se cognant l'épaule ». Les premiers soins ont été donnés à l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ (ci-après : X.\_\_\_\_\_ ou l'hôpital), sis à [...].

Le 15 octobre 2015, la T.\_\_\_\_\_ a confirmé la prise en charge du cas, à savoir les frais de traitement médical, dans la mesure où cet accident n'avait pas entraîné d'incapacité de travail.

Dans son rapport du 22 octobre 2015 adressé à la T.\_\_\_\_\_, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin au X.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite, retenant que le traitement s'était terminé le 10 octobre 2015.

A la suite de douleurs persistantes, l'assuré a consulté au mois de janvier 2016 la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, laquelle a préconisé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a, dans son rapport du 27 janvier 2016 consécutif à une IRM de l'épaule droite, fait part des constatations suivantes :

« (...)

**Description**

<u>Structures osseuses</u>	: <i>petite arthrose acromio-claviculaire avec œdème osseux au versant de la clavicule.</i>
<u>Tendon du long biceps</u>	: <i>altération de signal de sa portion intra-articulaire traduisant une tendinopathie chronique. Pas de déchirure.</i>
<u>Tendon du sous-scapulaire</u>	: <i>nette altération de signal, ses fibres sont épaissies et petite lésion transfixiante au niveau supérieur.</i>
<u>Tendon du sus-épineux</u>	: <i>rupture subtotale, présence de quelques fibres postérieures qui demeurent intactes. Rétraction du tendon jusqu'à la hauteur de la glène.</i>
<u>Tendon du sous-épineux</u>	: <i>rupture incomplète du tendon. Quelques fibres inférieures sont encore intactes.</i>
<u>Bourse sous-acromiale</u>	: <i>petite bursite sous-acromiale.</i>
<u>Synoviale</u>	: <i>épanchement gléno-huméral avec petite synovite.</i>
<u>Bourrelet</u>	: <i>pas d'anomalie.</i>
<u>Cartilage gléno-huméral</u>	: <i>intact.</i>
<u>Muscles</u>	: <i>hypotrophie des muscles sus et sous-épineux. Infiltration graisseuse de type 2 du muscle sus-épineux et du sous-scapulaire. Infiltration de type 3 du sous-épineux.</i>

### **Conclusion**

**Déchirure subtotale du sus-épineux et déchirure incomplète du sous-épineux. Tendinopathie importante du sous-scapulaire avec déchirure de la partie supérieure. Tendinopathie du long chef du biceps. »**

A la demande de la Dresse W.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré et dans son rapport établi le 14 mars 2016, il a notamment relevé ce qui suit :

« (...)

Ce patient qui travaille dans la manutention et dans la livraison de boissons et fait donc de gros efforts a chuté le 9 octobre 2015 et a présenté dès le départ des signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs.

Devant l'évolution négative en date du 27 janvier 2016, tu avais pratiqué par le centre d'imagerie d' [...] une résonance magnétique qui est absolument péremptoire dans ces conclusions.

En effet, même si je n'ai pas vu les clichés, le radiologue responsable décrit une déchirure quasi-totale du sus-épineux avec une déchirure incomplète du sous-épineux, une tendinopathie de surcharge du sous-scapulaire avec malgré tout une partie supérieure déchirée ainsi qu'une tendinopathie du long-chef du biceps.

A l'examen clinique, on est frappé hormis le caractère quelque peu massif du patient par une diminution déjà partielle de la mobilité passive. En effet, j'ai de la difficulté à obtenir l'abduction et l'antépulsion passive complète. Le patient a des douleurs au passage lors du défilé sous-acromial et en actif, il a une mobilité de 50 % tout au plus et celle-ci manque de force et est douloureuse.

Dans le cas de ce malade, vue sa profession, sa corpulence et les gênes actuelles, il ne fait aucun doute que l'on doit en l'état proposer une réparation qui, compte tenu de la distance, qui nous sépare de l'évènement ne doit plus trop tarder.

En effet, plus on attend, plus le risque de rétraction est grand et d'autre part, l'involution graisseuse des muscles concernés est importante.

Si l'on tient à avoir un résultat des plus favorables, il s'agit maintenant de ne plus tergiverser et d'intervenir dans un délai le plus court possible.

J'ai donc proposé à Monsieur K. \_\_\_\_\_ d'intervenir chez lui et de pratiquer par un abord de Neer avec acromioplastie élargie et reconstitution puis réinsertion transosseuse par agrafes de Mitek de la coiffe des rotateurs avec probablement un renforcement concomitant, compte tenu du temps qui nous sépare de l'évènement.

Le patient n'est pas très chaud pour l'intervention, ce que je peux parfaitement comprendre.

J'ai donc estimé qu'il était bon qu'il en rediscute avec toi et qu'aux vues des arguments présentés vous décidiez d'un commun accord si vous voulez tenter l'intervention chirurgicale ou non.

Dans le cas où celle-ci devait devenir d'actualité, je te saurais gré d'annoncer le cas à mon secrétariat tout en sachant que je suis absent du 6 avril au 25 et qu'à mon avis il ne faudrait pas laisser traîner les choses.

Pour terminer, j'ajoute qu'en cas d'intervention vue la profession du malade, une attelle d'abduction est nécessaire pour six semaines avec un arrêt de travail consécutif dans la profession décrite de trois mois.

(...). »

Le 17 mai 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la T. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs. Il a retenu que l'assuré présentait des facteurs étrangers à l'accident, à savoir une omarthrose, une dégénérescence graisseuse de type II et III, ainsi qu'une obésité. Il a estimé qu'il n'y avait pas d'intervention chirurgicale à prévoir en lien avec l'accident du 9 octobre 2015. A titre de remarques, le Dr S. \_\_\_\_\_ a encore mentionné ce qui suit : « Situation terminée telle que rapport bagatelle l'estime : 10.10.15 ».

Par décision du 20 mai 2016, la T.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2015. Elle a estimé que l'examen du dossier médical de l'assuré ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 9 octobre 2015 et les lésions à l'épaule droite ayant nécessité la reprise d'un traitement médical depuis le mois de janvier 2016, et que « de l'avis de [son] médecin-conseil, il s'agi[ssait] d'atteintes d'origine exclusivement malade ». Dès lors, toujours selon la T.\_\_\_\_\_, la situation de l'assuré relevait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 du ressort de l'assureur-maladie. Elle précisait qu'elle renonçait toutefois à faire valoir le remboursement des frais qu'elle avait déjà réglés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Par courrier électronique du 24 mai 2016, l'assuré a formulé ses objections quant à la décision du 20 mai 2016, soutenant que ses douleurs à l'épaule droite étaient dues à sa chute du 9 octobre 2015. Il a précisé qu'il n'avait pas l'habitude de se rendre chez le médecin pour un moindre mal, raison pour laquelle il n'avait consulté la Dresse W.\_\_\_\_\_ qu'au mois de janvier 2016, lorsque ses douleurs étaient devenues insoutenables. Il a expliqué qu'il avait refusé l'opération qui lui avait été proposée, au vu de l'incapacité de travail de six mois qui en serait découlée. Il a estimé que la T.\_\_\_\_\_ pouvait prendre en charge les frais des traitements médicaux au-delà du 31 décembre 2015, d'autant plus que le traitement était à présent terminé.

Par courrier du 15 juin 2016, l'assuré a confirmé son opposition contre la décision rendue le 20 mai 2016 par la T.\_\_\_\_\_, en concluant à la prise en charge des frais médicaux occasionnés au-delà du 31 décembre 2015. Il a soutenu que ses douleurs à l'épaule étaient dues à son accident du 9 octobre 2015. A cet égard, il a exposé qu'il avait espéré que ses douleurs s'estomperaient avec le temps, mais que cela n'avait pas été le cas, raison pour laquelle il n'en avait fait part à la Dresse W.\_\_\_\_\_ qu'au mois de janvier 2016, laquelle l'avait adressé ensuite au Dr I.\_\_\_\_\_ et au Dr J.\_\_\_\_\_.

Le 18 juillet 2016, l'assuré, désormais représenté par DAS Protection juridique SA, a complété son opposition du 15 juin 2016. Il a fait valoir que selon la Dresse W.\_\_\_\_\_, les déchirures tendineuses étaient en lien direct avec la chute du 9 octobre 2015 et devaient en conséquence être prises en charge par l'assureur-accidents au-delà du 31 décembre 2015.

Pour étayer ses dires, il a produit un rapport du 14 juillet 2016 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, aux termes duquel ce médecin a observé que l'assuré avait été victime d'une chute le 9 octobre 2015 avec anamnestiquement d'emblée des signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs. Elle a exposé que l'assuré avait été examiné le 10 octobre 2015 au X.\_\_\_\_\_ avec une impotence fonctionnelle de l'épaule. Le bilan radiologique effectué à l'hôpital n'avait certes pas démontré de fracture, toutefois compte tenu des plaintes de son patient, elle avait préconisé une IRM au mois de janvier 2016, laquelle avait conclu à une déchirure subtotale du sus-épineux et incomplète du sous-épineux, ainsi qu'à une tendinopathie du sous-scapulaire avec déchirure de la partie supérieure. Elle a indiqué qu'elle avait ensuite adressé l'assuré au Dr J.\_\_\_\_\_, lequel avait proposé une acromioplastie avec reconstitution de la coiffe des rotateurs, mais que l'assuré avait refusé cette intervention de crainte de perdre son emploi. La Dresse W.\_\_\_\_\_ notait que l'assuré ne s'était jamais plaint auparavant de cette épaule, que malgré un seuil douloureux élevé, il avait consulté le service des urgences au X.\_\_\_\_\_ avec une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, ce qui témoignait des dégâts aigus liés à la chute du 9 octobre 2015. Elle arrivait à la conclusion que les déchirures tendineuses de l'épaule droite étaient en lien direct avec cette chute, nonobstant une certaine tendinopathie préexistante.

Par décision sur opposition du 22 août 2016, la T.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 20 mai 2016. Elle a retenu que de l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ et au vu de l'IRM du 27 janvier 2016, l'assuré présentait de nombreuses atteintes d'origine malade préexistantes à l'accident du 9 octobre 2015. La T.\_\_\_\_\_ a précisé que le Dr S.\_\_\_\_\_ relevait que l'assuré souffrait d'une atteinte

fonctionnelle chronique supérieure à un an, due à une non-utilisation du membre depuis longtemps. A ses yeux, il ne faisait ainsi aucun doute que les ruptures tendineuses étaient préexistantes à la contusion subie le 9 octobre 2015, laquelle n'avait pu jouer qu'un rôle transitoire. Dans un tel cas, son devoir d'allouer des prestations prenait fin si l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, soit en l'espèce au 31 décembre 2015.

**B.** Par acte du 22 septembre 2016, K.\_\_\_\_\_, représenté par DAS Protection juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition de la T.\_\_\_\_\_ du 22 août 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la prise en charge de l'ensemble des prestations d'assurance liées à l'événement du 9 octobre 2015 et, subsidiairement au renvoi de la cause à la T.\_\_\_\_\_ pour nouvelle expertise médicale. Il fait grief à la T.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir examiné le cas sous l'angle d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Il allègue qu'au regard de la jurisprudence (ATF 139 V 327 consid. 3.3.2), le fait qu'il souffre d'une atteinte fonctionnelle chronique supérieure à un an, comme l'atteste le Dr S.\_\_\_\_\_, est insuffisant pour conclure que ses lésions sont désormais d'origine exclusivement dégénérative. Il explique que même s'il ressort du rapport d'IRM du 27 janvier 2016 qu'il souffre d'une tendinopathie chronique, il est également mentionné dans ce rapport qu'il présente une déchirure subtotale du sus-épineux, ainsi que d'une déchirure incomplète du sous-épineux. Il soutient le fait que des lésions soient favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations de l'assurance-accidents. A son avis, aucune tendinopathie, ni autre quelconque facteur étranger évoqué par le Dr S.\_\_\_\_\_, ne saurait causer une déchirure du tendon. Il précise que ce type de déchirure ne peut résulter que d'une chute violente sur l'épaule. Il se réfère au rapport de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2016, laquelle relève que les déchirures tendineuses à l'épaule droite sont en lien direct avec la chute du 9 octobre 2015. Il considère dès lors qu'il est improbable que ses lésions soient attribuées exclusivement à un phénomène dégénératif. Il expose qu'il ne s'est jamais rendu chez son médecin

avant sa chute du 9 octobre 2015, ce qui démontre, à son sens, qu'il n'avait jamais souffert de douleurs avant cet accident. Il arrive à la conclusion que les lésions constatées par le Dr S.\_\_\_\_\_, ainsi que la tendinopathie relevée par l'examen IRM, ne sauraient à elles seules provoquer ces troubles, de sorte que le lien de causalité entre l'accident du 9 octobre 2015 et sa symptomatologie doit être admis.

Dans sa réponse du 11 novembre 2016, l'intimée a proposé le rejet du recours. Elle considère que la description des muscles (hypotrophie des muscles sus et sous-épineux. Infiltration graisseuse de type 2 du muscle sus-épineux et du sous-scapulaire. Infiltration graisseuse de type 3 du sous-épineux) faite dans l'examen IRM du 27 janvier 2016 en rapport avec les déchirures tendineuses des trois tendons, qui composent la coiffe des rotateurs, est le signe de déchirures d'origine exclusivement dégénérative, lesquelles sont antérieures à la contusion subie le 9 octobre 2015. Elle produit copie de son dossier et l'appréciation du 8 novembre 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_, selon laquelle ce médecin considère que les infiltrations graisseuses de type 2 pour les muscles sus-épineux et sous-scapulaire et même de type 3 pour le muscle sous-épineux signalent une atteinte fonctionnelle de cette coiffe supérieure à un an, le recourant s'étant progressivement adapté à la limitation de sa coiffe des rotateurs, en modifiant la fonction/l'utilisation de son épaule, et que les ruptures tendineuses mises en évidence dans l'IRM du 27 janvier 2016 étaient préexistantes à la contusion subie le 9 octobre 2015.

Par réplique du 16 janvier 2017, le recourant allègue qu'aucune pièce au dossier ne permet d'établir le caractère exclusivement maladif ou dégénératif de ses lésions, de sorte que ces dernières doivent être considérées comme étant accidentelles. A son sens, dans son rapport du 14 juillet 2016, la Dresse W.\_\_\_\_\_ affirme notamment que ses lésions sont d'origine accidentelle. A cela s'ajoute le fait qu'il n'a jamais ressenti de douleurs qui l'auraient décidé à consulter un médecin avant la chute du 9 octobre 2015, ce qui

démontre la différence entre l'état de son épaule avant la chute et l'état de son épaule après la chute. Il conclut une nouvelle fois qu'aucun élément ne permet de retenir qu'un état exclusivement dégénératif ou maladif préexistant est établi et que le *statu quo sine* n'a jamais été atteint.

Par duplique du 7 février 2017, l'intimée soutient que l'IRM du 27 janvier 2016 établit l'origine dégénérative exclusive des lésions que présente le recourant. Elle relève que ces lésions n'ont pas pu être causées par une contusion, comme l'explique le Dr S.\_\_\_\_\_. L'IRM n'a seulement révélé qu'un état préexistant, de surcroît ancien. L'intimée considère qu'on ne peut rien déduire de l'unique consultation après la chute du 9 octobre 2015 sur ses éventuelles conséquences traumatiques, d'autant plus que le recourant a continué son activité professionnelle.

Par courrier du 18 avril 2017, la juge instructeur a invité l'intimée à transmettre le rapport du 26 juillet 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_.

Par correspondance du 19 avril suivant, l'intimée a répondu que la soumission au Dr S.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2016 n'a pas fait l'objet d'un rapport écrit. Elle a revanche produit le compte-rendu écrit de cette soumission orale établi le 26 juillet 2016, indiquant que le Dr S.\_\_\_\_\_ confirme qu'il s'agit d'une atteinte fonctionnelle chronique supérieure à un an selon la littérature, due à une non-utilisation du membre depuis longtemps et que les ruptures mises en évidence sont donc préexistantes à la contusion survenue le 9 octobre 2015. Le Dr S.\_\_\_\_\_ considère en outre que la cause des douleurs n'est pas nécessairement l'atteinte à la coiffe des rotateurs, mais que l'arthrose acromio-claviculaire avec œdème peut aussi être responsable de ces douleurs, tout en précisant que cette atteinte est toutefois sans rapport de causalité avec l'événement du 9 octobre 2015.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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 (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre les 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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge l'ensemble des prestations d'assurance

liées à l'événement survenu le 9 octobre 2015, et plus particulièrement au-delà du 31 décembre 2015.

**3. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés, à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 232 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> édition, n° 80 p. 865). Aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas atteint, respectivement 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).

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 1er

octobre 2009 consid. 2.2). 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).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (TF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références citées ; U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est 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 ; 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

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 (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb, TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**4.** Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, applicable en l'espèce (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3), l'art. 6 al. 2 aLAA permet au Conseil fédéral d'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 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, 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) sont assimilés à un accident même s'ils ne sont pas causés par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'ils ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1), étant précisé que les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b).

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. L'assureur-accidents doit ainsi 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 aOLAA 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, tout 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 corporelle assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant 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 LPGA). 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 présentant une certaine importance - fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid.2.1).

Le droit aux prestations pour une lésion corporelle assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions corporelles 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. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de la vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (TF 8C\_565/2015 du 15 juin 2016 ; 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C\_578/2013 du 13 août 2013 consid. 2.2 et les références citées ; cf. TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, si inversement elles sont d'origine exclusivement dégénérative. 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 ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses 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 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. 5.2.1 et 5.3).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs contradictions soient bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**6. a)** En l'espèce, l'IRM du 27 janvier 2016, pratiquée pour rechercher l'origine des douleurs à l'épaule, a mis en évidence diverses pathologies, dont une rupture de la coiffe des rotateurs, diagnostic sur lequel l'ensemble des médecins s'accordent (cf. rapport d'IRM du 27 janvier 2016, J. \_\_\_\_\_ et rapport 17 mai 2016 du Dr S. \_\_\_\_\_).

Une telle lésion est comprise dans la liste exhaustive énumérée à l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA, qui tend précisément à éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident dans le cas notamment d'une déchirure des tendons. Force est toutefois de constater que l'intimée n'a pas examiné le cas du recourant sous l'angle de l'art. 6 al. 2 aLAA et n'a dès lors pas fait application de l'art. 9 al. 2 aOLAA. C'est sous l'angle spécifique inhérent à ce type d'atteinte que l'intimée devait examiner la question du lien de causalité entre l'accident du 9 octobre 2015 et les atteintes prévalant au-delà du 31 décembre 2015.

**b)** En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations d'assurance au 31 décembre 2015 par décision du 20 mai 2016, estimant que le dossier médical du recourant ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement du 9 octobre 2015 et les troubles persistant au-delà du 31 décembre 2015.

Pour prendre sa décision, l'intimée s'est fondée exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr S.\_\_\_\_\_.

Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu dans son rapport du 27 janvier 2016 à une déchirure subtotale du sus-épineux, à une déchirure incomplète du sous-épineux, à une tendinopathie importante du sous-scapulaire avec déchirure de la partie supérieure ainsi qu'à une tendinopathie du long chef du biceps. Il a notamment constaté une petite arthrose acromio-claviculaire avec œdème osseux ainsi qu'une hypotrophie des muscles sus et sous-épineux, une infiltration graisseuse de type 2 du muscle sus-épineux et du sous-scapulaire et une infiltration de type 3 du sous-épineux.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime au vu de ces constatations et à ce stade d'évolution, c'est-à-dire de type 2, qu'il s'agit d'une atteinte fonctionnelle chronique supérieure à un an selon la littérature, les lésions tendineuses étant ainsi préexistantes à l'accident. Toutefois, ces conclusions ne sont nullement démontrées, ce praticien se limitant à une simple allusion à la littérature sans autre précision et ne donnant pas d'explications détaillées à l'appui de celles-ci. De plus, le fait qu'il y ait des lésions dégénératives antérieures à l'accident n'exclut pas la prise en charge de la part de l'assureur-accidents. Il ne suffit en effet pas de constater des lésions antérieures dégénératives pour exclure la prise en charge, il faut en sus que les troubles puissent être attribués à une origine exclusivement malade ou dégénérative.

Les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ ne sauraient donc être suivies.

Il en va de même de celles de la Dresse W.\_\_\_\_\_, selon lesquelles les déchirures tendineuses sont en lien direct avec la chute du 9 octobre 2015. Outre le fait qu'elle n'est pas spécialiste, elle ne motive pas les raisons pour lesquelles elle parvient à cette conclusion, se bornant à affirmer qu'anamnestiquement, le recourant présentait d'emblée des

signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs et qu'il avait consulté le service des urgences du X.\_\_\_\_\_ avec une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, ce qui témoignerait, selon elle, des dégâts aigus liés à cette chute.

Ces conclusions, insuffisamment documentées, ne peuvent pas non plus être suivies.

Quant aux autres avis des médecins, ils ne permettent pas non plus de déterminer si les atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 9 octobre 2015 ou si elles sont exclusivement dégénératives. La Dresse B.\_\_\_\_\_ n'a vu le recourant qu'en urgence le 10 octobre 2015 et s'est limitée à constater une contusion à l'épaule droite. Le Dr J.\_\_\_\_\_ n'a également examiné le recourant qu'une seule fois. Il ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité ni sur la question de savoir si l'état de santé du recourant au 1<sup>er</sup> janvier 2016 était d'origine exclusivement dégénérative. Il affirme seulement que le recourant a présenté dès le départ des signes d'atteinte de la coiffe des rotateurs et qu'il avait proposé une intervention, qui ne devait plus trop tarder.

Quant à l'argument du recourant selon lequel il n'a jamais présenté de douleurs à l'épaule droite avant sa chute du 9 octobre 2015, il ne lui est d'aucun secours. En effet, 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 (cf. consid. 3b supra).

Ainsi force est de constater qu'aucun avis médical ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante pour trancher l'objet du litige. Partant, la Cour de céans ne dispose au demeurant pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations du recourant au-delà du 31 décembre 2015 en toute connaissance de cause.

**7. a)** Selon l'art. 43 LPGA, 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

doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. 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 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

**b)** Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000 ; cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; à contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 138 V 318 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes de l'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Il incombera à l'intimée de mettre en œuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA, étant ici réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune afin d'établir si les troubles du recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 9 octobre 2015.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Voyant son recours admis, le recourant peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer l'indemnité de dépens à 2'000 fr. T.V.A. comprise compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 22 août 2016 par T.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**III.** T.\_\_\_\_\_ versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) au recourant.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection juridique SA (pour K.\_\_\_\_\_), à Etoy,
- T.\_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :