

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 août 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Adrienne Favre, avocate à Lausanne,

et

**Y.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 et 2 LAA et art. 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, jardinier paysagiste, a été victime d'un accident le 14 décembre 2013. En allant chercher une caisse de bois de cheminée, il a marché sur une bûche et a heurté un mur avec l'épaule droite.

Le 8 janvier 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rupture subtotale du tendon du sous-scapulaire avec luxation médiane hors de la gouttière bicipitale du tendon du long chef du biceps, une tendinopathie distale du sus-épineux et une discrète contusion du trochiter de l'épaule droite. Le 16 janvier 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, pour sa part, diagnostiqué une déchirure partielle importante du sus-épineux et a proposé une arthroscopie avec réparation de la coiffe et « ténotomie du LCB [long chef du biceps] +/- réparation du labrum ». Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé cette indication opératoire, le 28 janvier 2014.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a opéré l'épaule droite de l'assuré le 4 mars 2014.

Y.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : Y.\_\_\_\_\_ SA ou l'intimée) a pris en charge les frais de traitement et alloué des indemnités journalières pour la période d'incapacité de travail qui a suivi l'accident, puis l'opération, entière jusqu'au 31 août 2015, puis à 50 % (cf. certificats médicaux du Dr W.\_\_\_\_\_).

Une IRM de l'épaule a été pratiquée le 13 juin 2014. Dans le rapport d'examen, il est conclu ce qui suit :

« Remaniements post-opératoires d'aspect banal, sans signes de redéchirure, notamment du sus-épineux.  
Arthroscopie acromio-claviculaire avec ostéophytose inférieure.

Petite quantité de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne et dans l'articulation gléno-humérale, sans évidence de déchirure transfixiante de la coiffe.

Cet aspect peut être en rapport avec une bursite. »

Il ressort d'un rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2014 que l'IRM précitée, qui s'était révélée normale, avait été motivée par la lenteur de l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Un examen neurologique avait été organisé, qui n'expliquait pas non plus le peu d'évolution. Le Dr W. \_\_\_\_\_ avait donc proposé au patient d'intensifier la physiothérapie en passant à quatre séances par semaine.

Dans un rapport du 28 octobre 2014, le Dr W. \_\_\_\_\_ a observé une « re-déchirure post-réparation de la coiffe sans rétraction tendineuse visible » et une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne réactionnelle. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a prescrit une injection de PRP (plasma riche en plaquettes) et attesté une incapacité entière de travail depuis le 5 décembre 2014 (cf. certificat du même jour). Six semaines après l'injection, le Dr W. \_\_\_\_\_ a constaté, dans un rapport du 23 janvier 2015, que l'état de son patient s'améliorait. Il a prescrit neuf séances de physiothérapie. L'assuré a repris le travail à 50 % le 23 février 2015.

Y. \_\_\_\_\_ SA a adressé l'assuré au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 avril 2015, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique scapulo-brachial droit, de tendinopathie du sus-épineux et lésion partielle du sous-scapulaire droit et de status après réparation arthroscopique du sus-épineux et du sous-scapulaire droits avec ténodèse du long biceps. Il a observé en conclusion qu'il était difficile d'expliquer par les éléments objectifs l'importance du syndrome douloureux résiduel ainsi que l'impossibilité de réaliser une abduction active. Dans ce contexte, il était peu probable qu'une révision chirurgicale avec complément de réparation du sous-scapulaire permette d'améliorer significativement la situation sur le plan subjectif.

Par courrier du 4 février 2016, Y. \_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré de la nécessité de mettre en œuvre une expertise auprès du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la suspension des prestations jusqu'à connaissance des conclusions du médecin expert.

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a effectué une IRM de l'épaule gauche. Dans un rapport du 7 mars 2016 adressé au Dr B. \_\_\_\_\_, il a constaté une tendinopathie avec une déchirure subtotale à l'insertion du tendon du sous-épineux, une tendinopathie plus modérée sans déchirure significative du tendon du sous-scapulaire à l'insertion, une tendinopathie mineure sans déchirure du tendon du sus-épineux, un important remodelé inflammatoire acromio-claviculaire vraisemblablement d'ordre dégénératif actuellement acutisé et un ganglion cyst du récessus rétro-scapulaire. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a ensuite effectué une IRM de l'épaule droite. Dans un rapport du 9 mars 2016, il a constaté une rupture avec rétraction centimétrique du tendon du sous-épineux à l'insertion, un status post-réinsertion des tendons du sus-épineux et sous-scapulaire, modérément remaniés mais sans déchirure significative, un status post-ténodèse du long chef du biceps (LCB), une importante amyotrophie grasseuse de la moitié supérieure du tendon du sous-scapulaire, une amyotrophie plus relative avec une discrète infiltration grasseuse du sus-épineux et du groupement supérieur du sous-épineux, un remodelé osseux traduisant une tendinopathie d'insertion chronique du sous-épineux, d'aspect dégénératif sans déchirure du bourrelet glénoïdien antérieur, une ostéoarthropathie acutisée inflammatoire acromio-claviculaire à caractère dégénératif, une touche de bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne et une synovite réactionnelle associée.

Dans un rapport du 11 mars 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé qu'il valait la peine de procéder à une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie. Il souhaitait que l'assurance-accidents, qui avait suspendu l'octroi des prestations, revoie sa position car il s'agissait des suites de l'accident.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 26 février 2016. Dans son rapport, du 22 mars 2016, il a retenu les diagnostics de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules, de status deux ans et deux mois après contusion de l'épaule droite, possiblement à l'origine d'une décompensation de la tendinopathie connue, de status près de deux ans après arthroscopie de l'épaule droite, avivement et refixation des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, ténotomie puis ténodèse du long chef du biceps, bursectomie et coracoplastie de l'épaule droite et d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, marquée. Ce médecin a conclu comme suit :

« [...] En définitive, Mr J. \_\_\_\_\_ présente une tendinopathie chronique (dégénérative) de la coiffe des rotateurs aux deux épaules. Du côté droit, il existe un doute quant à une péjoration aigüe de cette tendinopathie lors de l'événement survenu le 14 décembre 2013. La supputée lésion traumatique fut traitée correctement. Elle ne montre pas de complication majeure (lâchage de suture, conflit sous-acromial majeur, bursite particulièrement inflammatoire, arthrofibrose significative de l'articulation de l'épaule, ou autre).

Habituellement, un délai de 6-12 mois (délai dépendant de la qualité tissulaire traitée) paraît nécessaire pour récupérer d'une telle chirurgie, permettant un retour à un status fonctionnel usuel (status quo sine).

Dans le cas présent, ce délai devrait inclure le bilan orthopédique universitaire, qui concluait, encore une fois, que les lésions, supputées en lien avec le traumatisme du 14 décembre 2013, ne pouvaient rendre compte des plaintes résiduelles. Au-delà, il faut considérer que le cursus de l'épaule droite de Mr J. \_\_\_\_\_ fut manifestement régi par le potentiel évolutif de sa coiffe des rotateurs dégénérative (argument qui prévaut aussi pour l'épaule controlatérale). »

La relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 14 décembre 2013 et les plaintes et troubles constatés lors de l'expertise paraissait hautement, voire très hautement, improbable selon l'expert. Aucune incapacité de travail d'origine accidentelle ne pouvait être constatée au-delà du délai d'un an post-opératoire (mars-avril 2015).

L'incapacité de travail qui prévalait depuis cette date était en relation avec la tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs.

Par courrier du 19 avril 2016, Y. \_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré de son intention de retenir le 21 avril 2015 comme date de fin de causalité.

L'assuré a changé de médecin traitant et consulté le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a établi un certificat médical le 27 avril 2016, attestant une origine accidentelle de la redéchirure de la coiffe de l'épaule droite. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a contesté la position d'Y. \_\_\_\_\_ SA par courrier du 2 mai 2016.

Le 7 juin 2016, l'assuré a notamment observé que son cas devait être examiné sous l'angle des lésions assimilées à un accident, que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ ne permettait en aucun cas de soutenir que les lésions étaient d'origine exclusivement dégénérative, tandis que ses médecins traitants considéraient qu'elles étaient d'origine accidentelle.

Le 27 juin 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès d'Y. \_\_\_\_\_ SA, a rendu l'avis suivant :

« Mon avis médical sur dossier est basé sur : le rapport médical de l'Y. \_\_\_\_\_ SA, l'interprétation personnelle du bilan radiologique et en particulier les clichés de l'épaule gauche et droite des 7.3 et 9.3.2016, de l'avis d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 22.3.2016 et enfin des lettres du Dr C. \_\_\_\_\_ des 27.4 et 2.5.2016, et du Dr N. \_\_\_\_\_ du 11.3.2016.

En préambule, j'aimerais remarquer que la notion de luxation n'a jamais été objectivée. En effet, il n'y a pas de bilan radiologique objectivant cette dernière, mais surtout que sur tous les bilans radiologiques, en particulier les arthrographies ou arthro-IRM, il n'est jamais visualisé les stigmates d'une luxation (lésion de Bankart, encoche de la tête humérale, lésion du LGHI [ligament gléno-huméral inférieur]), et que sur le protocole opératoire du Dr W. \_\_\_\_\_, il n'est pas noté de lésion du bourrelet.

J'aimerais également soulever un deuxième point qui me semble essentiel, l'assuré présente tous les facteurs de risque des tendinopathies, en particulier le tabagisme avec 1 paquet par jour, mais également un syndrome métabolique avec intolérance [au] glucose, hypercholestérolémie, et enfin une activité manuelle de force en élévation des épaules, de longue date.

Toutes les études épidémiologiques ont montré que les lésions de la coiffe commencent dès l[a] 3<sup>ème</sup> ou la 4<sup>ème</sup> décade, même si elles sont beaucoup plus fréquentes à partir de la 6<sup>ème</sup> décade. Chez M. J.\_\_\_\_\_, la pluralité des lésions — en particulier du côté gauche qui n'a pas présenté de traumatisme — montre l'importance des facteurs biologiques, puisque l'épaule gauche présente des lésions tendineuses, pratiquement aussi importantes que l'épaule droite, côté dominant.

[...]

Comme le Dr B.\_\_\_\_\_, je pense que les facteurs biologiques sont totalement déterminants dans l'évolution de cette lésion de la coiffe des rotateurs pour laquelle la contusion n'a été qu'un élément minime, tout au plus déclenchant le syndrome douloureux.

Concernant l'indication opératoire, le Prof. L.\_\_\_\_\_ tient clairement compte dans sa lettre du 27.4.2015 de la problématique biologique essentielle, mais également d'un syndrome douloureux chronique, très marqué, expliqué difficilement par les éléments objectifs en date de sa consultation, et en particulier l'IRM d'octobre 2014, soit la deuxième IRM post-opératoire.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ parle d'une rupture itérative au niveau du tendon sus-épineux, mais les Drs B.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ parlent plutôt d'une rupture de la partie haute du sous-épineux.

[...] En résumé, je rejoins donc l'avis du Prof. L.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_, pour une abstention d'une nouvelle intervention chirurgicale, et la nécessité de recycler professionnellement M. J.\_\_\_\_\_.

Concernant l'avis asséculoologique du Dr B.\_\_\_\_\_, l'assureur LAA ayant retenu la notion d'accident (contusion versus luxation), je pense que les éléments biologiques dégénératifs étant déterminants, le statu quo sine fixé à une année de l'intervention est correct. »

Y.\_\_\_\_\_ SA a rendu une décision le 5 juillet 2016 prononçant la suspension des prestations versées au titre de l'assurance-accidents avec effet au 21 avril 2015, renonçant à demander la restitution des prestations versées jusqu'à la décision.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 2 septembre 2016, soulevant pour l'essentiel que le Dr B.\_\_\_\_\_ n'était pas catégorique sur la cause des troubles à l'épaule droite, que les médecins l'ayant pris en charge ensuite de l'accident n'avait pas fait état d'une éventuelle pathologie dégénérative, réitérant pour le surplus sa position du 7 juin 2016.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_ a exprimé être surpris du refus d'Y.\_\_\_\_\_ SA de prendre en charge l'intervention qu'il avait proposée, dès lors qu'il s'agissait bien d'une suite de l'accident. Il rappelait qu'il s'agissait d'une avulsion traumatique qui n'avait jamais cicatrisé complètement.

Dans un rapport du 30 janvier 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ relevait ce qui suit :

« Diagnostics et problèmes

- Syndrome douloureux chronique posttraumatique scapulo-brachial D.
- Tendinopathie du sus-épineux et lésion partielle du sous-scapulaire D.
- Status après réparation arthroscopique du sus-épineux, du sous-scapulaire D avec ténodèse du long biceps le 4 mars 2014.

[...] Le patient revient après 2 ans d'évolution. La situation clinique n'a apparemment pas changé avec des douleurs décrites comme très importantes aussi bien au repos qu'à l'utilisation du bras, débutant dans la région latéro-cervicale prenant l'ensemble de la ceinture scapulaire et irradiant jusqu'à la main, parfois accompagnée de paresthésies diffuses.

Monsieur J.\_\_\_\_\_ suit un traitement de physiothérapie à raison de 2x par semaine avec une amélioration apparemment substantielle. Prend également 2 à 3 comprimés de Dafalgan par jour. Sur le plan professionnel, le patient est en incapacité complète depuis le 15 janvier comme jardinier paysagiste indépendant.

[...]

Conclusions, traitement et évolution :

Monsieur J.\_\_\_\_\_ présente un important syndrome douloureux chronique cervico-brachial D [droit] persistant après réparation des sus-épineux et sous-scapulaires associée à une ténodèse du long biceps en 2014. A l'examen objectif il existe une tendinopathie résiduelle des 2 tendons réparés avec vraisemblablement une lésion de petite taille dans la partie du sous-scapulaire comme l'avait mis en évidence une discrète fuite de liquide de contraste à l'arthro-IRM de 2014. Il est quelque peu surprenant que des lésions partielles et d'assez petite taille conduisent à elles seules à un syndrome douloureux et une impotence fonctionnelle aussi marquées. Je n'ai pour ma part pas retenu d'indication à une révision chirurgicale ni à une reprise de réparation tendineuse.

Des investigations complémentaires au niveau cervicale paraissent souhaitable actuellement compte tenu de la symptomatologie actuelle. Actuellement, la problématique professionnelle semble au premier plan et le patient va s'annoncer (ou se ré-annoncer) à l'AI [assurance-invalidité] compte tenu de la problématique touchant la région cervico-brachiale et la hanche.

Au cours des 2 évaluations réalisées dans notre service je n'ai pas procédé à une évaluation de causalité. Dans un contexte de conflit asséculo-logique (le patient est assisté d'un avocat pour ses démarches) il me semble souhaitable qu'une telle analyse soit réalisée dans le cadre d'une expertise médicale indépendante.

Il n'y a pas de contrôle prévu dans le service, mais je reste bien sûr à disposition pour réévaluer la situation si nécessaire. »

Y.\_\_\_\_\_ SA a rendu une décision le même jour rejetant l'opposition de l'assuré.

**B.** Par acte de son mandataire du 2 mars 2017, J.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que l'assurance-accidents poursuive la prise en charge complète des troubles subis, en particulier à l'épaule droite, ensuite de l'accident du 14 décembre 2013, soit notamment par la poursuite du paiement des indemnités journalières. Il a subsidiairement conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants, plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise sur la question du lien de causalité entre l'accident et ses

lésions. Il requiert par ailleurs la restitution de l'effet suspensif de la décision attaquée. Il reproche pour l'essentiel à l'intimée de ne pas s'être prononcée sur l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, alors que c'est sous l'angle de cette disposition, dans sa teneur en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017, que son cas aurait dû être examiné. Le recourant a également réitéré les arguments soulevés durant la procédure administrative. Il a produit une liasse de pièces, dont le rapport du 30 janvier 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 22 mai 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sur la base des conclusions des Drs T.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, et au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.

Le 24 mai 2017, le juge instructeur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.

Le 17 août 2017, le recourant a produit un rapport du 18 juillet 2017 des Drs N.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, confirmant qu'ils considéraient que la lésion de l'épaule droite résultait bel et bien de l'accident car il s'agissait de séquelles d'une avulsion traumatique qui n'avait jamais complètement cicatrisé.

Par réplique du 16 octobre 2017, le recourant a confirmé sa position et sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante sur la question de la causalité entre l'accident et les lésions de son épaule droite.

Par duplique du 8 novembre 2017, l'intimée a réitéré ses conclusions.

Le 9 novembre 2017, le recourant a produit deux avis médicaux du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 30 octobre et 3 novembre 2017, qui confortaient selon lui la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Après un examen clinique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a

conclu, dans son premier rapport, à la présence de douleurs de l'épaule qui étaient selon toute vraisemblance attribuables à la rupture de la coiffe antéro-supérieure qui n'avait jamais récupéré. Dans le second rapport, établi ensuite de la demande de précisions du recourant, ce médecin a expliqué que l'intéressé présentait une faiblesse et des douleurs persistantes à l'abduction de son épaule droite qui n'avaient jamais évoluées depuis l'opération du 4 mars 2014 et que l'atteinte était clairement attribuable à une insuffisance persistante de la coiffe des rotateurs, qui n'avait jamais récupéré suite à l'accident. A la question spécifique de l'existence de causes étrangères à l'accident qui auraient entraîné l'état actuel du recourant, le médecin a précisé qu'il lui était difficile de répondre à cette question dès lors qu'il n'avait pas connaissance de l'état de l'épaule avant l'accident. Il était cependant difficilement imaginable que le recourant présente un tel déficit en travaillant dans la manutention lourde.

### **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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2. a)** La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge des troubles de l'épaule droite au-delà du 20 avril 2015, faute de lien de causalité.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3. a)** L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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).

Le droit aux prestations suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle (et adéquate). La condition de la causalité naturelle est réalisée 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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\_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1).

**b)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance 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), qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 et qui prévoyait que certaines lésions corporelles étaient assimilées à un accident, même si elles n'étaient 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.

La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA mentionnait notamment les déchirures de tendons (let. f). La jurisprudence considère à cet égard qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.3 ; 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.2).

La notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes

dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b).

**c)** 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 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 (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Dans le cas d'accidents répondant à la définition de l'art. 6 al. 1 LAA, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). En revanche, en présence de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, celles-ci 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 (TF 8C\_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ; 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).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C\_698/2007 précité consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 précité consid. 3.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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, il est déterminant 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4.** En l'espèce, le recourant argue que ses atteintes à l'épaule droite, postérieures au 20 avril 2015, découlent toujours de l'accident du 14 décembre 2013.

**a)** Contestant l'application de l'art. 9 al. 2 aOLAA, l'intimée remet en question l'existence d'un événement similaire à un accident, faute de cause dommageable extérieure. L'intimée a tort sur ce point. En effet, le recourant a présenté des lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs, soit des lésions entrant dans le cadre de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA. Il ne fait par ailleurs aucun doute que le choc de l'épaule contre le mur après que le recourant a perdu l'équilibre en portant une caisse

constitue un facteur extérieur. Le fait qu'il ait marché ou non sur une bûche (le recourant n'a pas mentionné la bûche lors de sa première description des événements) n'y change rien. L'existence d'un événement accidentel a d'ailleurs été admise par l'intimée lorsqu'elle a pris en charge le cas. On ne comprend dès lors pas que l'intimée conteste l'existence d'un facteur extérieur alors qu'elle admet l'application de l'art. 6 LAA. Au vu de ce qui précède et comme l'a observé le recourant, il convient d'analyser le cas au regard de la législation et de la jurisprudence relatives aux lésions assimilées à un accident.

Dès lors, il s'agit d'examiner, sur la base des pièces médicales présentes au dossier, si les troubles présentés par l'intéressé dès le 21 avril 2015 étaient encore en lien de causalité naturelle avec l'accident en cause, ou au contraire si leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, était clairement établie à ce moment-là.

**b)** L'intimée s'est fondée sur le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, confirmé par le Dr T.\_\_\_\_\_, pour fixer le *statu quo sine* au 21 avril 2015.

Le rapport de ce médecin est probant, dès lors qu'il remplit les critères jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 3d). Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée correctement détaillée. L'expert a rendu compte d'une anamnèse complète et des plaintes du recourant, a procédé à des examens approfondis et explique précisément pour quelles raisons il retient qu'une atteinte dégénérative est à l'origine des troubles du recourant. Contrairement à l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, il est observé que le Dr B.\_\_\_\_\_ a pris en compte les avis médicaux en au dossier.

Le recourant ne conteste pas en soi la valeur probante de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Les parties font en revanche une interprétation différente de ses observations et conclusions.

Il doit être admis que le Dr B.\_\_\_\_\_ expose de manière convaincante que le recourant présentait, selon toute vraisemblance, des lésions dégénératives asymptomatiques des deux épaules avant l'événement du 14 décembre 2013. Il explique que certains éléments radio-cliniques laissent un doute quant à une éventuelle lésion anatomique aiguë lors de cet événement. En effet, une impotence fonctionnelle de l'épaule a été constatée immédiatement et pouvait refléter une lésion surajoutée du tendon sus-épineux, compte tenu de la présence d'un œdème sur son site d'insertion sur le trochiter. Cet œdème pouvait être post-contusionnel ou refléter une contrainte aiguë du tendon en question. Il y avait donc eu, au moins possiblement, une aggravation d'une tendinopathie préexistante. Au vu de ce constat, l'intimée a pris en charge à juste titre l'intervention chirurgicale pratiquée le 4 mars 2014. Le Dr B.\_\_\_\_\_ expose toutefois ensuite, de manière également convaincante, qu'après l'opération, l'évolution n'a pas été marquée de complications particulières telles qu'un lâchage de suture des tendons réparés, un conflit sous-acromial majeur, une capsulite/arthrofibrose, une surinfection ou une lésion neurologique. Dans ces conditions, l'évolution difficile, avec un seuil douloureux resté longtemps élevé, laissait songeur. En l'absence des complications mentionnées, il fallait penser à une évolution naturelle de la pathologie dégénérative préexistante. Dans le cas du recourant, cette progression ne pouvait être niée et pouvait être constatée sur la dernière IRM, l'atteinte dégénérative touchant désormais, de manière préférentielle, le tendon sous-épineux. Celui-ci montrait déjà des stigmates clairs d'une surcharge chronique sur les images IRM de janvier 2014 et montrait désormais une dégénérescence claire en son corps, allant jusqu'à la solution de continuité d'une partie de ses fibres. Une dégénérescence similaire prévalait sur l'épaule contro-latérale. Les autres changements, mineurs, observés sur les images IRM actuelles de l'épaule droite, rentraient aussi avec une très haute vraisemblance dans le cadre de la progression lente de la maladie de la coiffe des rotateurs. En définitive, le recourant présentait une tendinopathie chronique dégénérative de la coiffe des rotateurs aux deux épaules. Du côté droit, il existait un doute quant à une péjoration aiguë de cette tendinopathie lors de l'événement survenu le 14 décembre 2013. Cette lésion a été traitée

correctement et ne montrait pas de complication majeure. Habituellement, un délai de six à douze mois était nécessaire pour récupérer d'une telle chirurgie, permettant un retour à un status fonctionnel usuel. Si l'on prenait encore en considération le bilan orthopédique universitaire réalisé le 15 avril 2015 par le Dr L.\_\_\_\_\_, il convenait de considérer qu'au-delà de cette date, le cursus de l'épaule droite du recourant était manifestement régi par le potentiel évolutif de sa coiffe dégénérative. Au vu de ces explications convaincantes, la constatation de l'intimée relative à un *status quo sine* dès le 21 avril 2015 au plus tard est fondée, sans qu'une nouvelle expertise soit nécessaire.

Les autres avis médicaux au dossier, auxquels se réfèrent le recourant, ne permettent pas de revoir ce constat. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_ ne motive d'aucune manière sa position et pose au demeurant une indication opératoire réfutée aussi bien par le Dr L.\_\_\_\_\_ que par le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapport du 30 octobre 2017). Pour sa part, le Dr C.\_\_\_\_\_ motive essentiellement son point de vue par une « redéchirure » de la coiffe des rotateurs, qui avait été mise en évidence par une IRM du 13 octobre 2014. Une telle redéchirure n'est toutefois pas confirmée par les autres médecins consultés. Les Drs B.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ n'en font pas état. Pour le surplus, le Dr F.\_\_\_\_\_ semble effectivement considérer que l'état de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est encore en lien avec l'évènement du 14 décembre 2013, sans toutefois exposer clairement les motifs de cette appréciation, qui semble reposer surtout sur une appréciation *post hoc ergo propter hoc* insuffisante à nier une évolution vers un *status quo sine* (cf. supra consid. 3a). Quant au Dr L.\_\_\_\_\_, bien qu'il admette ne pas avoir procédé à une évaluation de causalité et qu'il estime qu'une telle analyse serait souhaitable selon lui dans le cadre d'une expertise indépendante, il ne précise pas en quoi celle du Dr B.\_\_\_\_\_ ne serait pas suffisante.

En dépit de ce que prétend le recourant, le fait que les médecins l'ayant pris en charge ensuite de l'accident n'ont à ce moment-là pas fait état de lésions dégénératives, en particulier de tendinopathie dégénérative, mais ont attribué dites lésions à l'accident n'y change rien

dès lors qu'il est reconnu que l'accident a déclenché les symptômes du recourant. Il n'en reste pas moins que le lien de causalité entre les atteintes et l'accident doit être nié au-delà du 20 avril 2015.

**c)** En définitive, il est admis que les lésions subies par le recourant ensuite de l'accident en cause entrent dans le cadre des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA et que c'est à raison que l'intimée a, dans un premier temps, pris en charge les suites du cas. En revanche, il est constaté, sur la base du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, qui a été confirmé par le Dr T.\_\_\_\_\_ et dont la pleine valeur probante est reconnue, qu'au-delà du 20 avril 2015, l'origine malade et dégénérative des troubles que présentaient le recourant, a clairement été établie.

**d)** Le dossier étant en l'espèce complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise indépendante, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. En effet, cette mesure n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans s'agissant des atteintes à la santé du recourant et de leur lien de causalité avec l'accident du 14 décembre 2013 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

**5.** Il découle des considérants qui précèdent que l'intimée était légitimée, par sa décision sur opposition du 30 janvier 2017, à supprimer le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents dès le 21 avril 2015.

Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**6.** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 30 janvier 2017 par Y. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Adrienne Favre, avocate (pour J. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour Y. \_\_\_\_\_ SA),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :