

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juillet 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à M.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Charles Munoz,  
avocat à Yverdon-Les-Bains,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_, né en 1960, employé de la société Z.\_\_\_\_\_ AG à G.\_\_\_\_\_ (conseiller technique sur des chantiers, "Verkaufsberater im Aussendienst"), a subi un accident le 4 février 2016 dans le cadre de son travail, alors qu'il mettait en place des tuyaux de pompage sur un chantier à F.\_\_\_\_\_. Se trouvant dans un escalier, il a été déséquilibré et en essayant de se rattraper, il a ressenti des douleurs au niveau de l'épaule droite. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). La Suva Aarau a traité le dossier.

Divers documents et renseignements médicaux ont été communiqués à la CNA, en particulier un rapport d'examen IRM du 24 février 2016 (arthro-IRM de l'épaule droite, Dr H.\_\_\_\_\_); un rapport du 7 avril 2016 du Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, à l'attention du Dr W.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste; un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2016, qui propose une réparation arthroscopique.

Le 16 juin 2016, le médecin d'arrondissement de la Suva Aarau, le Dr R.\_\_\_\_\_, a émis l'appréciation selon laquelle les troubles subsistant à cette date à l'épaule droite n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*) pouvait être considéré comme atteint au plus tard deux semaines après le 4 février 2016. Cette appréciation a été communiquée à l'assuré par une lettre de la Suva Aarau du 22 juin 2016, qui a expliqué qu'elle devait clore le cas au 6 mai 2016 et que la prise en charge de l'incapacité de travail (incapacité totale en juin 2016, attestée par le médecin traitant) ainsi que du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assurance-accidents mais de celle de l'assurance-maladie.

L'assuré a ensuite communiqué à la CNA un avis du 19 juillet 2016 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, qui l'a

opéré le 14 juillet 2016 (arthroscopie de l'épaule droite et révision à ciel ouvert mini open). Ce médecin a expliqué que le *statu quo sine* n'avait selon lui "pas été atteint dans le courant du mois de février 2016, sinon une intervention chirurgicale n'aurait pas été nécessaire". Il a ajouté notamment: "pendant la révision à ciel ouvert, nous avons certes mis en évidence une articulation acromio-claviculaire qui est fortement remaniée mais qui à mon avis a été contusionnée durant l'accident".

Le médecin d'arrondissement de la Suva Aarau, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a rédigé un rapport le 31 août 2016 ("Ärztliche Beurteilung", rapport en allemand). Dans sa conclusion, il a repris en substance son appréciation du 16 juin 2016.

La CNA (Suva Aarau) a rendu le 13 septembre 2016 une décision prononçant que ses prestations (indemnités journalières et prise en charge de frais médicaux) en relation avec l'accident du 4 février 2016 avaient pris fin le 6 mai 2016.

**B.** L'assuré a formé opposition.

La CNA (Suva secteur oppositions) a rendu sa décision sur opposition le 9 mars 2017. L'opposition a été rejetée. La décision se réfère au rapport du médecin d'arrondissement Dr R.\_\_\_\_\_ en retenant notamment que, tout au plus, l'accident a occasionné une aggravation passagère de l'état antérieur; "les troubles qui se sont manifestés à nouveau en mars/avril 2016 ne peuvent plus être mis sur le compte de l'accident au niveau de la vraisemblance prépondérante mais s'expliquent par les troubles dégénératifs".

**C.** Agissant le 21 avril 2017 par la voie du recours de droit administratif, l'assuré demande à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de réformer la décision sur opposition de la CNA de sorte que les prestations d'assurance faisant suite à l'accident du 4 février 2016 soient prises en charge sans interruption depuis le 4 février 2016 jusqu'au jour du dépôt du recours. A titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la

décision attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision.

Dans sa réponse du 24 août 2017, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

La CNA a produit, avec sa réponse, une appréciation orthopédique datée du 3 juillet 2017, rédigée par le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, travaillant pour le Centre de compétence Suva, Médecine des assurances. Ce rapport médical a la teneur suivante, *in extenso* :

### **Introduction**

Le 10 mars 2016, la Z. \_\_\_\_\_ AG a déclaré un accident survenu le 4 février 2016 à M. N. \_\_\_\_\_, engagé comme conseiller en vente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

En raison de troubles persistants à l'épaule droite dans les suites de ce traumatisme déclaré, l'assuré a, selon ses dires (rapport médical non disponible), consulté le 19 février 2016 au Centre médico-chirurgical X. \_\_\_\_\_. Là, il a été retenu l'indication à un examen arthro-IRM qui a été effectué le 24 février 2016. Sur base de cet examen, il a été retenu les diagnostics de rupture partielle du tendon sus-épineux sur son versant articulaire au niveau insertionnel, de tendinopathie sans rupture référée des muscles infra-épineux et sous-scapulaire, d'importante arthropathie acromio-claviculaire (AC) avec réaction oedémateuse, de bursite sous-acromiale minime, de formations géodiques sous-chondrales au niveau du trochin (petite tubérosité ou *tuberculum minor*) et de lésion SLAP 2A du labrum à l'épaule droite.

Dans un rapport du 7 avril 2016 adressé au Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour demande de consultation, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, réfère qu'il y a une amélioration initiale des troubles dans les suites du traumatisme subi mais que depuis une dizaine de jours, sans facteur causal identifié, il a présenté une recrudescence de douleurs dans la zone correspondant au muscle sus-épineux (sic).

Dans son rapport du 26 avril 2016 relatif à un examen effectué le 25 avril 2016, le Dr W. \_\_\_\_\_ retenait comme diagnostic une rupture subtotale du tendon sus-épineux de l'épaule droite ainsi qu'une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire. Il proposait en conséquence une intervention réparative.

L'intervention n'ayant pu être effectuée comme prévu le 7 juin 2016, semble-t-il pour motifs asséculogiques, le Dr W. \_\_\_\_\_ confiait par la suite son patient au Dr V. \_\_\_\_\_. Après examen du patient le

28 juin 2016, ce spécialiste retenait la présence de lésions (non autrement spécifiées) au niveau des tendons des muscles sus-épineux et infra-épineux mais également une suspicion de lésion au niveau du tendon du long chef du biceps (LCB) ainsi qu'une dégénérescence avec réaction oedémateuse de l'articulation AC. Sur base de son examen et du résultat de l'arthro-IRM, le Dr V. \_\_\_\_\_ retenait l'indication à une intervention chirurgicale qui sera effectuée le 14 juillet 2016.

Au status arthroscopique, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne mettra pas en évidence de lésion au niveau des muscles sus-épineux, infra-épineux ou sous-scapulaire ni de lésion du labrum, mais seulement une tendinopathie bicipitale. Il pratiquera une résection de l'articulation AC et une acromioplastie ainsi qu'une ténodèse du LCB par voie ouverte mini-invasive.

Le dossier de M. N. \_\_\_\_\_ a été soumis par l'administration au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin d'arrondissement Suva, afin de savoir s'il existait un lien de causalité probable entre l'événement déclaré et les troubles à l'épaule droite ayant posé l'indication à une intervention. Dans sa réponse, le confrère a estimé que ledit événement pouvait expliquer des troubles pour une à deux semaines, ceci au vu des circonstances traumatiques retenues et du résultat de l'examen arthro-IRM puis du status arthroscopique, lesquels n'avaient mis en évidence aucune lésion à caractère traumatique, mais seulement des atteintes dégénératives préexistantes.

Fort de cet avis, l'administration a communiqué par décision formelle du 17 septembre 2016 qu'il avait été décidé d'une fin de prestations au 6 mai 2016, les troubles à l'épaule droite au-delà de cette date étant de la responsabilité de l'assurance maladie.

Représenté dans ses intérêts pas la protection juridique Assista, M. N. \_\_\_\_\_ a alors fait opposition à cette décision, mais l'opposition a été rejetée par décision sur opposition du 9 mars 2017.

Représenté cette fois par Me Munoz, M. N. \_\_\_\_\_ a alors fait recours contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois.

C'est dans le cadre de cette procédure que le dossier de M. N. \_\_\_\_\_ a été transmis au Centre de compétence de médecine des assurances par la Division juridique de la Suva.

Il est tout d'abord demandé s'il existe chez M. N. \_\_\_\_\_ au niveau de son épaule droite des diagnostics entrant dans la liste exhaustive de l'ancien article OLAA 9.2 et, dans l'affirmative, il est demandé d'analyser s'il y a lieu de qualifier ces lésions de traumatiques, de strictement dégénératives ou d'éventuellement mixtes (lésion dégénératives aggravées par une lésion traumatique).

Il est ensuite demandé d'évaluer subsidiairement et dans l'éventualité où aucune lésion ne serait considérée imputable à l'accident, quand le *statu quo ante vel sine* avait été vraisemblablement atteint.

## Discussion

Présence d'une lésion assimilée chez M. N. \_\_\_\_\_ :

Pour autant que l'on considère une déchirure comme une interruption structurelle (même partielle) visible macroscopiquement, ce que comme traumatologue je retiens être une définition classique, il n'a pas été constaté chez M. N. \_\_\_\_\_ de lésion entrant dans la liste de l'ancien article OLAA 9.2.

En effet, au status arthroscopique, lequel reste un *gold standard* en matière de spécificité diagnostique, il a été retenu une intégrité des tendons des muscles sus-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire, respectivement il n'a pas été mis en évidence de déchirure, même partielle, ni même au demeurant de signes d'usure sous forme d'effrangement, comme on peut le constater souvent d'un point de vue macroscopique dans un contexte purement dégénératif. En revanche, il a été retenu par l'opérateur une tendinopathie bicipitale, terme dont l'interprétation est univoque et signifie une origine strictement dégénérative.

Il en est de même quant à la nature des lésions décrites sur base IRM, qui ne sont autres que des altérations de signal dans la substance du tendon, anomalies de signal signant la dégénérescence du tendon et sa désorganisation microscopique avec accumulation de produits de dégradation, appelées - à mon avis improprement - déchirures intrasubstantielles ou intratendineuses dans le jargon des radiologues. Nonobstant ces petites divergences lexicologiques, je rejoins globalement l'analyse du Dr H. \_\_\_\_\_.

Je retiens en effet une tendinopathie insertionnelle du sus-épineux avec hypersignal linéaire de deux millimètres, un centimètre avant l'insertion, et une hétérogénéité du signal dans le reste du tendon (partie antérieure principalement) ; je retiens également une tendinopathie de la partie supérieure de l'infra-épineux, se traduisant par un épaissement du tendon et une altération de signal. Il existe sinon une tendinopathie de la partie supérieure du sous-scapulaire, que je qualifierai de minime. On note ensuite en effet une arthropathie AC marquée, avec importante réaction oedémateuse et il existe des kystes sous-chondraux au niveau de la tête humérale, dans sa partie antérieure principalement, mais également des kystes de moindre taille au niveau du trochiter et, comme décrit par le radiologue, au niveau du trochin. Il existe aussi une tendinopathie que je qualifierai de discrète du LCB, dans le sens où celui-ci est légèrement aplati. Finalement et toujours en accord avec mon collègue radiologue, je retiens sur base de l'examen IRM une anomalie du labrum supérieur, posant le diagnostic différentiel entre une lésion SLAP de type II ou un récessus sous-labral. Sur base de l'examen IRM, j'aurais également plutôt retenu le diagnostic de lésion SLAP de type II, mais le status arthroscopique n'ayant pas mis en évidence d'anomalie à ce niveau, on retiendra qu'il s'agissait d'un récessus labral profond, lequel correspond à une variante physiologique.

En résumé, sur base de l'examen arthro-IRM, on visualise des affections dont la nature dégénérative (tendinopathie, arthrose AC)

est avérée et sans indice pour une atteinte traumatique surajoutée, tandis que la seule lésion suspectée qui aurait pu être de nature traumatique, à savoir une lésion SLAP II (n'entrant pas dans la liste exhaustive de l'ancien article OLAA 9.2), n'a pas été confirmée au status arthroscopique.

Étant donc établi que dans les suites de l'événement déclaré du 4 février 2016 M. N. \_\_\_\_\_ n'a pas présenté au niveau de son épaule droite de lésion structurelle qui puisse être attribuable à l'accident (ce qui en l'occurrence n'a pas non plus été retenu par le Dr V. \_\_\_\_\_), il s'agit maintenant d'évaluer combien de temps l'événement traumatique référé a pu être source de symptômes, respectivement aurait pu décompenser symptomatiquement le status dégénératif préexistant à l'accident.

*Estimation du statu quo sine :*

De manière liminaire et faisant abstraction des circonstances spécifiques du cas, dans la mesure où aucune lésion structurelle attribuable à l'événement déclaré n'a été mise en évidence et puisque la situation préexistante n'était pas gravement compromise mais uniquement caractérisée par des troubles dégénératifs diffus - jusqu'alors apparemment sans symptômes associés - on peut d'emblée retenir que, selon l'expérience médicale, il y avait lieu de s'attendre à une résolution des troubles liés au traumatisme dans un délai maximal de trois mois.

Cela ne signifie naturellement pas que ce délai ne pourrait pas être plus court, mais simplement qu'au-delà de ce délai (et en l'absence d'éventuels diagnostics secondaires particuliers pouvant expliquer une persistance de troubles, nonobstant une absence de lésion primaire structurelle, comme dans le cas d'espèce une *épaule gelée* ou un *syndrome douloureux régional complexe*), on ne saurait considérer encore un lien entre un traumatisme et des troubles persistants.

En l'absence de processus réparatif spécifique mis en train (p. ex. après fracture ou déchirure musculaire), il est en effet de longue date scientifiquement établi que les processus inflammatoires réactifs à un traumatisme ponctuel seront présents de quelques jours à quelques semaines (maximum considéré six semaines). Ainsi, même en admettant une phase de reconditionnement suivant la phase inflammatoire post-traumatique et sauf circonstances particulières à peine évoquées ou autres raretés, on peut affirmer que les effets d'un traumatisme sans lésions structurelles surajoutées s'amendent dans une période n'excédant pas trois mois, ceci fait abstraction de la localisation, et qu'en cas de persistance de symptômes, il y a lieu d'évoquer d'autres causes et diagnostics que respectivement un traumatisme et une contusion ou une distorsion.

S'il n'est déjà pas toujours évident d'établir un lien de causalité entre une lésion donnée et un événement donné, cet exercice devient plus difficile lorsqu'aucun diagnostic traumatique structurel n'est retenu et il résulte presque aléatoire lorsque les circonstances de l'événement déclaré prêtent à interprétation, ce qui en l'occurrence m'est apparu être le cas pour l'événement déclaré du 4 février 2016. En effet et même si l'on peut admettre qu'il y aura pu avoir quelques

difficultés de compréhension en raison de la barrière linguistique entre l'assuré et l'administration, il n'en demeure pas moins qu'il existe à consultation des actes une certaine variété de versions quant aux circonstances du sinistre déclaré, comme l'a au demeurant également relevé le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son appréciation du cas.

Concernant tout d'abord l'activité exercée par M. N. \_\_\_\_\_, on note sur la feuille de déclaration de sinistre qu'il a été engagé comme conseiller en vente. L'assuré a toutefois expliqué intervenir en tant que conseiller technique sur les chantiers et que, s'il s'arrangeait la plupart du temps pour éviter de porter des charges, il lui arrivait encore dans le cadre de cette mission de devoir exécuter certains travaux lourds.

Relativement aux circonstances de l'événement déclaré du 4 février 2016, le premier document à disposition chronologiquement est le rapport d'arthro-IRM du 24 février 2016 (examen qui sera au demeurant complété par l'exécution d'un CT-scan avec repérage cutané pour des raisons non élucidées, puisqu'il n'existe pas de rapport relatif à cet examen).

À lecture de ce document, on comprend de l'indication à l'examen que M. N. \_\_\_\_\_ avait une charge sur l'épaule droite et qu'en tirant cette charge (sic), il avait ressenti des douleurs dans l'épaule droite, avec ensuite des douleurs au testing des muscles sus-épineux et sous-scapulaire. De ce premier descriptif, on pourrait déduire *a priori* à des douleurs à l'épaule droite survenues dans les suites d'un effort de traction sur un objet non défini.

Dans son rapport du 7 avril 2016 toutefois, le Dr A. \_\_\_\_\_ réfère que son patient a présenté des douleurs dans l'épaule droite, après avoir perdu l'équilibre tandis qu'il tirait un tuyau. On retrouve ensuite une version similaire dans le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ daté du 26 avril 2016. Par après, on est encore confronté à une version légèrement différente dans le questionnaire/réponse à la Suva rempli par l'assuré le 17 mai 2016 ou dans la déclaration d'accident du 29 avril 2016, puisqu'il est cette fois expliqué qu'alors que M. N. \_\_\_\_\_ tirait un tuyau de pompage et qu'il se trouvait dans des escaliers, il avait été déséquilibré et s'était fait mal à l'épaule droite en essayant de se rattraper. Invité à apporter des précisions sur les circonstances accidentelles lors d'un appel téléphonique du 10 juin 2016, l'assuré a alors expliqué qu'il avait perdu l'équilibre et qu'il avait essayé de se retenir à un tuyau d'une bétonnière (sic) et qu'il était ensuite tombé dans les escaliers (ou les avait dévalé ? cf. en allemand : *runtergefallen*). L'assuré précisait dans le même temps qu'il était certain de ne pas avoir heurté l'épaule.

La situation qui semblait assez simple initialement (douleur dans l'épaule droite suite à un effort de traction sur un tuyau) est devenue plus complexe au fil des explications, à un point tel qu'on se perd un peu. On sait ainsi que l'événement déclaré a eu lieu dans des escaliers et qu'il y a eu perte d'équilibre, mais on ignore les raisons de cette perte d'équilibre et la dynamique exacte de l'événement, sauf que l'assuré se serait raccroché à un tuyau et qu'il n'a pas subi de contusion à l'épaule droite. On ne sait en revanche pas qui est advenu du tuyau qui était tracté du côté droit, lorsque M.

N.\_\_\_\_\_ s'est accroché au tuyau de la bétonnière pour ne pas tomber.

De ces informations à vrai dire confuses, je retiendrai simplement que M. N.\_\_\_\_\_ a le plus probablement présenté une distorsion de son épaule droite (alors qu'il faisait apparemment un effort de traction et qu'il a perdu l'équilibre) mais qu'il n'a pas présenté de traumatisme contusif de cette même épaule.

On sait ensuite que nonobstant l'apparition immédiate de douleurs, ce n'est que deux semaines plus tard que M. N.\_\_\_\_\_ a consulté et qu'il n'a pas cessé son activité professionnelle dans l'intervalle, activité dont il a pu apparemment s'acquitter, nonobstant une symptomatologie douloureuse persistante ayant motivé une consultation médicale puis l'exécution d'un examen arthro-IRM.

Dans ces conditions, il apparaît déjà difficile de savoir dans quelle mesure il s'est agi de cet événement distorsif ou d'autres circonstances non communiquées qui a entraîné les symptômes ayant motivé la consultation. En se basant sur la proximité temporelle, faute d'autres arguments patents, on retiendra toutefois admissible que les symptômes ayant nécessité une première consultation le 19 février 2016 aient pu être la conséquence du traumatisme subi le 4 février 2016.

On notera dans le même temps que dans la suite immédiate de ces premières investigations, l'assuré a continué à travailler et qu'aucune thérapie particulière n'a été instaurée, ce qui n'a pas empêché une amélioration des symptômes (cf. lettre du Dr A.\_\_\_\_\_ au Dr W.\_\_\_\_\_ du 7 avril 2016), jusqu'à une nouvelle recrudescence des douleurs, avec à la clef une nouvelle consultation médicale.

En l'absence de diagnostic structurel traumatique, respectivement en retenant un événement distorsif simple, la recrudescence de ces douleurs à la fin du mois de mars 2016 ayant justifié une nouvelle consultation auprès du médecin traitant n'apparaît déjà plus pouvoir être mise en relation de causalité naturelle probable avec cet événement distorsif.

D'une analyse de l'évolution des troubles, on est en droit de se demander dans quelle mesure l'événement distorsif subi le 4 février 2016 n'est pas ainsi un point référentiel anamnestique plutôt que la cause véritable des troubles douloureux de l'épaule droite ayant motivé des consultations médicales puis fait poser l'indication à un traitement chirurgical par le Dr V.\_\_\_\_\_. En l'occurrence, ce dernier met principalement en avant la persistance des symptômes - au demeurant toute relative en considération de l'évolution à peine rappelée - pour retenir un lien de causalité entre l'intervention effectuée par lui-même et l'événement déclaré du 4 février 2016. Mon confrère n'explique toutefois pas pour quel(s) motif(s) cet événement distorsif non associé à des lésions structurelles aurait justifié la persistance de troubles au-delà de ce qu'il est raisonnable de considérer dans une telle situation, à savoir un *statu quo sine vel ante* atteint après quelques jours ou quelques semaines.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a sinon également évoqué la possibilité que l'arthrose AC ait été décompensée dans les suites d'une contusion, mais cet argument ne peut être suivi, puisque l'assuré a bien précisé qu'il n'avait pas subi de choc sur l'épaule au moment de l'événement accidentel référé.

Finalement, il est clair que l'intervention effectuée n'a pas traité de lésions en rapport avec l'accident et qu'une telle intervention ne fait pas partie des traitements standards d'une distorsion d'épaule sans lésions structurelles associées, le traitement conservateur étant clairement de mise et à préférer dans ces conditions.

Pour répondre *in fine* de la manière la plus précise possible à la question posée, on peut ainsi admettre (mais ceci, comme déjà écrit ci-dessus, pour des raisons temporelles principalement) que les symptômes ayant conduit à la première consultation étaient en rapport avec l'événement du 4 février 2016, dans le même temps qu'on retiendra seulement possible ce rapport de causalité entre la recrudescence des symptômes ayant motivé une nouvelle consultation médicale en avril 2016 et l'événement et qu'on affirmera l'absence de rapport de causalité entre ledit événement et les symptômes persistants au moment du bouclage administratif du cas.

### **Conclusions**

M. N.\_\_\_\_\_ n'a pas présenté dans les suites du sinistre déclaré du 4 février 2016 au niveau de son épaule droite de lésion entrant dans la liste exhaustive de l'ancien article OLAA 9.2.

En considération du diagnostic retenu de distorsion de l'épaule droite sans lésion structurelle de nature traumatique surajoutée, les suites accidentelles étaient éteintes au moment du bouclage administratif du cas, à savoir le 6 mai 2016, soit plus de trois mois après cet événement distorsif.

Dans sa réponse, la CNA a par ailleurs précisé qu'elle avait communiqué à l'avocat du recourant le 28 avril 2017 une traduction en français du rapport médical du 31 août 2016 du Dr R.\_\_\_\_\_; l'avocat avait demandé cette traduction le 19 avril précédent.

Le recourant a répliqué le 22 novembre 2017 en précisant ses conclusions dans ce sens que les prestations d'assurances doivent être prises en charge par la CNA à tout le moins jusqu'au 6 décembre 2016. Il a produit un courrier du 20 novembre 2017 du Dr V.\_\_\_\_\_, envoyé à son avocat. Ce médecin a précisé qu'il avait vu le recourant la dernière fois le 6 décembre 2016, quatre mois après l'intervention chirurgicale. Il avait alors constaté une mobilité complète de l'épaule droite, par rapport au

côté opposé. Depuis lors, aucun nouvel élément n'est parvenu à sa connaissance. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a conclu ainsi:

De mon point de vue, il est clair que la glissade dans un escalier en date du 4.2.2016 et la manoeuvre par laquelle M. N. \_\_\_\_\_ a essayé de se rattraper avec son membre supérieur droit a décompensé l'épaule. Il est clair également que l'arthrose acromio-claviculaire ainsi que le conflit sous-acromial étaient préexistants. Toutefois si le patient n'avait pas été symptomatique à consultation initiale chez moi le 28.06.2016, la prise en charge chirurgicale n'aurait jamais été nécessaire. Pour ma part, je conclus que le *statu quo sine* peut être assimilé à la dernière consultation chez moi.

La CNA s'est déterminée sur la réplique le 13 décembre 2017.

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

**1.** 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 al. 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. 58 LPGA), en l'occurrence la cour de céans. Le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et il respecte les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le recourant relève en premier lieu que l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, sur lequel se fonde la décision sur opposition, est rédigé en allemand. Il fait valoir qu'il est crucial qu'il puisse avoir accès à une traduction en français de ce rapport, à tout le moins avant le deuxième échange d'écritures.

La CNA a remis au recourant une traduction de ce rapport peu après qu'elle a eu connaissance du recours. Le recourant a donc pu, comme il le demandait, préparer sa réplique en pouvant lire cet avis médical dans sa langue. Cette irrégularité (cf. TF 8C\_90/2014 du 19

décembre 2014) a donc été corrigée conformément à ce que le recourant avait requis.

**3.** Le recourant met en doute le caractère probant du rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, lequel n'est pas un spécialiste en orthopédie. Il reproche à la CNA de ne pas avoir expliqué pourquoi l'avis du médecin qui l'a opéré, le Dr V.\_\_\_\_\_, n'a pas une valeur prépondérante. Pour établir le rapport de causalité, le recourant soutient que l'avis de ce spécialiste est déterminant et il retient que le *statu quo sine* ne serait toujours pas atteint – en d'autres termes que les prestations de la CNA seraient toujours dues, comme suite de l'accident. Si la CNA avait voulu s'écarter de cette opinion, elle aurait dû requérir l'avis d'un expert externe.

**a)** Il s'agit bien, en l'occurrence, de déterminer à partir de quel moment les traitements médicaux de l'épaule droite – qui était encore douloureuse en décembre 2016, d'après le dernier rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ – et l'incapacité de travail en découlant, ne doivent plus être pris en charge par la CNA, faute de lien de causalité entre l'accident du 4 février 2016 et les atteintes ou symptômes résiduels.

La condition du lien de causalité naturelle est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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.

Selon la jurisprudence, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. 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 (cf. TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3).

**b)** En l'occurrence, on constate, à la lecture de la réponse au recours, que la CNA ne se réfère plus directement au rapport du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à Aarau, mais bien plutôt à l'appréciation orthopédique du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste de son centre de compétence Médecine des assurances.

Comme le retient la jurisprudence du Tribunal fédéral, les rapports établis par ce centre de compétence sont généralement très détaillés et ils jouent un rôle important pour l'établissement des faits d'ordre médical. Bien qu'ils n'aient pas la même valeur probante qu'une expertise réalisée par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ni qu'une expertise judiciaire, ces rapports sont pris en considération par les tribunaux tant qu'il n'existe pas de doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de leurs constatations ou conclusions médicales (ATF 135 V 465).

Le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ est très détaillé et il reprend tous les éléments médicaux du dossier. Il se prononce en particulier sur l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, en relevant notamment ce qui suit: le Dr V.\_\_\_\_\_ ne retient pas que le recourant aurait présenté au niveau de son épaule droite une lésion structurelle qui puisse être attribuable à l'accident ; le Dr V.\_\_\_\_\_ met principalement en avant la persistance de symptômes pour retenir un lien de causalité entre l'intervention effectuée par lui-même et l'événement du 4 février 2016, mais il n'explique pas pourquoi cet événement distorsif (distorsion de l'épaule droite pendant un effort de traction avec perte d'équilibre, mais sans traumatisme contusif) non associé à des lésions structurelles aurait justifié la persistance de troubles au-delà de ce qu'il est raisonnable de considérer dans une telle situation, à savoir un *statu quo sine* atteint après quelques jours ou quelques semaines.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est efforcé de décrire l'événement du 4 février 2016 en reprenant les déclarations successives de l'assuré et il est parvenu à la conclusion que le recourant n'avait pas subi de choc sur l'épaule à ce moment-là. Le Dr V.\_\_\_\_\_, qui avait exprimé le 19 juillet 2016 l'avis que l'articulation acromio-claviculaire avait été contusionnée durant l'accident, n'a pas repris cette explication dans son dernier rapport du 20 novembre 2017. Le recourant fait cependant valoir, dans sa réplique, que lors de l'intervention du 14 juillet 2016, le chirurgien aurait vu une articulation "contusionnée" et que lui-même n'avait jamais déclaré qu'il n'avait subi aucun choc à son épaule lors de sa chute. Il faut toutefois

relever que le recourant n'a jamais déclaré avoir subi un choc – comme cela est bien expliqué dans le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_. On ne saurait à l'évidence déduire des déclarations du recourant qu'il faut retenir l'hypothèse d'un choc et d'une contusion, dans le doute, parce qu'il n'a pas déclaré expressément n'avoir pas subi un tel choc. Un tel raisonnement *a contrario* n'est pas soutenable, d'autant plus que le recourant n'affirme pas, devant le Tribunal cantonal, avoir décrit auparavant de manière erronée et incomplète les circonstances de l'accident.

Le raisonnement du médecin du recourant n'est pas concluant, en tant qu'il déduit de l'existence de douleurs à la fin du mois de juin 2016, lors de la première consultation chez lui, un lien de causalité avec l'accident survenu près de cinq mois auparavant. Les rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ sont du reste très sommaires, ne décrivant pas de façon détaillée ni la distorsion d'épaule avec ses conséquences usuelles, ni la nature des atteintes préexistantes. Lorsqu'il mentionne les symptômes peu avant la prise en charge chirurgicale, on pourrait comprendre qu'il adopte un raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*", lequel – comme cela a été rappelé plus haut – n'est pas pertinent dans l'examen de la question de la causalité.

En définitive, il y a lieu de se référer en tous points au rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, qui permet de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la décision de mettre fin aux prestations d'assurance-accidents trois mois après l'événement du 4 février 2016 n'est pas contraire au droit fédéral, le *statu quo sine* étant en tout cas atteint à cette date. En d'autres termes, l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite subsistant après le 6 mai 2016, justifie le refus d'autres prestations selon la LAA.

**4.** Il résulte des considérants que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (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 9 mars 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Munoz, avocat (pour N. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :