

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 16 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis 2006 en qualité de paysagiste pour le compte de la société [...], dont il est l'unique associé gérant. A ce titre, il bénéficie d'une couverture d'assurance contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 septembre 2015, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail. Il a glissé sur une échelle et s'est rattrapé avec le bras gauche pour éviter la chute. Blessé à l'épaule gauche, il a présenté une totale incapacité de travail. Un examen par radiographie de l'épaule gauche réalisé le 25 septembre 2015 n'a pas mis en évidence d'anomalies.

La CNA a pris le cas en charge, notamment par le biais du versement d'indemnités journalières.

Le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a fait procéder à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche le 9 novembre 2015, dont il est ressorti que l'assuré présentait une contusion de l'articulation acromio-claviculaire, sans évidence d'une ligne fracturaire, une rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire, notamment dans la partie supérieure avec rupture de la poulie du biceps et atrophie de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire (Goutallier 2), une dislocation du long chef du biceps, une fissuration longitudinale de la partie centrale du tendon du sous-épineux, une tendinopathie d'insertion du sus-épineux ainsi qu'une petite bursite sous-acromiale. Au niveau des structures osseuses, l'examen a au demeurant mis en évidence un acromion de type Bigliani 2, un léger œdème osseux de la clavicule distale, une lame de liquide dans l'articulation acromio-claviculaire et un réhaussement du contraste périfocal.

Dans un rapport du 17 novembre 2015 au Dr K._____, le DrG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital [...], a posé le diagnostic de déchirure transfixiante du sous-épineux et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le Dr G._____ s'est notamment exprimé comme suit :

« Ce jour, la mobilisation du bras gauche est complète en actif, on note une légère diminution de la force dans le sous-épineux du côté gauche, avec une douleur postérieure lorsqu'on sollicite son sous-épineux. Le sus-épineux ainsi que le sous-scapulaire me paraissent normaux, avec un signe de Gerber négatif.

L'IRM met en évidence une déchirure transfixiante dans le sous-épineux, une déchirure partielle de la partie proximale du sous-scapulaire, avec un tendon du biceps qui se tend à se subluser antérieurement.

Il est clair que ces problèmes de tendinopathie avec rupture transfixiante devraient normalement bénéficier d'un traitement chirurgical. Néanmoins, étant donné que, après une séance de physiothérapie, M. M._____ note déjà une très nette amélioration, je pense qu'il faut persister dans ce traitement.

(...) ».

L'assuré a repris le travail à 10% dès le 30 septembre 2015, puis à 30% dès le 1^{er} décembre 2015 et à 50% dès le 29 février 2016.

Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr G._____ a fait état d'une évolution favorable, avec une récupération quasi complète de la mobilité permettant une reprise du travail à 100% dès le 18 avril 2016. Il a relevé qu'il existait un risque de récurrence de douleurs dans le cadre de cette déchirure transfixiante traitée conservativement. Il a prescrit la poursuite du traitement de physiothérapie, par six nouvelles séances. Il a en outre répondu par la négative à la question de savoir s'il existait des circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle dans l'évolution du cas.

L'assuré a repris son activité à 100% le 18 avril 2016, la CNA ayant mis fin au versement des indemnités journalières au 17 avril 2016.

Complétant la feuille-accident de la CNA le 26 avril 2016, le Dr K._____ a confirmé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité

de travail dès le 18 avril 2016 et a préconisé un examen par le médecin-conseil de la CNA afin d'évaluer les séquelles des suites de l'accident.

Dans un rapport d'examen final du 30 mai 2016, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics de status après contusion de l'épaule gauche, de rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire avec atrophie musculaire Goutallier II et dislocation de long chef du biceps de l'épaule gauche, ainsi que de gonarthrose bilatérale débutante, cette dernière atteinte ne relevant pas de la CNA. Le Dr X._____ a constaté qu'à huit mois de l'accident, l'évolution était tout à fait satisfaisante, l'assuré avait repris son métier de paysagiste et il ne subsistait pas d'atteinte durable à l'intégrité corporelle. L'événement avait aggravé de manière temporaire un état dégénératif préexistant, mais l'assuré avait récupéré une capacité de travail entière. Le Dr X._____ préconisait cependant d'éviter de soulever des charges de plus de 15 kg avec le membre supérieur gauche, ainsi que les mouvements de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale.

B. Le 25 novembre 2016, l'assuré a signalé à la CNA une rechute de l'accident du 24 septembre 2015, induisant une incapacité de travail de 70% depuis le 24 novembre 2016.

Dans un avis du 2 décembre 2016, le Dr X._____ a retenu que le *statu quo sine* avait été retrouvé à une année de l'accident, celui-ci n'ayant qu'aggravé de façon temporaire une déchirure du tendon du sous-scapulaire très ancienne, comme le démontrait la présence d'une atrophie musculaire Goutallier II à l'IRM de novembre 2015. Le Dr X._____ a estimé que la rechute annoncée en novembre 2016 n'était pas en lien de causalité probable avec l'accident assuré.

Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA a fait savoir à l'assuré par décision du 6 décembre 2016 qu'elle n'accorderait pas de nouvelles prestations ensuite de l'événement annoncé le 25 novembre 2016.

Dans le cadre de l'instruction d'une opposition déposée par l'assuré le 19 décembre 2016, le Dr X._____ a indiqué que l'IRM effectuée à cinq semaines de l'accident avait démontré une image de contusion de l'articulation acromio-claviculaire sans évidence de fracture et que l'atrophie musculaire également constatée à cette occasion était le signe d'une déchirure tendineuse très ancienne.

Le 17 mars 2017, désormais représenté par Me Flore Primault, l'assuré a déposé un complément d'opposition. Il a contesté la valeur probante des avis du Dr X._____ des 2 décembre 2016 et 23 janvier 2017, lacunaires et contradictoires. Il estimait qu'il y avait lieu de leur préférer les appréciations des Drs G._____ et K._____, selon lesquels l'incapacité de travail survenue dès le 24 novembre 2016 était bien une rechute de l'accident du 24 septembre 2015, avec lequel elle était en lien de causalité. L'assuré a encore fait valoir que l'atteinte subie des suites de l'accident assuré était une lésion corporelle assimilée à un accident, permettant à l'assureur-accident d'allouer des prestations même si lesdites lésions ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

Par décision sur opposition du 24 mars 2017, la CNA a maintenu son refus de prester des suites de la rechute annoncée le 25 novembre 2016, arguant du fait que l'appréciation de son médecin d'arrondissement était probante. L'assureur-accidents a estimé que la question de savoir si les lésions subies lors de l'accident du 24 septembre 2015 étaient assimilées à un accident au sens de la loi pouvait rester indécise, dès lors que même en présence d'une telle lésion, l'assureur est en droit de mettre un terme au traitement lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, dès le moment où l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident.

C. Par acte du 9 mai 2017, M._____, représenté par Me Primault, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal contre la décision précitée, dont il a principalement conclu à l'annulation, dans le sens de la reprise des prestations d'assurance par l'intimée dès le 24 novembre 2015. Subsidiairement, le recourant a demandé le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. A l'appui de sa contestation, il a réitéré les arguments soulevés dans son complément d'instruction du 17 mars 2017, faisant au surplus grief à l'intimée d'avoir rendu la décision querellée sans attendre le rapport médical du Dr G._____ annoncé dans l'acte d'opposition. Le recourant a produit un rapport du 20 avril 2017 du Dr G._____, établi en réponse à un questionnaire de son conseil, dans lequel le chirurgien indique en substance que le problème actuel est une décompensation douloureuse d'une lésion de la coiffe des rotateurs reconnue comme accidentelle en 2015 et que le lien de causalité entre les nouvelles plaintes et l'accident initial est probable. Au titre des mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans une réponse du 6 septembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Elle a transmis une appréciation chirurgicale du 11 août 2017 de la Dresse P._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie au Centre de compétence de médecine des assurances à la CNA, à laquelle l'ensemble du dossier médical, y compris le rapport du Dr G._____, avait été soumis pour avis. Dans son rapport, la Dresse P._____ a pris les conclusions suivantes :

« Nous concluons que l'accident du 24 septembre 2015 a entraîné chez Monsieur M._____ une contusion de l'articulation acromio-articulaire à gauche. Les atteintes de la coiffe des rotateurs présentes chez ce dernier sont d'origine manifestement malade puisque nous sommes en présence d'une atteinte fissuraire au niveau du tendon du muscle infra-épineux, une usure du tendon du subscapulaire accompagnée d'une dégénérescence graisseuse Goutallier II, une luxation du tendon du long chef du biceps et encore un acromion de type Bigliani II, qui lui est d'origine congénitale.

L'atteinte fissuraire, l'usure et la dégénérescence graisseuse sont des signes d'une pathologie préexistante.

Chez Monsieur M._____, le traumatisme subi ayant entraîné uniquement une contusion de l'articulation acromio claviculaire à gauche, ses effets délétères n'ont pas perduré au-delà d'une année, date à laquelle, au plus tard, un statu quo sine peut être retenu. La symptomatologie qui persiste au-delà de cette date est en relation de causalité exclusive avec une pathologie antérieure et manifestement dégénérative.

Réponse aux questions :

Il nous intéresse de savoir si les troubles annoncés dans le cadre de la rechute sont de nature exclusivement dégénérative ou pas, respectivement si l'on pouvait, à l'instar du médecin d'arrondissement, estimer que le statu quo sine a été atteint à une année de l'événement assuré, en ce sens que les troubles au-delà de cette date étaient de nature exclusivement dégénérative.

Les troubles annoncés dans le cas de la rechute, à savoir une symptomatologie douloureuse au niveau de la coiffe des rotateurs à gauche sont de nature exclusivement dégénérative, Monsieur M._____ a subi uniquement une contusion de l'articulation acromio-claviculaire dans les suites de l'accident du 24 septembre 2015.

Sur l'IRM effectuée le 9 novembre 2015 chez Monsieur M._____, l'atteinte fissuraire, l'usure et la dégénérescence de la coiffe des rotateurs à gauche mises en évidence sont exclusivement d'origine malade.

L'accident du 24 septembre 2015, ayant entraîné une simple contusion de l'articulation acromio-claviculaire gauche, a cessé de déployer ses effets délétères au plus tard à une année ».

Par réplique du 29 septembre 2017, le recourant a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, au motif que l'intimée avait mis en œuvre une expertise sans lui donner l'occasion de se prononcer préalablement sur la personne de l'expert et sur les questions à poser. Il requiert que l'expertise de la Dresse P._____ soit écartée et que soit mise en œuvre une nouvelle expertise indépendante dans le respect des garanties de procédure y relatives.

Par duplique du 21 novembre 2017, l'intimée a contesté toute violation du droit d'être entendu et maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimée de reprendre le service de prestations d'assurance à la suite d'une rechute invoquée par l'assuré le 25 novembre 2016.

3. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant fait valoir la violation de son droit d'être entendu, estimant que l'intimée a confié à son insu la mise en œuvre d'une expertise à la Dresse P._____, sans respecter les exigences procédurales y relatives, selon lesquelles la partie adverse doit pouvoir se prononcer préalablement sur la personne de l'expert et sur les questions à lui poser.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

En l'occurrence, il est erroné de soutenir que l'appréciation de la Dresse P._____ du 11 août 2017 est une expertise au sens de l'art. 44

LPGA. Comme le relève l'intimée dans ses écritures des 6 septembre et 21 novembre 2017, la Dresse P. _____ fait partie de ses services internes, plus précisément de la Division médecine des assurances ; elle a été sollicitée à la suite de la production par le recourant du rapport du 20 avril 2016 du Dr G. _____, rapport sur lequel l'intimée souhaitait une appréciation médicale afin de pouvoir se déterminer en toute connaissance de cause sur les suites à donner au recours de l'assuré. Elle n'intervient donc pas comme expert indépendant. Elle n'a au demeurant pas procédé à un examen clinique de l'assuré. Son avis revêt la qualité d'un rapport interne de l'assureur social (cf. TF 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 6.1). Le fait que l'intimée lui ait posé une question sur le lien de causalité entre les douleurs nouvellement apparues et l'accident de 2015 ne change rien à ce constat. On relèvera à cet égard qu'il est de pratique courante que les assureurs sociaux soumettent les rapports médicaux versés au dossier à des médecins internes ou des médecins-conseil, lesquels disposent de connaissances médicales nécessaires pour se prononcer sur les appréciations de confrères en toute connaissance de cause. Ce procédé n'est pas critiquable. Le grief de violation du droit d'être entendu est ainsi infondé.

4. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment le droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 considéré était propre à

entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'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 en question (*statu quo sine* ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

6. Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

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. Un rapport médical ne saurait en effet être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3, 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

7. a) Dans le cas d'espèce, une radiographie effectuée au lendemain de l'accident n'a mis en évidence aucune anomalie. Une IRM réalisée le 9 novembre 2015 a permis de constater que l'assuré souffrait d'une contusion de l'articulation acromio-claviculaire, sans évidence d'une ligne fracturaire, d'une rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire, notamment dans la partie supérieure avec rupture de la poulie du biceps et atrophie de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire (Goutallier 2), d'une dislocation du long chef du biceps, d'une fissuration longitudinale de la partie centrale du tendon du sous-épineux, d'une tendinopathie d'insertion du sus-épineux ainsi que d'une petite bursite sous-acromiale. L'examen a également relevé, au niveau osseux, un acromion de type Bigliani 2, un léger œdème osseux de la clavicule distale, une lame de liquide dans l'articulation acromio-claviculaire et un réhaussement du contraste périfocal. Un traitement de physiothérapie a été mis en place.

Les deux médecins traitants ont attesté une pleine capacité de travail dès le 18 avril 2016. Le Dr G._____ a constaté une évolution favorable sous traitement conservateur avec une récupération quasi complète de la mobilité. Il a indiqué que le traitement était terminé, hormis la nouvelle prescription de six séances de physiothérapie supplémentaires (cf. rapport du 12 avril 2016). Quant au Dr K._____, il a confirmé que son patient présentait une capacité de travail entière dès le 18 avril 2016, tout en préconisant un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA pour évaluer les séquelles (cf. feuille-accident LAA au 26 avril 2016). Dans les faits, la reprise de travail en plein a bien eu lieu le 18 avril 2016, la CNA ayant versé les indemnités journalières jusqu'au 17 avril 2016.

Le 30 mai 2016, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr X._____, qui a diagnostiqué un status après contusion de l'épaule gauche et une rupture partielle et tendinopathie du sous-scapulaire avec atrophie musculaire Goutallier II, dislocation du long chef du biceps de épaule gauche. Il a constaté que l'évolution était tout à fait satisfaisante, que l'assuré avait repris son métier et que l'événement en cause avait aggravé de manière temporaire un état dégénératif préexistant de l'épaule gauche. L'examen des épaules avait notamment conduit aux constatations suivantes :

« Elles sont stables dans tous les plans.
Mobilité symétrique à l'exception de la rotation externe, bras au corps, qui est de 50° à gauche contre 60° à droite.
Flexion-extension : 170-0-50° ddc [des deux côtés].
Abduction : 170°.
Rotation externe-interne, bras en abduction : 90-0-90°.
A droite, il n'y a pas de signe clinique de tendinopathie de la coiffe des rotateurs.
A gauche, le Palm-up et le test de Jobe sont négatifs.
Le Belly-press est négatif.
Lors de la manœuvre de Lift-off, diminution de la force musculaire. »

Appelé à se déterminer une nouvelle fois ensuite de l'annonce par l'assuré d'une rechute à la suite d'une « déchirure » à l'épaule gauche, le Dr X._____ a estimé que le *statu quo sine* avait été retrouvé à une année de l'accident, dans la mesure où celui-ci avait aggravé de façon

temporaire une ancienne déchirure du tendon du sous-scapulaire. Il a ajouté que la présence d'une atrophie musculaire Goutallier II à l'examen par IRM de novembre 2015 était le signe que cette déchirure était très ancienne. A son avis, la rechute annoncée en novembre 2016 n'était pas en lien de causalité probable avec l'événement en cause (cf. avis du 2 décembre 2016). Le Dr X. _____ a ajouté que mise à part l'image de contusion de l'articulation acromio-claviculaire, l'IRM n'avait pas montré de lésion traumatique (cf. avis du 23 janvier 2017). Se ralliant à cette appréciation, l'intimée a estimé que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint au plus tard un an après l'accident et a refusé de prêter des suites de la rechute annoncée le 25 novembre 2016.

b) Le recourant conteste cette appréciation, dont il remet en cause la valeur probante, lui préférant la prise de position du Dr G. _____, selon laquelle les troubles prévalant depuis le 24 novembre 2016 constituait une décompensation douloureuse de la lésion de la coiffe des rotateurs reconnue comme accidentelle en 2015. Il estimait que de ce fait, l'intimée devait reprendre le service de ses prestations. Le recourant ne saurait toutefois être suivi dans ses conclusions. En effet, dans son rapport du 20 avril 2017, invité par le recourant à se déterminer sur la conclusion du Dr X. _____ selon laquelle le *statu quo sine* aurait été retrouvé une année après l'accident du 24 septembre 2015, le Dr G. _____ a répondu « *Oui, dans le sens que le patient avait retrouvé une mobilité complète. Néanmoins, des restrictions de port de charges avaient été émises pour pouvoir reprendre son métier, en l'occurrence soulèvement de charges de plus de 15kg et mouvements de l'épaule gauche au-delà de l'horizontale* ». S'agissant du lien de causalité l'événement du 24 septembre 2015 et les douleurs actuelles, le Dr G. _____ a indiqué « *En fait, il est difficile de faire la part des choses entre les lésions dégénératives et des lésions fraîches, mais l'accident a été reconnu par la SUVA et on peut imaginer que la SUVA considérait qu'il y avait quand même une partie de lésions fraîches dans les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche de M. M. _____* ». Le Dr G. _____ a en outre qualifié de probable le lien de causalité entre les troubles

actuels et l'événement du 24 septembre 2015 sans toutefois motiver davantage sa conclusion. Il a noté que certes, l'IRM réalisée après la décompensation douloureuse de l'épaule gauche n'avait pas révélé de nouvelle lésion, mais qu'à son sens, si on reconnaissait des lésions accidentelles en 2015, on pouvait considérer qu'elles se décompensaient en 2017. Force est de constater que ces considérations ne sont guère convaincantes. L'avis du Dr G._____ ne repose pas sur des éléments circonstanciés et objectifs, mais part de la prémisse non avérée que l'intimée avait admis l'existence de lésions fraîches à la coiffe des rotateurs lors de l'événement accidentel. Hormis le fait que l'appréciation du Dr G._____ ne contredit pas le rapport médical du Dr X._____ sur le fait que le *statu quo sine* a été retrouvé à une année de l'événement en cause, il ne dit pas en quoi les conclusions de Dr X._____ seraient erronées, mais se contente d'affirmer qu'il est difficile de faire la part des choses et qu'en présence de lésions accidentelles en 2015, on pouvait reconnaître leur décompensation ultérieure. Cette argumentation ne suffit toutefois pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales, qu'il existe un lien de causalité ni certain ni même probable, entre les douleurs apparues en novembre 2016 et l'événement du 24 septembre 2015. Ainsi, les éléments apportés par le Dr G._____ ne suffisent pas à faire naître un doute sur le bienfondé et la fiabilité des conclusions du Dr X._____. Celles-ci sont d'ailleurs corroborées par l'appréciation médicale, plus approfondie, de la Dresse P._____.

c) Dans son appréciation médicale du 11 août 2017, le Dresse P._____ a indiqué que l'existence d'un acromion morphotype II et III, comme visualisé chez l'assuré, favorisait la survenance d'un conflit sous-acromial et de remaniements dégénératifs, eux-mêmes à l'origine de la lésion tendineuse dégénérative. Reprenant et commentant systématiquement les diagnostics retenus à l'IRM du 9 novembre 2015, la Dresse P._____ a indiqué que la tendinopathie du muscle subscapulaire impliquait un remaniement tendineux, soit une dégénérescence. Retenant que lors d'atteintes ou de ruptures de la coiffe des rotateurs, le tendon pouvait être apparenté à une courroie dans une poulie, qui s'use

progressivement, la Dresse P._____ a constaté que dans le cas de l'assuré, la rupture du tendon, décrite comme partielle, relevait d'une usure ; il n'y avait donc pas de rupture post-traumatique à proprement parler. Elle a précisé que, sachant que la dégénérescence graisseuse des muscles à tendon rompu apparaissait minimum un an après la rupture et que dite dégénérescence s'aggravait généralement lentement, il était évident que l'atteinte au tendon du muscle subscapulaire mise en évidence sur l'IRM du 9 novembre 2015 était plus ancienne que l'événement du 24 septembre 2015, l'IRM ayant été réalisée à six semaines de l'événement. S'agissant de la fissure longitudinale de la partie centrale du muscle infra-épineux, la Dresse P._____ a expliqué que lors d'un processus dégénératif avancé, la structure microscopique du collagène du tendon s'altère de plus en plus, induisant un clivage du tendon, dont le résultat est un déficit biomécanique qui s'exprime par le développement de transformations soit longitudinales soit transversales. Les transformations longitudinales, comme constatées chez l'assuré, sont considérées comme une conséquence d'un frottement des fibres à l'intérieur du tendon et résultent d'un processus chronique et évolutif, et non pas d'un événement aigu. Il s'agit donc dans le cas présent d'une altération tendineuse par usure, sans rupture tendineuse, dans le sens où il n'existe pas d'interruption des fibres tendineuses perpendiculairement à l'axe de force du tendon. La Dresse P._____ en a conclu que l'assuré présentait une image classique d'atteinte tendineuse dégénérative, probablement favorisée par l'acromion de type II d'origine congénitale, précisant que la clinique corroborait cette appréciation, puisque l'assuré ne présentait aucune limitation de la mobilité de son épaule gauche lors de l'exercice de son activité professionnelle, les mécanismes compensatoires ayant eu le temps de progressivement se mettre en place pour compenser la lente progression du processus dégénératif. Concernant la dislocation/luxation du long chef du biceps, la Dresse P._____ a indiqué qu'il s'agissait-là d'une atteinte le plus souvent secondaire à une altération dégénérative des tissus, et que tel est le cas de l'assuré, chez qui une atrophie de la partie du muscle subscapulaire a été constatée sur l'IRM du 9 novembre 2015. Enfin, le léger œdème osseux de la clavicule distale sans évidence de ligne fracturaire présent

conjointement à une lame de liquide dans l'articulation acromio-claviculaire témoigne d'une contusion au niveau de l'épaule gauche, plus précisément de l'articulation acromio-claviculaire. Le Dresse P. _____ a conclu de ces éléments que c'était à juste titre que le Dr X. _____ avait retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche en relation avec l'accident du 24 septembre 2015, alors que l'atteinte de la coiffe des rotateurs était d'origine uniquement dégénérative. Elle a précisé que les effets délétères du traumatisme subi par l'assuré ayant conduit à ladite contusion n'avait pas perduré au-delà d'une année, délai à l'issue duquel le statu quo sine pouvait être retenu, alors que la symptomatologie persistant au-delà de cette date était en relation de causalité exclusive avec une pathologie antérieure et manifestement dégénérative.

L'appréciation médicale de la Dresse P. _____ examine les points litigieux importants et procède d'une étude circonstanciée, en pleine connaissance de l'anamnèse. Elle se fonde sur des examens complets du dossier médical, en particulier de la situation médicale du recourant au moment de l'accident, afin de déterminer si on est en présence de lésions dégénératives ou accidentelles. Dès lors qu'il s'agit de déterminer si on est en présence d'une ancienne lésion, antérieure à l'accident, l'examen sur la base des pièces est pleinement relevant. La Dresse P. _____ a procédé à une riche description du contexte médical ; son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Son rapport du 11 août 2017 répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, sans qu'aucun élément au dossier ne permette de jeter le doute sur ses conclusions. En particulier, les conclusions du Dr G. _____ sur le lien de causalité entre les troubles annoncés le 25 novembre 2016 et l'accident de septembre 2015 ne reposent que sur des suppositions non objectivées et ne suffisent pas à remettre en cause l'analyse de la Dresse P. _____. Les conclusions de la Dresse P. _____ peuvent être retenues.

d) Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre la lésion invoquée à titre de rechute le 25 novembre 2016

et l'accident du 24 septembre 2015. Contrairement à ce que soutient le recourant, cette conclusion s'impose même sous l'angle des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA, dans leur teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2016. Ces dispositions ne lui sont en effet d'aucun secours, dès lors qu'elles ne permettent l'allocation de prestations de l'assurance-accidents pour les lésions semblables aux conséquences d'un accident que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Or en l'occurrence, comme il a été démontré à satisfaction supra, les atteintes présentées par l'assuré au-delà du délai d'un an après l'accident du 24 septembre 2015 sont uniquement de nature dégénérative. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations en lien avec la décompensation douloureuse survenue le 24 novembre 2016.

8. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

9. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par M. _____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. 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 24 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour le recourant),
- 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).

La greffière :