

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, a travaillé à 100 % en qualité de conducteur de travaux dans la rénovation pour le compte de l'entreprise individuelle [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 janvier 2017, l'assuré a glissé en montant dans une camionnette et a tenté de se retenir avec le bras droit, ce qui a provoqué une douleur au niveau de son épaule droite. Il n'y a pas eu d'interruption de travail dans l'immédiat et l'assuré a consulté la première fois le 3 février 2017.

A teneur de la déclaration d'accident du 8 février 2017, l'assuré a souffert d'une élongation de l'épaule droite. Il a été en arrêt de travail à partir du 21 février 2017.

Selon une IRM réalisée le 23 février 2017, l'assuré présentait une déchirure de la partie distale et supérieure du tendon du sous-scapulaire avec discrète subluxation du tendon du long chef du biceps, une tendinopathie de la partie intra-articulaire du tendon du long chef du biceps, de la partie distale du tendon du sous-épineux et de la partie distale du tendon du sus-épineux, une anomalie de signal au niveau de la jonction musculo-tendineuse du sous-épineux ainsi qu'une importante arthrose acromio-claviculaire avec probable petite fracture médiale de l'acromion.

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 mars 2017, le Dr B._____, médecin praticien et spécialiste en chirurgie, a retenu le diagnostic de déchirure traumatique du tendon sous-scapulaire et noté une tendinopathie sous-jacente de la coiffe des rotateurs droits.

Le rapport médical initial établi le 26 mars 2017 à l'attention de la CNA mentionnait le diagnostic de déchirure du tendon sous-scapulaire droit et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Aux termes de son rapport du 28 mars 2017, le Dr Q._____, médecin traitant de l'assuré et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'IRM du 23 février 2017 montrait une rupture partielle à complète du tendon sous-scapulaire avec une subluxation du long chef du biceps. Il a demandé à la CNA la prise en charge d'une opération de la coiffe des rotateurs dès lors que le traitement de physiothérapie et une infiltration de cortisone n'avaient pas eu le succès escompté.

Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse H._____, médecin praticien. Elle a retenu dans son rapport du 13 avril 2017 que l'IRM du 23 février 2017 mettait en évidence des lésions dégénératives préexistantes à l'événement du 12 janvier 2017. Elle a ajouté que l'assuré n'avait consulté que plus de six semaines après l'événement, ce qui tendait à nier le caractère aigu de l'atteinte à l'épaule droite, tout comme l'incapacité de travail totale qui n'avait débuté que le 21 février 2017. Elle a conclu comme suit :

« A priori et en l'état actuel du dossier, nous pouvons retenir que les troubles présentés actuellement par l'assuré sont en relation de causalité tout au plus possible avec l'événement du 12.01.17. Une origine dégénérative par contre est probable. L'opération du 03.05.17 est donc à la charge de l'assurance LAMal. »

Par courrier du 20 avril 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait plus lui allouer de prestations d'assurance dès le 30 mars 2017, ni prendre en charge l'intervention chirurgicale du 3 mai 2017 au vu du rapport du 13 avril 2017 de la Dresse H._____.

Il ressort d'une note téléphonique du 5 mai 2017 figurant au dossier de la CNA qu'à la suite de l'intervention orale du Dr Q._____, le dossier allait être réexaminé et qu'une enquête allait éventuellement être

faite pour déterminer les circonstances de la chute et les antécédents de l'assuré.

Selon la nouvelle appréciation du 7 juin 2017 de la Dresse H._____, l'IRM du 23 février 2017 parlait très clairement en faveur d'une atteinte préexistante au niveau de l'épaule. La chute sur une épaule, alors que l'assuré montait sur le camion, ne pouvait pas expliquer les inflammations et les ruptures de tendons, ni la bursite, ni l'arthrose. La chute avait entraîné une contusion, mais pas de nouvelle lésion structurelle. Les symptômes présentés par l'assuré étaient en lien avec les lésions dégénératives préexistantes. Finalement, la Dresse H._____ a observé que l'événement du 12 janvier 2017 avait largement cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après la chute et que le lien de causalité était tout au plus possible.

Par décision du 13 juin 2017, la CNA a confirmé le contenu de son courrier du 20 avril 2017, soit le refus d'allouer des prestations dès le 30 mars 2017 et de prendre en charge l'intervention chirurgicale.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 12 juillet 2017, faisant valoir en substance qu'il existait un lien de causalité entre l'accident du 12 janvier 2017 et ses troubles, ce qui impliquait la poursuite du versement des indemnités journalières et la prise en charge de l'opération à intervenir. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise.

Dans un courrier du 13 juillet 2017, le Dr Q._____ a communiqué à la CNA la date de l'opération de l'assuré prévue pour le 9 août 2017, ainsi qu'un rapport d'une arthro-IRM pratiquée le 5 juillet 2017. Ce rapport d'IRM concluait à une rupture du sous-scapulaire sans rétractation tendineuse, à une tendinopathie sévère du sus-épineux sans déchirure transfixiante, à une tendinopathie de la portion horizontale du biceps, à un ostéophyte du pôle inférieur de la glène et à une hypertrophie dégénérative sévère de l'articulation acromio-claviculaire. Plus

précisément, il était fait mention d'une déchirure pratiquement complète du tendon du sous-scapulaire.

Par décision sur opposition du 31 août 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en retenant que les troubles persistants qu'il présentait n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement du 12 janvier 2017, passé un délai maximal de trois mois à compter de l'accident, et qu'ils étaient à mettre sur le compte de l'état antérieur de nature malade. L'IRM du 23 février 2017 montrait certes une déchirure de la partie distale et supérieure du sous-scapulaire, mais dans un contexte de dégénérescences dues à des facteurs non accidentels.

B. Par acte du 29 septembre 2017, C._____, représenté par le Centre social protestant, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la prise en charge par la CNA de tous les frais médicaux, dont les interventions chirurgicales, ainsi qu'au versement des indemnités perte de gain pour accident durant toute l'incapacité de travail ; subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise neutre pour déterminer si la chute du 12 janvier 2017 pouvait avoir pour conséquence les lésions dont il souffrait. L'assuré a soutenu que sa chute avait occasionné une rupture complète du tendon du sous-scapulaire et que cette lésion était incontestablement traumatique, sans possibilité de lésion dégénérative préexistante. La déchirure du tendon était la conséquence de la chute et il ne pouvait pas être démontré de manière prépondérante qu'il s'agissait d'une lésion d'origine purement dégénérative sans cause extérieure. Même si l'arthrose et la tendinopathie pouvaient éventuellement être présentes avant l'accident, ces deux affections étaient totalement asymptomatiques, étant donné que l'assuré n'avait jamais ressenti de douleur et qu'il n'avait jamais consulté de médecin avant son accident concernant ce problème. L'assuré en a déduit que dans sa situation, les lésions ne résultaient pas de manière prépondérante de l'usure ou d'une maladie et qu'il y avait par conséquent lieu de lui allouer des prestations. Seule une intervention chirurgicale permettait en outre de soigner ou tout au moins réduire les symptômes de la lésion

traumatique subie. La CNA ne pouvait donc pas conclure à une simple contusion avec un retour à l'état antérieur passé un délai de trois mois. L'assuré a notamment produit un protocole opératoire du 9 août 2017, ayant la teneur suivante :

« [...] Le bourrelet antérieur est émoussé sans déchirure nette. On note la présence d'une tendinopathie du long chef du biceps au passage de la poulie. Le tendon du sous-scapulaire est désinséré proximale. Il n'y a pas de déchirure au niveau du tendon sus-épineux, ni de signes inflammatoires. [...] L'acromion est crochu antérieurement. [...] Le tendon du muscle sous-scapulaire est déchiré dans sa partie antérieure. [...] Le tendon du biceps est déchiré longitudinalement et hyperémié. [...] »

Dans sa réponse du 29 janvier 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit une appréciation orthopédique du 25 janvier 2018 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et s'y est intégralement référé pour confirmer sa décision du 31 août 2017. Il ressort de cette appréciation que l'assuré avait déjà subi une première chute le 8 mars 2013. Le diagnostic de l'époque était un conflit sous-acromial avec déchirure de la coiffe des rotateurs et possible lésion antéro-postérieure du labrum supérieur (SLAP) de l'épaule gauche. L'assuré avait été opéré le 15 novembre 2013 et avait ensuite repris le travail à plein temps le 1^{er} mars 2016. Le Dr J._____ a relevé les similitudes entre les troubles présentés par l'assuré à l'époque à l'épaule gauche et les nouvelles atteintes à l'épaule droite. En substance, il a expliqué que les lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et augmentaient avec l'âge, qu'une lésion dégénérative du tendon du muscle sus-épineux entraînait des lésions de conflit au niveau de l'intervalle des rotateurs, lesquelles pouvaient atteindre la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire et lorsqu'elles n'étaient pas complètes, les lésions traumatiques du sous-scapulaire identifiées dans les suites de luxations scapulo-humérales se situaient dans la partie inférieure et moyenne du muscle. Le Dr J._____ a considéré que le radiologue s'était trompé en retenant une rupture complète du tendon du sous-scapulaire. Pour sa part, sur la base de l'arthro-IRM, il existait une possible lésion transfixiante (ou transmurale) de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire et il a

conclu qu'en présence d'une déchirure partielle ou non, son aspect était, comme pour l'épaule gauche accidentée en 2013, tout à fait compatible avec un cadre purement dégénératif sur conflit sous-acromial à prédominance antérieure, compatible aussi avec la conformation particulière de l'acromion, décrit comme crochu antérieurement. Il n'y avait par ailleurs aucune autre lésion intra-articulaire qui devait faire considérer des antécédents traumatiques clairs. Par conséquent, les lésions spécifiques mises en évidence au niveau de l'épaule droite et en particulier la lésion tendineuse partielle de la partie supérieure du tendon du muscle sous-scapulaire n'apparaissaient pas en rapport de causalité naturelle probable avec l'accident du 12 janvier 2017.

Répliquant le 21 mars 2018, l'assuré s'est notamment étonné du fait que le Dr J._____, qui ne l'avait jamais vu, remette en cause non seulement l'analyse du Dr Q._____, ainsi que le rapport de l'arthro-IRM du 5 juillet 2017, mais également le lien de causalité entre les lésions constatées à l'épaule gauche et l'accident de 2013, opposant son propre diagnostic quatre ans après à l'avis des médecins spécialistes mandatés en 2013. L'assuré a fait valoir qu'il souffrait d'une lésion transfixiante (lésion complète) du tendon sous-scapulaire et que cette lésion était, tout au moins à un degré de vraisemblance prépondérante, d'origine accidentelle. Au vu des avis contradictoires des spécialistes, la CNA n'apportait pas la preuve que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Il a produit en annexe à son envoi un rapport du 13 mars 2018 du Dr Q._____, qui confirmait la lésion transfixiante du tendon sous-scapulaire due à l'accident. L'IRM du 23 février 2017 décrivait une déchirure de la partie distale et supérieure du tendon sous-scapulaire avec une discrète subluxation du long chef du biceps et des signes de tendinopathie. Dès lors qu'il était admis qu'il y avait une lésion transfixiante du tendon sous-scapulaire et le tendon du biceps était subluxé dans sa gouttière, il était difficile de dire que la tendinopathie déclenchait les douleurs. Selon le Dr Q._____, soit la lésion était transfixiante et due à l'accident, soit elle ne l'était pas. Il a ajouté qu'il était impossible que la déchirure du tendon sous-scapulaire ait

pu survenir entre la première IRM et l'arthro-IRM, le patient n'ayant pratiquement pas utilisé son épaule droite.

En duplique du 25 mai 2018, la CNA a intégralement maintenu ses conclusions et remis une nouvelle appréciation du 24 mai 2018 du Dr J._____. Ce dernier, réagissant au rapport du Dr Q._____ du 13 mars 2018, a précisé que l'aspect de la lésion tendineuse, notamment son caractère transfixiant ou non, n'était pas seul déterminant pour orienter sur l'étiologie de la lésion. Il a cité d'autres facteurs, tels que l'anamnèse et le status, tout en rappelant que la plupart des lésions tendineuses constatées à la coiffe des rotateurs étaient la conséquence d'un processus dégénératif principalement lié à l'âge, accessoirement aux activités. Il a ajouté les éléments suivants :

« Finalement et de manière spécifique au cas de M. C._____ et en faisant abstraction encore une fois du fait que ni la lésion de la poulie, ni l'instabilité du LCB [long chef du biceps] n'ont été décrites par l'opérateur ou les radiologues, même si l'on postulait que l'assuré avait présenté une atteinte traumatique de la poulie du LCB en conséquence de l'accident subi le 12 janvier 2017, on ne saurait admettre dans le même temps la possibilité que l'instabilité résultante du LCB ait pu provoquer en quelques semaines la lésion du tendon sous-scapulaire constatée sur le premier examen IRM, lésion en l'occurrence d'aspect globalement inchangé sur l'examen arthro-IRM effectué plus de six mois après l'accident, ceci en tenant compte naturellement des différences techniques entre les deux examens. »

Par courrier du 19 juin 2018, l'assuré a transmis des déterminations complémentaires, en relevant que 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. Les avis médicaux au dossier démontraient la complexité d'une telle différenciation. La loi prévoyait en outre une présomption que sa lésion était semblable aux conséquences d'un accident. La CNA échouait à apporter la preuve libératoire nécessaire dans ce cas de figure, soit que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'assuré a par ailleurs joint une appréciation médicale complémentaire du 18 juin 2018 du Dr Q._____. Ce médecin a mis en avant que le problème lié au long chef du biceps était secondaire et que le Dr J._____ avait négligé la rupture

du tendon sous-scapulaire due à l'accident du 12 janvier 2017 et confirmée lors des divers examens, en particulier l'IRM du 23 février 2017 et l'arthro-IRM du 5 juillet 2017. Selon le Dr Q._____, il n'y avait pas de subluxation lors de l'arthroscopie. Il y avait néanmoins une lésion débutante de la poulie due à l'accident et l'effet essuie-glace venait dans un second temps d'où l'absence d'une subluxation du tendon à l'arthroscopie.

Se déterminant sur cet envoi par courrier du 10 juillet 2018, la CNA a estimé qu'il convenait de nier toute valeur probante au rapport du 18 juin 2018 du Dr Q._____ dans la mesure où il comportait des constatations contradictoires sur l'existence d'une subluxation.

Dans ses ultimes déterminations du 17 juillet 2018, l'assuré a précisé que la discrète subluxation du long chef du biceps avait été constatée lors de l'IRM du 23 février 2017, mais que le Dr Q._____ ne s'était pas concentré sur le long chef du biceps lors de l'arthroscopie et ne l'avait pas vue, ce qui confirmait sa faible ampleur.

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 et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 30 mars 2017 pour les suites de l'événement survenu le 12 janvier 2017.

3. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. En vertu de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les déchirures du tendon, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut

être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 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).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse

possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

4. a) En l'espèce, l'épaule droite du recourant présente une déchirure du tendon du sous-scapulaire simultanément à des lésions incontestablement dégénératives (tendinopathie et arthrose notamment). Les rapports IRM des 23 février 2017 et 5 juillet 2017 concluent tous les deux à une déchirure du tendon du sous-scapulaire. Le Dr Q. _____ considère celle-ci comme d'origine traumatique (en particulier rapports des 13 mars et 18 juin 2018), de même que le Dr B. _____ selon son rapport du 11 mars 2017. En revanche, le Dr J. _____, dans son appréciation du 25 janvier 2018, considère que le radiologue s'est trompé en retenant une rupture complète du tendon du sous-scapulaire. Pour sa part, sur la base de l'arthro-IRM, il existe une possible lésion transfixiante (ou transmurale) de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire et il conclut que l'aspect de la déchirure, partielle ou non, est tout à fait compatible avec un cadre purement dégénératif sur conflit sous-acromial à prédominance antérieure, compatible également avec la conformation particulière de l'acromion, décrit comme crochu antérieurement. Le Dr J. _____ précise dans sa seconde appréciation du 24 mai 2018 que même s'il fallait retenir une atteinte traumatique de la poulie du long chef du biceps, lésion qui n'avait pas été décrite, il ne pouvait être admis dans le même temps la possibilité que l'instabilité résultante du long chef du biceps ait pu provoquer en quelques semaines la lésion du tendon sous-scapulaire constatée sur le premier IRM.

b) En l'occurrence, on ignore tout du mécanisme et de la dynamique exacts de la chute survenue le 12 janvier 2017, notamment s'ils étaient susceptibles à eux seuls d'entraîner une déchirure du tendon. Sur ce point, la déclaration de sinistre du 8 février 2017 mentionne une élongation, alors qu'à lire le Dr J. _____, il s'agirait d'une torsion (« M. C. _____ glisse sur un terrain neigeux en montant dans un camion et se tord l'épaule droite en tentant de se retenir », rapport du 25 janvier

2018) et enfin, selon la Dresse H._____, d'une contusion (rapport du 7 juin 2017). Par ailleurs, le recourant a continué à travailler dans les suites de l'accident et a consulté pour la première fois un médecin le 3 février 2017, soit trois semaines après l'accident. On ignore également tout de cette consultation, d'un éventuel traitement, de l'évolution de la lésion et des symptômes pendant ce laps de temps. L'intimée avait pourtant envisagé d'instruire sur ces points (note téléphonique du 5 mai 2017), mais aucune précision ne ressort finalement du dossier à cet égard. De plus, l'assuré a certes atteint l'âge où l'on présente des atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs. Cependant, en raison de l'absence d'anamnèse, de connaissance du mécanisme de l'accident, voire d'examen clinique, les appréciations du Dr J._____ ne sauraient se voir conférer la valeur probante permettant de retenir que la déchirure du tendon du sous-scapulaire, qu'elle soit partielle ou pratiquement complète, est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

Par ailleurs, même dans l'hypothèse où la lésion litigieuse devait être considérée comme d'origine dégénérative, se pose la question du *statu quo sine vel ante* en présence d'un accident ayant décompensé une atteinte dégénérative préexistante. L'intimée a certes considéré, sur la base de l'appréciation de la Dresse H._____, que le *statu quo ante* était atteint à trois mois en présence d'une contusion. Or, comme déjà dit, on ignore le mécanisme de l'accident et par conséquent s'il a effectivement pu générer une simple contusion.

A la lumière de ces rapports, en particulier au vu de la divergence entre les avis des Drs Q._____ et J._____ quant à la nature de l'atteinte, la question de la prise en charge reste indécise. Il y a dès lors lieu de procéder à une analyse plus poussée de l'atteinte subie par le recourant. L'intimée ne pouvait en effet pas, eu égard aux rapports médicaux contradictoires précités, retenir que la prise en charge du recourant devait se terminer au 30 mars 2017.

c) A ce stade, il n'appartient toutefois pas au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais à l'intimée de

mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la question faisant l'objet du considérant 4b ci-dessus conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), cas échéant sous la forme d'une expertise, au vu des appréciations divergentes des Drs J._____, Q._____ et du radiologue à l'origine de l'arthro-IRM du 5 juillet 2017.

5. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 1'500 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 31 août 2017 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant (pour C. _____),
- 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 :