

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 novembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey,

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

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

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a travaillé en qualité de directeur auprès de la société [...] SA. Il était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

L'assuré a été successivement victime de trois accidents de la circulation routière, les 16 juin 2015, 1<sup>er</sup> février et 15 décembre 2016. Lors du premier accident, il a fait une chute à scooter pour éviter deux enfants, tombant sur son épaule. Le 1<sup>er</sup> février 2016, une voiture a heurté l'arrière de son automobile et le 15 décembre 2016, il s'est fait percuter par un scooter au niveau de l'arrière gauche de son véhicule.

A teneur des certificats médicaux du 17 juin 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, l'assuré a été en arrêt de travail à 100 % du 17 juin au 28 juin 2015 pour le premier cas. Il présentait une contusion thoracique et à l'épaule droite.

D'après une radiographie de l'épaule droite face du 16 juin 2015, aucune anomalie n'a été mise en évidence.

Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 18 septembre 2015 en raison de la persistance des douleurs. Il en ressort que l'assuré présentait un œdème important avec rehaussement de contraste autour de l'articulation acromio-claviculaire.

Le 22 septembre 2015, l'assuré a subi une IRM de la colonne cervicale. On extrait ce qui suit du rapport du 23 septembre 2015 :

« <u>Statique</u>	: absence de scoliose. <i>Raideur du rachis cervical.</i>
<u>Disques</u>	: <i>hyposignal en pondération T2 des disques C3-C4 et C4-C5 traduisant une déshydratation.</i>
<u>En C3-C4</u>	: <i>léger étalement discal plutôt en préforaminal <u>droit</u> associé à une arthrose</i>

*uncovertébrale débutante réduisant de façon modérée le trou de conjugaison C3-C4 droit sans mise en évidence d'une compression nerveuse.*

En C4-C5 : *très léger étalement discal global à prédominance dans la ligne médiane sans compression ni empreinte sur le cordon médullaire ni de rétrécissement des trous de conjugaison.*

En C5-C6 : pas d'étranglement foraminaire ni canalaire.

Vertèbres : absence de lésion osseuse. *Début d'une arthrose uncovertébrale C3-C4 droite.*

Dimensions canalaires : dans la norme. *Très léger rétrécissement du trou de conjugaison C3-C4 droit.*

Cordon médullaire : non comprimé.

### **Conclusion**

**IRM cervicale dans les limites de la norme compte tenu de l'âge du patient sans évidence d'une arthrose avancée ni de hernie discale. »**

Le médecin traitant de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en anesthésiologie, a fait passer différents examens à son patient en janvier 2016 vu l'absence d'évolution favorable de son état de santé. La CNA a refusé de prendre en charge la facture du 23 mai 2016 du laboratoire I.\_\_\_\_\_, ayant procédé aux analyses. Le 20 juin 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait part des éléments suivants à la CNA concernant lesdites analyses :

« Monsieur J.\_\_\_\_\_ a chuté en scooter courant juin 2015 avec des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. De nombreux traitements ont été effectués, mais malheureusement sans évolution favorable.

Le patient m'a donc été adressé par son médecin traitant et son chirurgien, afin d'investiguer sur l'origine de la non progression des lésions de son épaule.

Je l'ai donc examiné courant janvier 2016 en suspectant des carences cause pouvant expliquer la non réponse aux thérapeutiques classiques [sic].

En effet, au vu des différents bilans effectués, du status clinique et des diverses thérapies entreprises, cette hypothèse pouvait expliqu[er] la persistance des symptômes, ainsi que la non-progression de la lésion du tendon.

Afin de découvrir l'origine de ces carences, j'ai donc effectué ce bilan dans le but de les substituer et permettre ainsi la guérison plus rapide de la lésion traumatique de cette coiffe des rotateurs. Grâce à ces corrections, l'évolution est maintenant favorable. »

Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assuré a fait l'annonce de son deuxième accident, survenu le 1<sup>er</sup> février 2016. Il n'y avait pas eu d'arrêt de travail.

Dans un courrier du 7 novembre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« L'épaule droite (accident de 2015) est quasiment terminée [sic]. L'épaule a récupéré à 95 % de sa fonction que ce soit dans la vie quotidienne ou sportive de sorte qu'actuellement il n'existe pas de traitement en cours.

Par contre, il existe de nombreuses problématiques en relation avec son accident de la voie publique en février 2016.

Le bilan des lésions encore actives à ce jour sont :

1 : entorse cervicale avec coup du lapin et douleurs neurologiques au niveau des deux angulaires de l'omoplate.

2 : genoux des deux côtés (pointe de rotule et tendon rotulien) au niveau du compartiment interne par impaction contre le tableau de bord, douleurs persistantes lors de plus de 60° flexion ou lors d'augmentation de la charge mécanique.

3 : douleurs au niveau de la colonne dorsale et des muscles paravertébraux et stabilisateur de la ceinture scapulaire.

Des traitements pour ces différentes problématiques traumatiques sont en cours et devront porter leurs fruits dans un délai de 2 à 3 mois pour la plupart des pathologies. »

Selon un rapport médical intermédiaire du 14 novembre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu une entorse cervicale, une contusion lombaire et paravertébrale, une contusion du condyle fémoral interne des deux côtés et des rotules. La durée prévisible du traitement était de trois mois.

A la suite du troisième accident du 16 décembre 2016, une IRM du genou droit de l'assuré a été réalisée le 22 décembre 2016. Il en ressort une chondropathie rotulienne grade IV avec ulcération et fissuration du cartilage à la crête et à la facette médiane de la rotule associée à un œdème focal de l'os sous-chondral. Il n'y avait pas de lésion ni au niveau des ménisques, ni au niveau ligamentaire.

Le 16 janvier 2017, l'assuré s'est rendu à un entretien auprès de son conseiller à la CNA et a déclaré que les douleurs anciennement ressenties à la suite du premier accident avaient disparu avec le traitement d'ostéopathie. Le traitement était terminé pour l'épaule droite.

Aux termes d'un rapport du 3 février 2017 rédigé concernant un traumatisme d'accélération crânio-cervical et relatif au deuxième accident, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics provisoires de douleurs à la nuque et de troubles ostéo-musculaires. La première consultation datait du 9 mars 2016.

Selon un rapport du 10 février 2017 du Dr C.\_\_\_\_\_, il existait une contusion légère côté gauche et aux genoux des deux côtés.

Dans un rapport du 4 mars 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé l'entorse cervicale, la contusion du condyle fémoral et de la rotule des deux côtés ainsi que la contusion lombaire et paravertébrale. Le traitement était terminé pour l'entorse cervicale, ainsi que par la contusion lombaire et paravertébrale. L'amélioration était lente pour la contusion du condyle fémoral et de la rotule des deux côtés. Le pronostic était favorable.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à la CNA le 12 juin 2017, ayant la teneur suivante :

« Afin de faire simple, je pense que le cas accident de décembre 2016 peut être clôturé car le mécanisme traumatique était mineur ainsi que la cinétique de l'accident.

De sorte, les pathologies qui se sont aggravées suite à cet incident sont en relation avec les deux premiers accidents de 2016.

Lors de ces accidents, Mr J.\_\_\_\_\_ a subi plusieurs traumatismes avec des lésions au niveau de son épaule droite, de sa colonne cervicale et lombaire et des deux genoux.

L'épaule droite et la nuque de Mr J.\_\_\_\_\_ sont à ce jour, non douloureuses et fonctionnelles. De sorte, je pense que l'on peut clôturer ces deux problématiques même s'il reste une gêne lors de mouvements très rapides en hauteur au niveau de l'épaule droite.

La colonne lombaire a évolué favorablement avec la physiothérapie et le renforcement effectué par le patient.

Par contre, il persiste une problématique de genou des deux côtés même si le genou droit est le plus atteint.

Suite à l'écrasement du genou contre les éléments avant du tableau de bord de la voiture, Mr J. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux contusionnel au niveau du condyle fémoral interne et de la rotule qui le gêne dans les mouvements de flexion et de charge. »

Le dossier de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin praticien. Elle s'est exprimée comme suit dans le cadre de son appréciation du 3 août 2017 :

« En ce qui concerne les genoux, le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12.06.2017 mentionne la persistance de douleurs prédominant au niveau du genou D [droit]. Suite au traumatisme de ce genou, une IRM a été pratiquée le 22.12.2016 et celle-ci n'a pas mis en évidence de lésion traumatique imputable à l'événement du 01.02.2016. Par contre, on note une chondropathie rotulienne grade IV avec ulcération et fissuration du cartilage à la crête et à la facette médiane de la rotule associées à un œdème focal de l'os sous-chondral. On peut ainsi dire que l'événement du 01.02.2016 a décompensé un état antérieur avec une chondropathie rotulienne grade IV déjà sévère. La persistance de douleurs comme mentionnée par le Dr C. \_\_\_\_\_ en date du 12.06.2017 est en lien de causalité avec l'atteinte antérieure de type dégénératif. Ainsi, les douleurs présentées encore par l'assuré lors du rapport du 12.06.2017 ne peuvent plus être imputables à l'événement du 01.02.2016. En effet, les douleurs présentées ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 01.02.2016 puisque celui-ci n'a pas provoqué de lésion structurelle imputable à l'événement mais a décompensé une atteinte dégénérative déjà présente au niveau du genou D et de manière avancée. Ainsi le 12.06.2017, au plus tard, nous pouvons retenir que l'événement du 01.02.2016 avait totalement cessé de déployer ses effets.

[...]

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les 3 événements que nous avons cités ont, au plus tard, tous cessé totalement de déployer leurs effets en date du 12.06.2017. Les 3 événements n'ont entraîné, hormis au niveau de l'épaule D qui a totalement retrouvé sa fonction et qui n'est plus douloureuse, aucune lésion structurelle. Au niveau du genou D, il persiste des lésions dégénératives antérieures à tous les événements et notamment plus particulièrement à celui du 01.02.2016. Les troubles qui persistent actuellement sont en lien avec les troubles dégénératifs préexistants. »

Par décision du 17 août 2017, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance pour le 31 juillet 2017 dans la mesure où les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus aux accidents.

L'assuré a subi une nouvelle IRM du genou droit le 2 octobre 2017. Il en ressort qu'il existait une petite progression de la chondroptahie focale de grade IV de la rotule par rapport à l'examen du 22 décembre 2016.

Sur demande de son médecin traitant, l'assuré a été vu par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. On extrait les éléments suivants de son rapport du 25 octobre 2017 :

« **Diagnostics** : chondropathie fémoro-rotulienne post-traumatique droite. Tendinite rotulienne gauche. Syndrome sous-acromial post-traumatique de l'épaule droite.

**Rappel anamnestique** : en été 2015, ce patient a fait un accident à scooter seul et a chuté lourdement sur l'épaule droite et les deux genoux. Il y aurait eu une fracture de l'extrémité distale de la clavicule. Traitement conservateur. La récupération a été incomplète avec des douleurs persistantes de l'épaule droite en élévation abduction avec troubles du sommeil. Douleurs antérieures des deux genoux. On signale également un coup du lapin sur accident de voiture avec quelques séquelles au niveau des cervicales.

**A l'examen clinique**, les deux genoux sont secs et stables dans tous les plans. Pas de signes méniscaux. Rabot rotulien à droite, avec des douleurs lors de la consultation. Douleurs de la pointe de la rotule et du départ du tendon rotulien à gauche. Les contours de l'épaule droite sont normaux. Pas d'atrophie musculaire. La mobilité est complète. Syndrome sous-acromial entre 90 et 120° d'abduction et d'élévation.

L'IRM du genou droit montre des compartiments fémoro-tibiaux intacts avec une atteinte assez sévère chondropathique prédominant au milieu avec des zones dépourvues de cartilage. Dans les autres régions, une fragmentation et un amincissement. Du côté gauche, l'IRM est normale avec un soupçon d'inflammation du départ du tendon rotulien sur la pointe de la rotule.

**Appréciation et proposition** : j'ai proposé un traitement de PRP [plasma riche en plaquettes] pour le genou droit, un traitement d'ondes de choc pour le genou gauche. J'ai également envoyé le patient faire une Arthro IRM de l'épaule droite, afin de détecter une lésion sous-jacente, expliquant son syndrome sous-acromial. »

L'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, s'est opposé à la décision du 17 août 2017 par courrier du 27 novembre 2017, demandant la poursuite du versement des prestations au-delà du 31 juillet 2017. Il a également conclu à la prise en charge par la CNA de la facture I.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2016. L'assuré a invoqué une dégradation de ses séquelles à la suite du premier accident vu l'existence d'une capsulite rétractile. Le cas n'était dès lors pas clos. Pour ce qui est des atteintes résultant du deuxième événement, le genou droit était encore très douloureux et une importante perte de force était notée lors des mouvements de flexion de plus de 30 degrés. Le traitement était toujours en cours et le pronostic était réservé. Selon l'assuré, l'IRM du mois d'octobre 2017 confirmait que les lésions cartilagineuses sous rotuliennes étaient sévères et qu'elles se dégradaient progressivement. Ces troubles étaient en lien de causalité avec les accidents subis, en particulier en l'absence de tels troubles avant l'accident. L'assuré souffrait également d'un stress post-traumatique à la suite du dernier accident, qui avait ravivé les symptômes des deux premiers. Concernant la facture du 23 mai 2016, l'assuré a renvoyé au courrier du Dr C.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017 qui expliquait pour quelles raisons les analyses étaient nécessaires. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 9 novembre 2017 du Dr C.\_\_\_\_\_ qui confirmait ses allégations.

Le dossier a été une nouvelle fois soumis à la Dresse G.\_\_\_\_\_, qui a retenu ce qui suit dans son appréciation du 18 décembre 2017 :

« Rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 09.11.2017 : ce médecin précise que le traitement des atteintes au niveau de l'épaule D s'est terminé début 2017 sous traitement conservateur (AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien], physiothérapie, rééducation et injections de facteur de croissance plaquettaire) ; permettant à l'assuré de reprendre le ping-pong à bon niveau. L'assuré représente de nouvelles plaintes au niveau de son épaule droite, mais des investigations auraient mis en évidence une capsulite rétractile. Le Dr C.\_\_\_\_\_ retient que cette nouvelle atteinte est en lien avec l'événement de juin 2015. Une capsulite rétractile ne peut pas survenir plus de deux ans après un événement traumatique, qui était résolu début 2017. L'événement de juin 2015 avait totalement cessé de déployer ses effets début 2017. Les troubles actuels sont donc sans lien de causalité avec l'événement incriminé.

Quant à l'IRM du 02.10.17, elle montre une progression de la chondropathie focale de grade IV de la rotule par rapport à l'examen précédent du 22.12.16. Cette atteinte est sans lien de causalité avec l'événement du 01.02.2016 ; en effet, cette atteinte était préexistante à l'événement incriminé.

Les nouveaux éléments médicaux reçus ne modifient pas les conclusions de notre appréciation du 03.08.2017 qui restent parfaitement valables. »

Par décision sur opposition du 21 décembre 2017, la CNA a entièrement confirmé sa décision du 17 août 2017 et rejeté l'opposition de l'assuré en se référant notamment à l'appréciation du 18 décembre 2017 de la Dresse G.\_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 31 janvier 2018, J.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise externe orthopédique, puis nouvelle décision, ainsi qu'à la prise en charge par la CNA de la facture I.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2016 ; subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse. En substance, il a fait valoir que les rapports du médecin d'arrondissement de la CNA n'étaient pas probants en raison du caractère incomplet des examens sur lesquels se fondaient ces rapports, de l'absence d'un examen fouillé sur la notion de causalité naturelle, de l'absence de prise en considération de toutes les plaintes exprimées et de l'absence de motivation. Le recourant a ajouté qu'il s'agissait de l'avis d'un médecin interne à l'assurance et que, dans ces cas, un moindre doute sur la fiabilité ou le raisonnement des médecins justifiait la mise en œuvre d'un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise interne. S'agissant de la facture I.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2016, le recourant a indiqué que la CNA n'avait pas statué sur la question de la prise en charge de ladite facture alors qu'il avait pris des conclusions à ce titre. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu, qui devait être réparée dans le cadre du recours. Le recourant a précisé que l'analyse découlant de la facture était nécessaire pour améliorer sa prise en charge et sa récupération, comme indiqué par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 20 juin 2016, avis qui n'avait pas été remis en cause.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé concernant les douleurs à l'épaule du recourant que l'épaule avait été traitée conservativement et qu'une évolution satisfaisante avait été constatée par le médecin traitant en novembre 2017 (*recte* : 2016). Le recourant avait pu reprendre la pratique du ping-pong. S'agissant de la capsulite rétractile détectée par la suite, le lien de causalité n'était pas suffisamment probable avec l'accident de 2015 dans la mesure où une telle atteinte ne pouvait survenir plus de deux ans après l'événement traumatique selon le médecin d'arrondissement. L'intimée a contesté les arguments avancés par le recourant concernant les rapports dudit médecin. Pour ce qui est du genou du recourant, l'intimée a fait valoir que les altérations étaient dégénératives et non accidentelles, comme cela ressortait des IRM. Quant à la facture I. \_\_\_\_\_ du 23 mai 2016, elle ne se rapportait pas aux accidents subis par le recourant et ne devait donc pas à être prise en charge.

Répliquant le 4 mai 2018, le recourant a maintenu ses précédents arguments et s'est notamment référé aux rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ figurant au dossier.

En duplique du 28 mai 2018, l'intimée a maintenu 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 ; RSV 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 sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 juillet 2017, ainsi que sur la prise en charge d'une facture du 23 mai 2016.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

**4. 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.

**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).

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).

**5. a)** 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).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Un rapport médical ne saurait toutefois 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 (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**b)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

**6. a)** En l'espèce, on relève en premier lieu que la prise en charge des suites de l'accident du 15 décembre 2016 n'est pas litigieuse vu le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 12 juin 2017. Le recourant n'invoque du reste pas de troubles persistants relatifs à cet événement. En particulier, le syndrome de stress post-traumatique mentionné dans le rapport du 9 novembre 2017 du Dr C.\_\_\_\_\_ n'est étayé par aucun autre élément au dossier et ne saurait dès lors être retenu. Le Dr C.\_\_\_\_\_ ne détaille du reste pas les conséquences d'une telle atteinte en termes d'incapacité de travail ou de traitement à suivre par le recourant.

**b)** Concernant l'accident du 17 juin 2015, sur la base des rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ des 7 novembre 2016 (« L'épaule droite a récupéré à 95 % de sa fonction que ce soit dans la vie quotidienne ou sportive de sorte qu'actuellement il n'existe plus de traitements en cours ») et du 12 juin 2017 (« L'épaule droite et la nuque de Mr J.\_\_\_\_\_ sont à ce jour, non douloureuses et fonctionnelles. De sorte, je pense que l'on peut clôturer ces deux problématiques même s'il reste une gêne lors de mouvements très rapides en hauteur au niveau de l'épaule droite »), il convient d'observer que ces deux rapports sont superposables quant à leurs conclusions avec pour corollaire que l'épaule était à nouveau fonctionnelle déjà fin 2016, ce que confirme l'assuré lors d'un entretien du 16 janvier 2017. La situation était donc stabilisée.

S'agissant de la capsulite rétractile, il convient de considérer, dans la mesure où l'on retient que l'épaule était de nouveau fonctionnelle fin 2016, qu'il peut éventuellement être question d'une séquelle tardive. Toutefois, au vu des exigences de preuve en la matière (consid. 4c *supra*), le recourant n'apporte pas la preuve d'une relation de causalité naturelle. Toujours en relation avec l'épaule droite, le Dr C.\_\_\_\_\_ fait mention d'une capsulite rétractile dans ses réponses au questionnaire du conseil du recourant, avec indication que des examens sont en cours. La capsulite

rétractile est une affection touchant l'épaule avec rétractation et épaissement de la partie inférieure et antérieure de sa capsule articulaire, se traduisant par une raideur douloureuse évoluant vers une perte complète de la mobilité (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, version 2018). Au dossier figure un rapport du 25 octobre 2017 du Dr H. \_\_\_\_\_ adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, dont il ressort que les contours de l'épaule droite sont normaux, qu'il n'existe pas d'atrophie musculaire, que la mobilité est complète, avec un syndrome sous-acromial entre 90 et 120° d'abduction et d'élévation. Le constat d'une mobilité complète paraît s'inscrire en faux contre le diagnostic de capsulite rétractile. Par ailleurs, le recourant n'a pas produit l'arthro-IRM de l'épaule droite préconisée par le Dr H. \_\_\_\_\_ en relation avec le syndrome sous-acromial. Le lien de causalité naturelle entre l'accident et la capsulite rétractile, pour autant que ce diagnostic soit confirmé, n'est dès lors pas établi.

**c)** En relation avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2016, lequel est litigieux s'agissant de l'atteinte au genou droit, il apparaît que le recourant n'a pas consulté de médecin, en l'occurrence le Dr C. \_\_\_\_\_, avant le 3 mars 2016 (rapport du 3 février 2017). Cet intervalle de temps permettrait déjà à lui seul de se poser la question de la causalité naturelle faute de constat médical à bref délai de l'accident permettant d'objectiver l'atteinte à la santé inhérente à cet accident. La question peut cependant demeurer ouverte. En effet, le Dr C. \_\_\_\_\_ pose rétroactivement le diagnostic de contusions du condyle fémoral des deux côtés ainsi que de la rotule dans son rapport intermédiaire du 14 novembre 2016. Les IRM des 22 décembre 2016 et 2 octobre 2017 montrent une atteinte exclusivement dégénérative (chondropathie de stade IV). Au vu du stade avancé de cette chondropathie, il est vraisemblable, comme le soutient la Dresse G. \_\_\_\_\_ (rapports des 3 août et 18 décembre 2017), que cette atteinte existait déjà avant le 1<sup>er</sup> février 2016. En l'occurrence, en présence d'une contusion, il est notoire que l'évolution est favorable en quelques mois. Du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2016, il ressort déjà que l'évolution devait être favorable dans les deux à trois mois, ce qui place le *statu quo sine* au plus tard début 2017 (consid. 4b *supra*). Enfin, l'allégation d'absence de douleurs au genou avant l'accident du

1<sup>er</sup> février 2016 constitue en l'espèce un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* (consid. 4b *supra*), qui ne saurait être suivi. Au regard de ce qui précède, il convient d'admettre que la contusion du genou subie en février 2016 avait largement cessé de déployer ses effets au moment où la caisse intimée a décidé de mettre un terme au versement des prestations.

**d)** Le recourant invoque également que les rapports du médecin d'arrondissement de l'intimée ne sont pas probants. Or, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a fait état des rapports médicaux figurant au dossier et les a discutés dans ses appréciations des 3 août et 18 décembre 2017. Ses conclusions sont claires et motivées (consid. 5 *supra*). Vu les considérants ci-dessus, les autres rapports au dossier ne permettent par ailleurs pas de les remettre en cause. Bien au contraire, les différentes IRM effectuées confirment l'analyse de de la Dresse G. \_\_\_\_\_. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter.

**e)** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre d'une expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**f)** En conséquence, l'intimée était légitimée à mettre fin aux prestations à la date du 31 juillet 2017.

**7.** S'agissant du refus de prester de l'intimée en relation avec la facture I. \_\_\_\_\_ du 23 mai 2016, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en l'absence de décision à cet égard par l'intimée.

En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge (TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et

de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui paraissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1). Partant, on peut s'abstenir de discuter la facture du 23 mai 2016 sous l'angle d'une violation du droit d'être entendu en considérant, vu la teneur de la décision du 17 août 2017, que l'intimée a implicitement refusé de prendre en charge cette facture. On constate en effet que ce refus est justifié au vu des explications ressortant du courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ à l'intimée du 20 juin 2016, à savoir que ces analyses de laboratoire avaient pour but de rechercher d'éventuelles carences. Dans la mesure où le recourant ne démontre pas l'existence d'un lien de causalité entre ses accidents et d'éventuelles carences, la facture peut tout au plus relever d'une problématique liée à l'assurance-maladie, mais non à l'assureur-accidents.

**8. a)** En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant fin aux prestations au 31 juillet 2017. Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 21 décembre 2017 par la Caisse nationale 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 Alexandre Guyaz (pour J. \_\_\_\_\_),
- Me Olivier Derivaz (pour la 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 :