

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Oppikofer et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

F._____, [...], recourant, représenté par Me Camille Perrier Depeursinge,
avocate à Saint-Sulpice,

et

D._____, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat
à Bienne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, est employé en tant que comptable au sein de l'entreprise [...] depuis 2012. A ce titre, il est 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 16 juin 2013, l'assuré a chuté à vélo sur la route du Mollendruz. Serré de près par une voiture qu'il a voulu éviter, il a perdu l'équilibre lorsque son vélo s'est retrouvé entre le rebord goudronné de la route et la zone caillouteuse qui le bordait. Son épaule gauche a été touchée. Le 18 juin 2013, l'assuré s'est rendu auprès du Dr M._____, spécialiste en médecine interne. Ce médecin a constaté des douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche et diagnostiqué une contusion. Six séances de physiothérapie ont été prescrites.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 14 juillet 2014 par le Dr C._____, spécialiste en radiologie. Ce dernier a diagnostiqué une tendinopathie d'insertion du sus-épineux et une discrète bursite sous-acromiale.

Par rapport médical du 8 octobre 2014, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu une suspicion de lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. L'épaule en question se présentait pour le reste sans déformation, sans atrophie musculaire ni problématique neurologique. Au bilan radiologique, ce médecin relevait un acromion de type II, la situation étant pour le reste sans particularité.

Le 29 octobre 2014, la CNA a alloué les prestations d'assurance pour les suites de l'accident non-professionnel du 16 juin 2013.

B. Le 1^{er} septembre 2016, en raison de douleurs à l'épaule gauche, l'assuré s'est rendu auprès du Dr K._____, spécialiste en

chirurgie orthopédique. Ce dernier, dans un rapport du 2 septembre 2016, a fait état d'une probable lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Une arthro-IRM a été préconisée.

Réalisée le 23 septembre 2016, l'IRM en question a mis en évidence un conflit sous-acromial avec fissuration centimétrique intra-tendineuse de l'enthèse du supra-épineux, occupant plus de 80% de son épaisseur, associée à une bursite sous-acromiale. La trophicité musculaire restait préservée.

Le 24 mars 2017, l'assuré a adressé un courriel à la CNA, dont le contenu est le suivant :

« En date du 16 juin 2013 je suis tombé à vélo et me suis fait mal à l'épaule.
Suite à cette chute, quelques séances de physiothérapie ont suivi et pendant quelques temps ça allait mieux.
Depuis bientôt deux ans j'ai toujours mal à l'épaule (oui j'ai laissé traîner la chose).
En 2016, je me suis quand même décidé à aller consulter un médecin spécialisé. En l'occurrence, le Dr K._____. Celui-ci m'a envoyé faire un IRM.
Il en est ressorti que j'ai les tendons déchirés à env. 80%. Je dois refaire un IRM sur ce mois d'avril afin de planifier une intervention chirurgicale courant de cet automne.
Au vu des éléments ci-dessus, je vous demande de bien vouloir rouvrir ce dossier. »

La rupture du tendon sus-épineux de l'épaule gauche a été confirmée par le Dr K._____ à l'occasion d'un rapport médical établi le 1^{er} mai 2017. Une intervention chirurgicale, sous la forme d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs, a été proposée.

Le 5 juillet 2017, la CNA a refusé d'allouer de nouvelles prestations d'assurance, dans la mesure où un lien de causalité entre les troubles récemment constatés à l'épaule gauche de l'assuré et son accident de vélo intervenu au mois de juin 2013 ne pouvait être tenu pour certain.

F._____, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le refus de prise en charge. Il soutenait qu'un lien de causalité devait au contraire être retenu.

A l'occasion d'un rapport médical du 21 juillet 2017, le Dr K._____ a pris position comme suit :

« Apparemment, le médecin-conseil de la SUVA refuse la prise en charge, car il n'y avait pas de lésion sur l'arthro-IRM de septembre 2016. Avec les images et le rapport vous vous rendrez compte qu'il y a une lésion subtotale de plus de 80% de l'épaisseur du tendon du sus-épineux. Ce qui peut par contre prêter à confusion dans les conclusions c'est qu'il y est mentionné « conflit sous-acromial » mais je rappelle tout de même au médecin-conseil que le conflit sous-acromial est un diagnostic clinique et non radiologique. »

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la Dre W._____. En date du 31 août 2017, cette dernière a requis que le dossier soit complété, notamment sur le plan radiologique. Elle a également demandé l'établissement d'une enquête afin de déterminer l'évolution des symptômes depuis l'accident, les antécédents de l'assuré ou encore ses loisirs.

Le 21 septembre 2017, la Dre W._____ a établi une appréciation médicale, dont la teneur est la suivante :

« L'assuré a donc présenté une chute à vélo le 21.06.2013. Aucun rapport médical n'est joint à cette chute. L'assuré déclare une rechute le 2 juin 2014 en raison de la persistance des douleurs qui vont l'amener à consulter le Dr M._____ en date du 18 juin 2013. Celui-ci va retenir une contusion de l'épaule gauche suite à une chute à vélo. Aucune lésion n'est constatée sur les radiographies. Une arthro-IRM de l'épaule gauche sera demandée le 14 juillet 2014 qui va mettre en évidence une tendinopathie d'insertion du sus-épineux et une bursite sous-acromiale discrète dans le cadre d'un remaniement ostéophyttaire débutant du bord latéral de l'acromion. Le radiologue précise qu'il y a une hétérogénéité du tendon du sus-épineux avec amincissement et hypersignal T1-T2 de l'extrémité du tendon à son insertion humérale évoquant une tendinite avec un diagnostic différentiel de lésion de la face bursale dans un clivage intra-tendineux. Aucune notion d'une rupture traumatique de ce tendon. Il s'agit plutôt d'une lésion inflammatoire décrite par le radiologue et constatée sur les images radiologiques.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc retenir que la chute à vélo du 16.06.2013 n'a pas entraîné de lésion structurelle visible sur les radiographies de l'épaule ni sur l'arthro-IRM du 14.07.2014.

L'assuré annonce une rechute le 01.09.2016 avec à l'arthro-IRM du 23.09.2016 clairement une rupture au niveau du tendon du supra-épineux occupant plus de 80% de l'épaisseur. En comparant les 2 arthro-IRM, celle du 14.07.2014 et celle du 23.09.2016, nous pouvons retenir que la chute du 16.06.2013 n'a pas entraîné la rupture de 80 à 90% du tendon du supra-épineux constatée sur l'arthro-IRM du 23.09.2016.

Le lien de causalité entre la chute du 16.06.2013 et les lésions constatées actuellement en septembre 2016 et en avril 2017 est tout au plus possible.

La chute du 16.06.2013 a aggravé passagèrement des lésions préexistantes de nature dégénérative déjà présentes aux radiographies mais également à l'arthro-IRM de juillet 2014.

Il faut encore noter que l'assuré n'a pas consulté de spécialiste ni en 2013 ni en 2014 à notre connaissance et aucune indication opératoire n'a été retenue à cette même époque. Ce n'est qu'en septembre 2016 que l'assuré consulte à nouveau pour des douleurs persistantes de l'épaule cette fois dues à une rupture non-traumatique du tendon du supra-épineux mais qui est de nature malade.

La chute du 16.06.2013 a tout au plus aggravé passagèrement un état préexistant et en l'absence de lésion structurelle traumatique imputable à celle-ci, lors de l'IRM du 14.07.2014, nous devons nier le lien de causalité certaine ou même probable entre la chute qui nous occupe et les lésions actuelles.

Au vu de ce qui précède, nous retenons également que l'opération prévue le 19.09.2017 n'est pas en lien de causalité probable ni certaine avec la chute du 16.06.2013. Les lésions préexistantes, de nature dégénérative, sont à la charge de l'assurance-maladie. »

Par décision du 2 octobre 2017, la CNA a refusé d'allouer toute nouvelle prestation d'assurance.

Le 1^{er} novembre 2017, F. _____ s'est opposé à cette décision et conclu à ce que tous les traitements médicaux à envisager en lien avec l'accident du 16 juin 2013 soient mis à la charge de la CNA. Il retenait en substance l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la lésion des tendons de l'épaule gauche et l'événement du 16 juin 2013.

A l'occasion d'un rapport médical du 15 novembre 2017, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état des éléments suivants :

« Il s'agit d'un jeune patient en bonne santé habituelle sans antécédent au niveau de cette épaule gauche. Les radiographies initiales au moment du traumatisme n'ont pas montré de lésion osseuse. Au vu d'une persistance des douleurs, le patient effectue sa première IRM de cette épaule gauche en 2014 qui montre une rupture quasi transfixiante du tendon supra-épineux. Aucune prise en charge chirurgicale n'est décidée et 2 ans plus tard le patient se présente à votre consultation où une nouvelle arthro-IRM est effectuée confirmant cette rupture quasi transfixiante du tendon supra-épineux. Avec le patient vous aviez décidé à une prise en chirurgicale.

Au niveau des plaintes, le patient rapporte des douleurs latérales de l'épaule gauche surtout lors du port de charge et la nuit lors du mauvais positionnement de l'épaule. Il ne prend aucune médication antalgique.

A l'examen clinique, les amplitudes articulaires sont conservées et symétriques. Le bilan de la coiffe est rassurant mais la force globale est diminuée du côté gauche.

Nous avons réexaminé le dossier radiologique. Nous sommes donc d'accord avec votre indication opératoire chez ce jeune patient, sans antécédents au niveau de cette épaule, qui montre une lésion quasi complète du tendon supra-épineux qui est clairement post-traumatique, sans infiltration graisseuse musculaire, soutenant cette étiologie. Nous envoyons en pièce jointe d'ailleurs un article récemment écrit sur ce genre de lésion post-traumatique et cette prise en charge. »

Lors d'un entretien organisé par l'assureur et tenu au domicile de l'assuré, ce dernier a indiqué n'avoir jamais ressenti de douleurs ou de gêne à l'épaule gauche avant sa chute à vélo. Il relevait avoir ressenti des douleurs fluctuantes depuis, variant en intensité en fonction du suivi de son traitement physiothérapeutique. L'assuré rapportait également une recrudescence des douleurs au milieu de l'année 2015, dites douleurs devenant plus importantes lors de certains mouvements, l'intéressé n'arrivant plus à dormir sur son épaule.

Vu les nouveaux éléments au dossier, la CNA a une nouvelle fois sollicité la Dre W._____. Dans son rapport du 19 janvier 2018, ce médecin a apprécié la situation comme suit :

« L'assuré a consulté le Dr G. _____ et la Dresse [...] qui ont mentionné clairement qu'une indication opératoire était retenue au vu du jeune âge de l'assuré et que celui-ci présentait une lésion quasi-complète du tendon supra-épineux qui est clairement post-traumatique, sans infiltration graisseuse musculaire soutenant cette étiologie récente. Rappelons que l'arthro-IRM du 14.07.2014 avait montré une hétérogénéité avec un amincissement et un hypersignal T1 et T2 de l'extrémité du tendon à son insertion humérale, évoquant une tendinite avec un diagnostic différentiel de lésion de la face bursale voire un clivage intra-tendineux, sans que le radiologue évoque une rupture même partielle de ce tendon. La musculature était décrite de trophicité normale. Cette bonne trophicité et l'absence d'involution graisseuse contredisent la présence d'une rupture du tendon du sus-épineux présent depuis plus d'une année (chute à vélo le 16.06.2013 et arthro-IRM effectuée le 14.07.2014) puisqu'une involution graisseuse apparaît environ une année après une rupture d'un tendon. Pour corroborer ceci et comme l'a retenu le Dr G. _____, l'IRM du 10 avril 2017 a également montré une bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs, excluant totalement la présence d'une lésion du tendon du sus-épineux présente depuis près de 4 ans. En effet, l'involution graisseuse de stade I apparaît environ une année après la rupture d'un tendon et les stades augmentent d'un stade par année de rupture.

Au vu de ce qui précède et comme l'a retenu le Dr G. _____ dans son consilium du 15.11.2017, la rupture est donc récente et ne peut dater de plus de 4 ans.

On rappellera encore que la rupture était déjà visible à l'arthro-IRM du 23.09.2016, mais qu'il n'est pas fait mention d'une comparaison avec l'arthro-IRM du 14.07.2014.

Au vu de ce qui précède et sur la base des éléments nouveaux apportés au dossier, nous pouvons donc dire que la rupture du tendon du sus-épineux visible tant à l'IRM du 10.04.2017 qu'à l'arthro-IRM du 23.09.2016 est récente puisque ces deux examens ont montré une bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs, signant donc une lésion présente depuis moins d'une année, ce qui infirme donc qu'une rupture même partielle du tendon du sus-épineux était déjà présente lors de la chute à vélo le 16.06.2013 et, comme l'avait d'ailleurs retenu le radiologue lors de son arthro-IRM de l'épaule gauche le 14.07.2014, il ne s'agissait pas d'une rupture mais d'une tendinopathie de type tendinite.

Par conséquent, nous pouvons donc dire que les arguments apportés par Me Depeursinge et les Drs G. _____ et [...] ne modifient pas notre appréciation médicale du 21.09.2017 tout comme les éléments apportés dans l'entretien avec l'assuré ne les modifient pas non plus. En effet, l'assuré est tombé sur le côté gauche et sur son arrondi de l'épaule. Il s'est relevé et tous ses membres bougeaient sans trop de douleurs. Il a consulté sur conseil de ses proches (et non en raison d'une douleur ou d'une impotence fonctionnelle). Le médecin l'a examiné et n'a fait que des Rx ne suspectant pas de lésion de la coiffe. Il a reçu un traitement de

pommade et de physio et selon l'assuré « tout s'est terminé ainsi ». Il ne pouvait pas y avoir de rupture du tendon du sus-épineux à ce moment-là.

En l'absence d'éléments nouveaux (médicaux et anamnestiques), nous maintenons les conclusions de notre appréciation du 21.09.2017. »

Par décision sur opposition du 22 janvier 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

C. **a)** Par acte du 21 février 2018, F._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Camille Perrier Depeursinge, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il concluait à la réforme de la décision entreprise en ce sens que la CNA devait prendre en charge le traitement de la lésion de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche, subsidiairement à son renvoi pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutenait que la lésion de la coiffe des rotateurs était une lésion corporelle assimilée à un accident et imposait ainsi à l'intimée la prise en charge du traitement. Au surplus, il faisait valoir que ses lésions étaient en lien de causalité naturelle et adéquate certain avec l'accident de vélo du mois de juin 2013.

b) Dans sa réponse du 1^{er} mai 2018, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours. Elle retenait que les prises de position de la Dre W._____ devaient se voir reconnaître une entière valeur probante. Les arguments avancés par l'assuré, tant sur le plan d'une lésion assimilée à un accident que sur un lien de causalité, devaient être écartés.

c) Répliquant en date du 23 mai 2018, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a en outre requis l'établissement d'une expertise complémentaire confiée à une personne qualifiée en chirurgie orthopédique.

d) Par duplique du 18 juin 2018, la CNA a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; 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 (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur le droit du recourant au versement des prestations de l'assurance-accidents, spécialement à la prise en charge d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs. Les suites immédiates de l'accident du 16 juin 2013 ne sont pas litigieuses, dans la mesure où elles ont été prises en charge par l'intimée.

b) On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, dans la mesure où l'accident subi par le recourant est survenu antérieurement au 1^{er} janvier 2017.

3. **a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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 »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1).

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition, pour la première fois, de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let.

a à h aOLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et la référence).

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou

dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions aient au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

4. a) En l'espèce, la nature accidentelle de la chute à vélo de 2013 est établie. Le litige tient à la négation d'un lien de causalité entre cet événement et la presque rupture du tendon sus-épineux, constatée par IRM de septembre 2016.

b) Si le premier examen clinique effectué en juin 2013 par le médecin traitant M. _____, peu après l'accident, n'a pas révélé de lésion du tendon, ce médecin a simplement exclu une lésion osseuse sur la base d'une radiographie. La première IRM de juillet 2014 a donné lieu au constat, par le radiologue C. _____, d'une tendinopathie du sus-épineux, puis d'une suspicion de dissection partielle de ce tendon par le chirurgien orthopédique R. _____. Ce n'est certes qu'à l'IRM du 23 septembre 2016 que la rupture du tendon sur près de 80% de son épaisseur sera constatée, par les Drs K. _____ et G. _____, ce dernier qualifiant son origine de traumatique. Dans la mesure où elle constitue une déchirure tendineuse, elle doit être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA.

En l'espèce, on observe que l'intimée n'a pas directement abordé le cas sous l'angle de la problématique de la lésion assimilable à l'accident dans le cadre de sa décision, qui n'en motive pas l'exclusion, ni en cours de procédure judiciaire, alors même que cet argument était explicitement invoqué par le recourant. Il convenait pourtant de procéder à l'examen consistant à déterminer si la cause de la blessure pouvait être rapportée à un événement assimilable à un accident et non manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il y sera procédé d'office, tant il s'avère déterminant.

Il ne fait pas de doute que l'état de la lésion constatée lors de déclaration de rechute de 2017 a subi une dégradation depuis 2014, s'étant péjorée au cours du temps.

Toutefois, face à ce constat, les deux avis de la Dre Munsch de novembre 2017 et janvier 2018, qui fondent la décision litigieuse de refus de prester, retiennent un lien de causalité avec l'accident de 2013 tout au plus possible, respectivement une dégradation, des suites de l'accident, d'un état dégénératif préexistant.

Or, une causalité tout au plus possible avec l'accident, respectivement le phénomène d'une dégradation tel que retenu par

l'intimée, ne permettaient pas de conclure à la cause exclusivement dégénérative qui prévalait sous l'ancien droit pour écarter la lésion assimilable à un accident. En effet, il suffit qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cette assimilation doit être retenue même si elle a, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait tout au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466).

Tel fut le cas pour le recourant, asymptomatique avant la chute accidentelle survenue au mois de juin 2013, dans la mesure où il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'épaule gauche de l'assuré présentait des lésions dégénératives préexistantes. Par ailleurs, la chute en question remplit à l'évidence la qualification de cause extérieure, laquelle a déclenché, du moins partiellement, tant la dégradation de l'état de l'épaule gauche de l'intéressé que ses douleurs, qui ont persisté depuis cette chute, de manière fluctuante au fil du temps et des traitements, allant crescendo de 2013 à 2014, avant une nouvelle recrudescence algique signalée dès le milieu de l'année 2015.

6. a) Les frais de traitement sont à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (principe de la *priorité absolue* ; art. 64 al. 1 LPGA). Si les conditions de la LAA sont remplies, ces frais sont pris en charge en priorité et en totalité par l'assureur-accidents (art. 64 al. 2 let. b LPGA). Il en répond même si l'atteinte à la santé n'est qu'en partie imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA ; cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^e éd., 2016, n. 482, p. 1036). Par l'adoption de l'art. 36 LAA, le législateur a voulu éviter que l'assuré ne doive s'adresser pour un même dommage à plusieurs assureurs (assureurs-accidents et assureur-maladie). Il s'est aussi agi d'empêcher une multiplication des procès en matière de réduction pour état antérieur (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 381, p. 1015).

b) En l'occurrence, dans la mesure où les atteintes présentées par F. _____ à l'épaule gauche sous la forme d'une déchirure transfixiante du tendon du muscle sus-épineux sur près de 80% sont réputés imputables à l'accident du 16 juin 2013, il incombe à la CNA de les prendre en charge, même si une telle déchirure a pu trouver sa genèse dans la présence de troubles dégénératifs.

7. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge l'ensemble des lésions résultant de l'événement accidentel survenu le 16 juin 2013, dont les traitements médicaux qui font l'objet du présent litige.

b) La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, 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 d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 janvier 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée.
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 16 juin 2013, dans le sens des considérants.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Perrier-Depeursinge, pour le recourant,
- Me Schöni, pour l'intimée,
- l'Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :