

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 janvier 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne,

---

**Art. 6 al. 2 let. f LAA**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, travaille en qualité de réviseur d'ascenseurs auprès de la société [...] SA. 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 22 juin 2017, lors de ses vacances en [...], l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière alors qu'il circulait au guidon d'un scooter. Il a été en arrêt de travail total dès son retour en Suisse.

Selon la déclaration de sinistre du 3 juillet 2017, l'assuré souffrait d'une tuméfaction au genou droit et d'une contusion à l'épaule droite.

Une IRM de l'épaule droite réalisée le 2 août 2017 a révélé une déchirure transfixiante complète du tendon sus-épineux avec rétraction du moignon tendineux, la déchirure se poursuivant aux fibres supérieures du tendon sous-épineux. Il existait également une tendinopathie diffuse du sous-scapulaire avec déchirure des fibres hautes, responsable d'une subluxation du tendon du long chef du biceps, une tendinopathie du long biceps dans son trajet intra-articulaire, une bursite sous-scapulaire et une arthropathie acromio-claviculaire congestive.

Par courrier du 2 août 2017, la CNA a informé l'assuré de son droit aux prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 22 juin 2017.

Dans un rapport du 25 août 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé qu'une opération de l'épaule droite était rapidement nécessaire, sans alternative possible. Le

supra-épineux était beaucoup rétracté, presque à la glène, et le sous-scapulaire bien déchiré en raison de la subluxation du long chef du biceps. Vu la demande de l'assuré de reporter l'opération, le Dr M.\_\_\_\_\_ a proposé de procéder à une arthro-IRM en février 2018 pour voir l'évolution des lésions, puis d'organiser l'opération fin février ou début mars 2018.

Le dossier a été soumis au médecin conseil de la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort de son rapport du 19 septembre 2017 que le lien de causalité entre la chute en scooter et les plaintes ultérieures du trouble à l'épaule ne pouvait d'emblée être rejeté. Toutefois, l'état structurel révélé à l'IRM, soit une lésion complexe à l'épaule droite impliquant trois tendons de la coiffe des rotateurs avec rétraction et sous-luxation du tendon du long biceps ne pouvait avoir été causé par la chute de juin 2017.

Par courrier du 4 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 22 juin 2017 et les lésions structurelles persistantes. La CNA prenait cependant en charge les frais d'éclaircissement de la pathologie au niveau de l'épaule droite. Le reste du traitement et l'éventuelle intervention planifiée fin février ou début mars 2018 n'étaient quant à eux pas pris en charge.

Aux termes d'un rapport du 27 octobre 2017 du Dr M.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas, sur l'IRM du 2 août 2017, de dégénérescence graisseuse au niveau des muscles de la coiffe dont le tendon était déchiré, ce qui prouvait que les lésions de l'assuré n'étaient pas anciennes. D'après ce médecin, si les lésions avaient déjà été présentes avant l'accident, l'assuré n'aurait jamais pu faire son travail de mécanicien-électricien. L'action vulnérante du 22 juin 2017 était ainsi tout à fait adéquate pour que la causalité naturelle soit admise.

Dans un rapport du 15 janvier 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule droite et

l'accident du 22 juin 2017 passé un délai de trois mois à compter de celui-ci. Selon ce médecin, les considérations du Dr M. \_\_\_\_\_ étaient peu nuancées et n'expliquaient pas pourquoi le tendon supra-épineux s'était rétracté jusqu'à la hauteur de la glène entre le 22 juin et l'IRM du 2 août 2017.

A teneur de son rapport du 17 janvier 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_ a réitéré ses précédentes explications, en relevant que même dans l'hypothèse, moins probable, d'une déchirure massive asymptomatique de la coiffe des rotateurs, préexistante à la chute en scooter, devenue ensuite une déchirure symptomatique, l'extension de la déchirure était l'événement traumatique, soit la chute en scooter, responsable d'une aggravation de la lésion. Le traitement devait par conséquent être pris en charge par l'assureur-accidents. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a encore précisé ce qui suit :

Il faut savoir que la déchirure des tendons de la coiffe des rotateurs peut induire des lésions de leurs muscles. En effet, une atrophie musculaire au niveau de la coiffe peut être démontrée déjà 4 à 6 semaines après la survenue d'une déchirure de son tendon [...]. Avec le temps, une dégénérescence graisseuse des muscles de la coiffe peut être observée après rupture des tendons, ce qui signe le caractère ancien de la déchirure [...]. Il faut donc se référer à l'IRM de l'épaule droite du patient effectuée le 2 août 2017. Cet examen a montré que chez Monsieur D. \_\_\_\_\_ il y avait une atrophie modérée du tendon sus-épineux (ou supra-épineux), mais il n'y avait aucune dégénérescence graisseuse des muscles impliquant les 3 tendons déchirés. Ceci montre le caractère « récent » de la déchirure.

Après avoir soumis le dossier au Dr L. \_\_\_\_\_, qui a renvoyé à son appréciation du 15 janvier 2018, la CNA a confirmé, par décision du 30 janvier 2018, la cessation des prestations au 31 octobre 2017, au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il était avant l'accident pouvait être considéré comme rétabli à cette date au plus tard.

Le 31 janvier 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition contre cette décision, soulignant notamment qu'elle était insuffisamment motivée et non étayée sur le plan médical et que les lésions de l'épaule droite étaient d'origine exclusivement accidentelle.

Par décision sur opposition du 27 mars 2018, la CNA a confirmé l'arrêt du versement des prestations au 31 octobre 2017. Elle s'est référée aux différents rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ et ajouté que l'IRM du 2 août 2017 mettait également en évidence des atteintes dégénératives.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> mai 2018, D. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents à la suite de l'événement du 22 juin 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que les appréciations du Dr L. \_\_\_\_\_ n'expliquaient pas les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de lien de causalité entre la chute en scooter et les lésions tendineuses à l'épaule droite passé un délai de trois mois. Ce médecin ne répondait pas non plus à l'analyse basée sur la littérature médicale qui figurait dans les rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ et qui concluait à des lésions d'origine accidentelle. Les rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ étaient pour leur part circonstanciés et référencés. Ils devaient être considérés comme probants.

Dans sa réponse du 4 juillet 2018, la CNA, par l'intermédiaire de son représentant, a conclu au rejet du recours et s'est référé aux rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, en particulier à son appréciation du 15 janvier 2018 pour justifier l'absence de lien de causalité entre l'accident et les lésions de l'assuré.

Répliquant le 17 juillet 2018, l'assuré a réitéré ses arguments.

Par duplique du 27 août 2018, la CNA a contesté la réplique de l'assuré dans son intégralité et confirmé ses précédentes écritures.

**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 ; BLV 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 31 octobre 2017 pour les suites de l'événement survenu le 22 juin 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'occurrence, le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel du 22 juin 2017 des lésions au genou ainsi qu'à l'épaule droites (déclaration de sinistre du 3 juillet 2017 ; IRM du 2 août 2017 ; rapports des 25 août, 27 octobre 2017 et 17 janvier 2018 du Dr M. \_\_\_\_\_). Si l'atteinte au genou s'est très vite amendée, tel n'a pas été le cas de la problématique scapulaire (rapports des 25 août, 27 octobre 2017 et 17 janvier 2018 du Dr M. \_\_\_\_\_). L'IRM réalisée le 2 août 2017 a révélé une déchirure transfixiante complète du tendon supra-épineux avec rétractation du moignon tendineux et poursuite de la déchirure aux fibres supérieures du tendon sous-épineux, une tendinopathie diffuse du tendon sous-scapulaire avec déchirure des fibres hautes responsable d'une subluxation du tendon du long chef du biceps, une tendinopathie du tendon du long biceps dans son trajet intra-articulaire, une bursite sous-scapulaire ainsi qu'une arthropathie acromioclaviculaire congestive. Les déchirures du tendon étant considérées par la loi comme des lésions assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (art.

6 al. 2 let. f LAA), il y a lieu d'examiner l'origine des déchirures subies par le recourant.

**b)** Dans ses rapports des 27 octobre 2017 et 17 janvier 2018, le Dr M.\_\_\_\_\_ explique, littérature médicale à l'appui, les raisons permettant de retenir que les lésions subies par le recourant à son épaule droite sont d'origine accidentelle. Rien ne permet de penser que lesdites lésions seraient dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. En particulier, les explications fournies par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans ses appréciations des 19 septembre 2017 et 15 janvier 2018 ne permettent en aucune manière d'exclure dans le cas d'espèce l'origine traumatique de la lésion subie par le recourant. Pour établir que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure, il n'est pas suffisant, comme s'est contenté de le faire le Dr L.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la présente procédure, d'affirmer que la lésion complexe de l'épaule droite impliquant trois tendons de la coiffe des rotateurs « ne peut avoir été causé par la chute de juin 2017 ». Dans une telle situation, on est en droit d'attendre du médecin qui entend nier le caractère accidentel d'une lésion assimilée par la loi à un accident qu'il étaye son point de vue et fournisse à tout le moins des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine des lésions constatées. En l'absence de telles explications, le point de vue développé par ce médecin ne saurait être suivi.

**c)** Par conséquent, au regard de la nature de l'accident, des atteintes décrites dans la déclaration d'accident du 3 juillet 2017 et des lésions constatées dans le cadre de l'IRM effectuée le 2 août 2017, l'intimée n'avait aucune raison de nier sa responsabilité et de mettre fin au versement de ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières).

**5.** Vu l'issue de la procédure et compte tenu des circonstances, en particulier des rapports clairs et circonstanciés du Dr M.\_\_\_\_\_, un complément d'instruction n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écarté par

appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

**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, 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 3'000 fr. (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  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 27 mars 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est annulée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à D.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour D.\_\_\_\_\_),
- Me Antoine Schöni (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 :