

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 février 2021

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Valentine Truan, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA ; 4 LPGA ; 11 OLAA.**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait pour le compte d'I.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 22 septembre 2017, l'assuré s'est blessé à l'épaule sur son lieu de travail.

Conformément à leur rapport du 23 septembre 2017, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de l'Hôpital CC.\_\_\_\_\_, site de [...], ont fait état d'une incapacité de travail de 100 %, dès le 23 septembre 2017, et posé le diagnostic principal d'omalgies droites et un diagnostic différentiel de contusion sous-acromiale. S'agissant des circonstances de l'événement, ils ont relevé une torsion de l'épaule droite, alors que l'assuré portait une porte. Bien que le mécanisme soit resté indéterminé, un choc de la porte sur l'épaule droite était survenu. En revanche, il n'y avait pas eu de chute ou de traumatisme crânien. Les Drs R.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont mentionné que leur patient se plaignait de douleurs diffuses de l'épaule droite, irradiant dans le trapèze et en para-cervical à droite. A l'examen clinique, ces médecins n'ont pas noté de tuméfaction, d'hématome ou de déformation dans la zone de l'épaule droite. Quant au rachis, ils ont relevé une palpation cervicale indolore, alors que la palpation para-cervicale droite était sensible avec des contractures musculaires palpées. S'agissant d'une radiographie de l'épaule droite, ces médecins ont indiqué : « pas de fracture, espace sous-acromial sp ».

Selon une déclaration de sinistre du 28 septembre 2017 à la CNA, l'employeur a indiqué que le 22 septembre 2017, l'assuré portait une porte, avait glissé et la porte lui était tombée sur l'épaule.

Dans un rapport radiologique du 9 octobre 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a fait état des résultats d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite, réalisée le 4 octobre 2017. Ce médecin a en particulier décrit que, selon l'imagerie, il y avait une très bonne trophicité de l'ensemble des muscles de la coiffe des rotateurs. En conclusion, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que le bilan démontrait une arthrose acromio-claviculaire modérément inflammatoire et un aspect proéminent de l'extrémité inférieure distale de la clavicule, responsable d'une petite empreinte sur la partie supérieure du muscle sus-épineux chez un patient bien musclé. L'image évoquait également une tendinite du tendon du sus-épineux (épaissi et augmenté de signal), mais essentiellement une tendinite du tendon sous-scapulaire (fortement épaissi dans sa zone d'insertion supérieure avec un signal augmenté). Ces tendons n'étaient cependant pas déchirés et il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire ou dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Une image de tendinite sur le tendon du long chef du biceps était également présente, ledit tendon montrant un épaississement à son entrée dans l'articulation et un hypersignal central dans sa portion intra-articulaire.

Dans une déclaration subséquente de sinistre pour les chômeurs du 11 octobre 2017, la caisse de chômage a indiqué que l'assuré fabriquait une porte, qu'il devait aller déposer sur une presse à plaquer, et que, ce faisant, il avait glissé. En essayant de retenir la porte, son bras droit était parti vers l'arrière.

A teneur d'une décision du 12 octobre 2017, la CNA a pris en charge le cas, notamment en octroyant des indemnités journalières.

Selon un rapport radiologique du 13 octobre 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a réalisé une IRM cervicale, le patient lui ayant indiqué avoir subi une chute, avec des douleurs cervicales résiduelles. Ce médecin a décrit que le rachis présentait un bon alignement, sans altération des corps vertébraux, ni de modification de signal intra-spongieux. Par ailleurs, il n'y avait pas de conflit neurologique

évident. Enfin, cet examen ne démontrait pas de séquelle traumatique au niveau osseux, ni des parties molles.

Dans un rapport du 19 octobre 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé que le 22 septembre 2017, dans le cadre de son travail, l'assuré avait fait une chute. Depuis cet événement, il se plaignait de douleurs importantes au niveau de la nuque, mais aussi sur la face antéro-latérale, principalement présentes à l'utilisation du bras. Les douleurs cervicales étaient présentes en permanence et étaient accompagnées de contractures du trapèze. Ce médecin a indiqué en particulier ce qui suit (sic) :

« **Imagerie**

IRM de l'épaule droite : lésion de type SLAP [lésions antéropostérieures du labrum supérieur], lésion partielle de la coiffe des rotateurs (supra-épineux), entorse acromio-claviculaire (grade I à II).

**Appréciation**

Il s'agit au premier plan de cervicalgies avec contractures paracervicales douloureuses. Il y a également une lésion de l'insertion du long du chef du biceps (SLAP), ainsi qu'une lésion partielle de la coiffe des rotateurs. Dans une moindre mesure, il y a une petite entorse acromio-claviculaire. [...]. »

Aux termes de son rapport du 11 novembre 2017, adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr K.\_\_\_\_\_ a mentionné avoir effectué un contrôle orthopédique de l'épaule le 8 novembre 2017. Il a relevé ce qui suit (sic) :

« Pour rappel, il s'agissait d'une douleur diffuse, épaule / trapèze / et douleur cervicale pour laquelle j'avais complété le bilan par une IRM cervicale [...]

[...] Il [l'assuré] me décrit également toujours les mêmes douleurs, principalement au trapèze à droite avec des contractures paracervicales douloureuses. J'insiste sur le fait qu'il n'y a pas de symptôme spécifique à une lésion SLAP [lésions antéropostérieures du labrum supérieur] décrite par le patient.

J'ai bien expliqué à S.\_\_\_\_\_ qu'une indication chirurgicale pour une ténodèse du biceps serait inutile, elle serait non contributive à résoudre le problème cervical et le problème de la contracture de son trapèze. S.\_\_\_\_\_ insiste sur le fait qu'il souhaite un arrêt de travail prolongé. [...]

Je porte à ton attention, Cher L.\_\_\_\_\_, que S.\_\_\_\_\_ m'a demandé quels sont les symptômes liés à une lésion SLAP, ce que je lui ai décrit [...] et que son discours a tout d'un coup changé et il décrit effectivement maintenant des douleurs telles que je les lui ai expliquées [...] »

Dans un rapport du 21 novembre 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'une « contusion déchirure LCB [long chef du biceps] droit » et de cervicalgies droites.

A teneur de son attestation du 3 janvier 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement pour le compte de la CNA, a fait état d'une pleine capacité de travail, dans la mesure où un délai de trois mois s'était écoulé depuis l'événement accidentel du 22 septembre 2017.

Selon un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 3 janvier 2018, le Dr EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a indiqué ce qui suit (sic) :

« **Description**

<u>Phase arthrographique</u> :	capacité articulaire normale, bourse non opacifiée.
<u>Structures osseuses</u> :	pas de lésion ostéochondrale.
<u>Tendon du long biceps</u> :	centré dans la gouttière bicipitale, sans altération. Portion horizontale sans particularité. Ancrage glénoïdien normal.
<u>Tendon du sous-scapulaire</u> :	sans anomalie.
<u>Tendon du sus-épineux</u> :	sans anomalie.
<u>Tendon du sous-épineux</u> :	sans anomalie.
<u>Bourse sous-acromiale</u> :	sans altération.
<u>Synoviale</u> :	non épaissie.
<u>Bourrelet</u> :	complexe de Buford avec hypoplasie du bourrelet glénoïdien antérosupérieur et hyperplasie du ligament gléno-huméral moyen. Pas d'argument en faveur d'une lésion de type SLAP.
<u>Muscles</u> :	de trophicité normale.

**Conclusion**

**Arthro-IRM de l'épaule droite objectivant :**

- **un complexe de Buford (hypoplasie du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur et hyperplasie du ligament gléno-huméral moyen),**
- **une absence de lésion de type SLAP ou de coiffe. »**

Par communication du 11 janvier 2018, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance, soit au versement d'indemnités journalières, au 14 janvier 2018.

Le 18 janvier 2018, l'assuré a repris son activité professionnelle.

**B.** Conformément à une déclaration de sinistre du 4 juillet 2018, l'employeur a annoncé un cas de rechute. Le 4 juin 2018, alors que l'assuré travaillait, il s'était blessé à l'épaule droite.

Par rapport du 17 juillet 2018, le Prof. G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'en 2017, l'assuré avait porté une porte de 120 kg (avec quelqu'un), avait glissé et avait subi une torsion de l'épaule droite. Son patient lui avait précisé souffrir de douleurs qui irradiaient du coude et de l'avant-bras droit, et que les mouvements de l'épaule droite le gênaient énormément. S'agissant particulièrement de la colonne cervicale, le Prof. G.\_\_\_\_\_ a observé que la mobilisation de la nuque était ressentie comme douloureuse dans les mouvements de flexion et de rotation, et surtout à la palpation latéro-cervicale droite. Il remarquait également une douleur à la pression du plexus brachial à droite. Enfin, ce professeur a conclu qu'il y avait eu un traumatisme de l'épaule droite en 2017, avec actuellement un syndrome cervico-brachial, lequel était assez important, sans qu'on puisse le mettre en relation avec la discrète discopathie cervicale C4-C5.

A teneur d'un rapport du 6 août 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_ a rappelé que le 22 septembre 2017, une porte, d'environ 100 kg, était tombée sur le bras droit, lequel était parti en arrière de manière forcée. S'agissant de la rechute du 4 juin 2018, ce médecin posait le diagnostic d'épaule gelée sur tendinite sus-épineux à droite, déclenchée par des mouvements répétitifs. Il relevait des douleurs partant des cervicales jusqu'au coude droit.

Aux termes de son rapport du 17 août 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a indiqué qu'étant donné l'absence de lésion traumatique à caractère durable - selon les rapports demandés à la suite du sinistre du 22 septembre 2017 -, la rechute du 4 juin 2018 n'était pas imputable à cet événement initial.

Dans un courrier du 23 août 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle refusait la prise en charge de sa nouvelle atteinte.

A teneur d'un courrier du 6 septembre 2018, adressé à la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_ a certifié que l'état de santé de son patient était imputable au traumatisme du 22 septembre 2017, lequel avait entraîné une déchirure partielle de la longue portion du biceps droit, non opérée. Ce médecin a de surcroît relevé que l'assuré avait compensé le déficit du long chef du biceps droit en forçant sur le coude, les autres muscles de l'épaule droite et la nuque, par l'intermédiaire du trapèze. Selon ce praticien, il existait dès lors un lien de causalité, aussi bien biomécanique que juridique, avec l'évènement du 22 septembre 2017.

Conformément à un rapport du 12 septembre 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a relevé avoir vu à sa consultation l'assuré, à la suite d'un étirement brutal de son bras droit en septembre 2017. Ce médecin a rapporté que l'intéressé se plaignait actuellement de douleurs multiples au niveau de l'épaule et des cervicales. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'imagerie mettait en évidence une arthrose acromio-claviculaire avec une inflammation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Au vu des douleurs avec irradiation au niveau cervical, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'excluait pas que le patient puisse présenter une compression du nerf supra-scapulaire.

Le 4 octobre 2018, au cours d'un entretien avec un représentant du service extérieur de la CNA, l'assuré a indiqué ce qui suit (sic) :

« Cas de base :

Le 22.09.2017, en début d'après-midi, je travaillais dans l'atelier de l'entreprise DD. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...] où j'étais occupé à fabriquer une porte. A un moment donné, avec l'aide d'un collègue, nous avons redressé la porte à la verticale, mais un de mes pieds a glissé au sol, je perds l'équilibre, la porte se met à basculer et pour éviter qu'elle ne tombe, j'ai tenté de la retenir avec mon bras droit, mais il a été emporté en arrière, sous le poids de la porte (porte d'entrée assez lourde), ce qui m'a tiré fortement sur l'épaule droite. Je précise que je n'ai pas subi de choc direct au niveau de l'épaule et ne suis pas tombé non plus sur cette épaule.

Tout de suite après que mon épaule eu été tirée fortement en arrière, j'ai ressenti de fortes douleurs et des difficultés pour mobiliser mon bras. J'ai donc dû arrêter de travailler et suis rentré chez moi. J'ai pris un antidouleur et me suis couché.

Le lendemain, l'état de mon épaule s'était encore empiré et j'avais en plus des douleurs au niveau des cervicales. Je me suis donc rendu aux urgences de l'Hôpital CC. \_\_\_\_\_ où j'ai d'abord passé une radiographie. [...] Le 13.10.2017, j'ai passé une IRM des cervicales, mais sans que je n'aie subi de chute à ce niveau-là, contrairement à ce que le radiologue a indiqué. [...] Conformément à l'avis de la Suva exprimé dans sa lettre du 11.01.2018, j'ai repris mon activité habituelle de menuisier, mais j'avais toujours des douleurs dans mon épaule droite, au moindre mouvement nécessitant de la force. [...]

#### Symptômes de pont :

De janvier à juin 2018, j'ai travaillé tant bien que mal dans mon activité habituelle de menuisier, en continuant d'avoir des douleurs en permanence au niveau de mon épaule droite et des cervicales. [...]

#### Rechute :

Le 5.06.2018, dans le cadre de mon travail, simplement en voulant utiliser une visseuse de 3 kg, j'ai perdu la force dans la main droite et la visseuse est tombée. [...]

Avant l'accident du 22.09.2017, je n'avais jamais eu de problème au niveau de mon épaule droite ou des cervicales. Je suis droitier. Le côté est en ordre, mais il présente parfois une fatigue en raison de la compensation. Pour le reste, je me déclare en bonne santé habituelle. »

Conformément à une appréciation orthopédique du 13 décembre 2018, la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, et le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, tous deux médecins d'arrondissement auprès du Centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA, ont conclu que le dossier ne démontrait aucun élément qui permettait d'établir un lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'événement du 22 septembre 2017 et la rechute annoncée le 4 juin 2018. Ces médecins ont indiqué que l'assuré évoquait des cervico-brachialgies droites. Ils ont retenu que, selon les éléments au dossier, les circonstances de l'accident

initial évoquaient un mécanisme de distorsion de l'épaule droite. Dans un premier temps, ils ont considéré qu'aucune lésion osseuse traumatique n'avait jamais été mise en évidence, ni suspectée. S'agissant d'abord de l'IRM de l'épaule droite, pratiquée le 4 octobre 2017, celle-ci ne montrait pas de lésion structurelle clairement attribuable à l'événement du 22 septembre 2017. En effet, il n'y avait pas de lésion tendineuse rompue et le radiologue décrivait un épaissement des tendons du sous-scapulaire et du biceps, ce dernier étant toutefois parfaitement en place. Une arthrose acromio-claviculaire était également mise en évidence. En ce qui concernait ensuite l'IRM cervicale du 13 octobre 2017, celle-ci ne démontrait pas de séquelle traumatique au niveau osseux, ni des parties molles. Dans un deuxième temps, les Drs B. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ sont arrivés à la conclusion qu'une lésion de type SLAP, soit en l'occurrence un détachement du pourtour essentiellement supérieur du bourrelet glénoïdien avec une éventuelle participation de l'insertion du long chef du biceps, n'avait pas pu être objectivée par un examen d'imagerie. Par ailleurs, la littérature s'accordait à dire qu'il n'y avait pas de signe clinique fiable et reproductible permettant d'attester d'une telle lésion. A cet égard, les médecins d'arrondissement ont indiqué que le Dr K. \_\_\_\_\_, par rapport du 9 octobre 2017 (*recte* : 19 octobre 2017), avait retenu le diagnostic d'une entorse acromio-claviculaire et d'une lésion du long chef du biceps de type SLAP. Sa lecture de l'IRM, réalisée le 4 octobre 2017, différait ainsi de celle du Dr T. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 octobre 2017, en ce qui concernait l'appréciation du complexe labro-bicipital. Toutefois, par courrier du 11 novembre 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_ avait souligné qu'il n'y avait pas de symptôme spécifique à une lésion SLAP, telle que décrite par le patient. Dans ce sens, l'analyse des images obtenues par une arthro-IRM (avec produit de contraste injecté dans l'épaule), pratiquée le 3 janvier 2018, ne permettait également pas de démontrer la présence d'une lésion de type SLAP. Ainsi, cette arthro-IRM confirmait en ceci l'analyse obtenue par la première IRM du 4 octobre 2017 (réalisée sans produit de contraste). Un complexe de Buford était, en sus, mis en évidence. Le complexe de Buford représentait une particularité anatomique, qui se traduisait par l'absence de labrum antérieur au bénéfice d'un ligament gléno-huméral moyen hypertrophié. Une

publication originale de 1994 mettait en évidence plusieurs variantes qui y étaient associées. Ces différentes variantes n'avaient toutefois aucune valeur pathologique. Dans un troisième temps, en ce qui concernait l'épaule droite, les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ retenaient la présence d'une arthrose acromio-claviculaire, laquelle avait fort bien pu être temporairement activée par l'événement du 22 septembre 2017. Tel pouvait également être le cas, comme suggéré par la première IRM du 4 octobre 2017, de l'épaississement du tendon du sous-scapulaire et, dans une moindre mesure, du biceps, ledit épaissement pouvant également résulter d'une distorsion. Une telle distorsion n'était cependant censée déployer ses effets que pendant une période de trois mois. L'arthro-IRM du 3 janvier 2018 confirmait d'ailleurs cette évolution. S'agissant en particulier du rapport du 12 septembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, celui-ci retenait également une arthrose acromio-claviculaire, mais avec une inflammation de la coiffe des rotateurs. Les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont relevé à cet sujet qu'étant donné la proximité des structures, l'inflammation de l'articulation acromio-claviculaire, secondaire à une arthrose, générait fréquemment un pincement, lequel était à l'origine d'une inflammation se répercutant au niveau de la coiffe. Dans un quatrième temps, pour ce qui était des autres diagnostics évoqués par le Dr L.\_\_\_\_\_, tels que l'épaule gelée et la déchirure partielle de la longue portion du biceps, ils étaient dénués de fondement objectif. En effet, aucun examen clinique et aucune imagerie ne permettaient d'étayer ces diagnostics. Finalement, s'agissant du rachis cervical, le rapport radiologique du 13 octobre 2017 ne démontrait pas de séquelle traumatique au niveau osseux, ni des parties molles. Aucun examen clinique ne contredisait cette constatation. Par ailleurs, l'électroneuromyographie du 30 octobre 2018 ne révélait pas de signe d'atteinte neurologique et permettait dès lors d'écarter l'hypothèse diagnostique du 17 juillet 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_ en faveur d'une atteinte neurologique persistante. Il n'évoquait pas non plus d'argument pour une atteinte d'un nerf rachidien dorsal.

A teneur d'une décision du 20 décembre 2018 et sur la base de l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018, la CNA a refusé de prester.

Par acte du 30 janvier 2019, l'assuré, dûment représenté par J.\_\_\_\_\_, a formé opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il reprochait à la CNA d'avoir, à tort, écarté les constatations médicales du Dr L.\_\_\_\_\_, ainsi que d'avoir procédé à une instruction médicale lacunaire. Il demandait l'annulation de la décision, subsidiairement que soit réalisé un complément d'instruction.

Par décision sur opposition du 21 mars 2019, la CNA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En substance, elle a écarté l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_, en particulier le diagnostic d'une déchirure du long chef du biceps, dans la mesure où la Dre B.\_\_\_\_\_ et le Dr X.\_\_\_\_\_ avaient estimé qu'un tel diagnostic était dénué de tout fondement objectif. Au contraire, ces médecins avaient considéré que l'accident du 22 septembre 2017 avait uniquement activé, de façon temporaire, une arthrose acromio-claviculaire, atteinte qui ne déployait ses effets que pour une durée de trois mois. Par surabondance, la CNA a laissé la question ouverte de savoir si les faits du 22 septembre 2017, tels que décrits le 4 octobre 2018 par l'assuré, étaient constitutifs d'un accident, au sens de la réglementation légale.

**C.**           **a)** Par acte du 2 mai 2019, S.\_\_\_\_\_, représenté désormais par Me Valentine Truan, a interjeté recours contre cette décision, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il ressort de la motivation de l'acte de recours que l'intéressé a implicitement conclu, à titre principal, à l'annulation de la décision entreprise, laquelle se justifiait par une violation de son droit d'être entendu. Le recourant a également conclu à la réforme de la décision attaquée – bien qu'il ait à tort mentionné « l'annulation » –, en ce sens que les prestations d'assurance lui soient allouées en lien avec la rechute annoncée. Enfin, à titre subsidiaire, il a requis l'annulation avec renvoi à l'intimée pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise, puis nouvelle

décision. En substance et en sus du défaut de motivation de la décision entreprise, l'intéressé s'est plaint d'une lacune dans l'instruction médicale et s'est prévalu de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 22 septembre 2017 et les troubles annoncés le 4 juin 2018. A l'appui de son recours, il a produit le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_, lequel indiquait que le recourant souffrait d'une « aggravation d'une douleur scapulaire invalidante et se déplaçant de plus en plus en douleur du trapèze grand dorsal donc postérieur ». Selon ce médecin, des dorsalgies D7 post-traumatiques étaient à l'origine de ce maux, cette pathologie n'existant pas en dehors d'un trauma. Par ailleurs, le médecin a encore précisé que « sans cet accident, il ne présentait pas de troubles de cet ordre ».

A teneur de sa réponse du 6 juin 2019, l'intimée a préavisé le rejet du recours et confirmé l'absence de lien de causalité. Elle a confirmé se rallier à l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018 des médecins conseils.

Dans sa réplique du 24 juin 2019, le recourant a intégralement maintenu ses conclusions. Il a en substance argué que les avis étayés de ses médecins traitants permettaient de confirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 septembre 2017 et son état de santé actuel. Par ailleurs, il a produit deux nouveaux rapports, lesquels confirmaient, selon lui, la nécessité d'une expertise, afin de déterminer l'origine de ses atteintes, à savoir :

- Un rapport du 21 mai 2019 du Prof. V.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, qui avait vu le recourant à sa consultation pour la première fois le 14 mai 2019. Ce médecin avait indiqué que l'intéressé lui avait décrit des douleurs au niveau de son épaule droite, dans la région cervicale basse, ainsi que dans la région mi-thoracique. Ces atteintes étaient apparues après un accident en septembre 2017, sur le lieu de travail, alors que l'intéressé essayait de retenir une lourde porte de 150 kg. N'ayant pu la retenir, il avait été projeté vers l'arrière, avec un mouvement de rotation, et avait chuté sur un chevalet. Selon ce médecin,

cela avait fort probablement provoqué une fracture de compression de la septième vertèbre dorsale. Par ailleurs, le Prof. V. \_\_\_\_\_ a souligné que le recourant n'avait jamais présenté de douleurs quelconques avant le 22 septembre 2017, de sorte qu'il n'y avait pas de raison de penser que les douleurs actuelles n'avaient pas été provoquées par cet événement ;

- Un rapport du 12 juin 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel posait un diagnostic de cervico-scapulalgies droites post-traumatiques en 2017 et indiquait que le recourant avait été victime d'un accident du travail au cours duquel il avait reçu une porte sur la face antérieure de la ceinture scapulaire droite, occasionnant également un traumatisme du rachis cervical, et que, depuis lors, il présentait des cervico-scapulalgies droites avec, par moment, une irradiation dans le membre supérieur droit. Selon une IRM de l'épaule droite, réalisée en novembre 2018, les résultats étaient dans les limites de la norme, si ce n'était une arthropathie acromio-claviculaire. Le Dr P. \_\_\_\_\_ avait notamment conclu que l'imagerie de l'épaule ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie actuelle et qu'il laissait le soin à ses collègues du Centre M. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre M. \_\_\_\_\_), de prendre en charge la suite de la thérapie.

Aux termes de sa duplique du 19 août 2019, l'intimée a, à son tour, confirmé ses conclusions et mentionné que les deux rapports, produits le 24 juin précédent, n'étaient pas propres à remettre en cause l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et du Dr X. \_\_\_\_\_.

Le 3 septembre 2019, le recourant a indiqué à la juge instructrice attendre les résultats de nouveaux examens médicaux.

**b)** A l'appui d'un courrier du 5 novembre 2019, le recourant a porté au dossier deux nouveaux rapports, soit :

- Un rapport du 24 septembre 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, lequel mentionnait que l'évolution restait inchangée, avec des douleurs

persistantes au niveau de la ceinture scapulaire droite et du rachis cervico-dorsal ;

- Un rapport du 16 octobre 2019 du Prof. A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin chef, et de la Dre AA.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Service de rhumatologie du Centre M.\_\_\_\_\_, lesquels avaient diagnostiqué une fracture D7 de grade II, en septembre 2017, d'origine traumatique. Ces médecins avaient en outre indiqué ce qui suit (sic) :

« Nous avons vu le patient susnommé à la consultation ambulatoire des maladies osseuses en date du 20.08.2019. [...] S.\_\_\_\_\_ nous est adressé pour une suspicion de fragilité osseuse avec un antécédent de fracture D7. L'histoire remonte à un accident en septembre 2017 où il aurait reçu une porte massive sur lui, qu'il a retenue avec le bras droit. Il ressent immédiatement une douleur scapulaire. La porte l'a ensuite précipité en arrière contre le coin d'une table, avec un choc au niveau D7 comme en témoigne une cicatrice cutanée à ce niveau. Les dorsalgies sont apparues plus sournoisement car en arrière-plan par rapport à l'omalgie D et se sont ensuite chronicisées avec un caractère neurogène, concentrée de D2-D8 caractérisées comme des brûlures répondant uniquement à la Prégabaline (300 mg/jour). Ces douleurs ont motivé la réalisation d'une IRM dorsale à BB.\_\_\_\_\_ en mars 2019 qui a révélé une ancienne fracture D7 de grade II avec une perte de hauteur de 30 %. Il y a également des discopathies dégénératives de D3-D9 et des images évoquant une maladie de Scheuermann. [...] Au vu de valeurs densitométriques acceptables, d'une texture osseuse préservée et de l'absence de facteurs de risque majeur pour une ostéoporose, nous pouvons considérer cette fracture D7 comme étant traumatique ; d'autant que le traumatisme invoqué est important ».

Le 13 janvier 2020, l'intimée a indiqué avoir soumis les rapports produits au cours de la procédure de recours au Dr X.\_\_\_\_\_, lequel a rendu son appréciation le 10 janvier 2020. A l'appui de son rapport, ce médecin a notamment fait état d'un rapport d'IRM dorsale du 13 mars 2019, réalisée par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie. Cette IRM n'a pas été transmise à la Cour de céans, mais le Dr X.\_\_\_\_\_ en a retranscrit les termes, dans son appréciation du 10 janvier 2020, comme suit (sic) :

« [...] Indications : Importantes douleurs interscapulaires droites à hauteur de D3-D4, avec brûlures du muscle trapèze. Ancienne déchirure du tendon du biceps. [...] Structure osseuse : Ancienne

cunéiformisation D7, avec une perte de hauteur du mur antérieur de l'ordre de 30 %. Aspect irrégulier des plateaux vertébraux médio-dorsaux de D3-D9, avec petites hernies intraspongieuses, évoquant des antécédents d'une maladie de Scheuermann ».

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a encore considéré, dans son appréciation du 10 janvier 2020, ce qui suit (sic) :

#### « **Appréciation**

[...] Mis à part le courrier du Docteur K.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2017 qui est très succinct en ce qui concerne la description de l'événement du 22 septembre 2017, aucun autre rapport, et en particulier les déclarations de S.\_\_\_\_\_, n'évoque de chute ou de traumatisme porté sur la région médiodorsale. Tous les examinateurs décrivent une pathologie inhérente à l'épaule, que ce soit au niveau de la coiffe, du long chef du biceps ou de l'articulation acromio-claviculaire, avec des douleurs irradiantes dans la région cervicale, mais jamais dans la région dorsale. Aucun de ces nombreux spécialistes n'a constaté une lésion cutanée dans la région dorsale, de foyer douloureux, de myogélose ou d'autres signes cliniques évoquant une atteinte traumatique à ce niveau. Ceci explique également le fait qu'aucune imagerie de la région dorsale n'a été demandée à ce stade.

Ce n'est que dans son rapport du 3 mai 2019, après avoir pu prendre connaissance de l'IRM du 13 mars 2019, que le Docteur L.\_\_\_\_\_ décrit pour la première fois des dorsalgies D7 qu'il qualifie de post-traumatiques. Le Professeur V.\_\_\_\_\_ s'exprime ensuite dans son courrier réceptionné par la SUVA le 21 mai 2019 en précisant qu'il a vu S.\_\_\_\_\_ pour la première fois lors de sa consultation du 14 mai dernier. Il est question d'une chute sur un chevalet comme étant probablement à l'origine d'une fracture de compression de la septième vertèbre dorsale. A noter que la description de l'événement du 22 septembre 2017 est en franche discordance avec les descriptions précédentes et en particulier avec l'affirmation de S.\_\_\_\_\_ lui-même.

Peu après, le 12 juin 2019, le Docteur P.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, FMH, ne retient que le diagnostic de cervico-scapulalgies droites post-traumatiques mais n'évoque ni chute ni traumatisme de la région dorsale. Il en va par ailleurs de même dans sa missive du 24 septembre lorsqu'il adresse S.\_\_\_\_\_ au Professeur V.\_\_\_\_\_. Dans cette lettre, il évoque également un soulagement partiel des douleurs pendant 24 heures après infiltration sélective de l'acromio-claviculaire droite.

Les rapports en relation avec la densitométrie osseuse, dont tout d'abord celui du 14 octobre 2019 rédigé par la Doctoresse AA.\_\_\_\_\_, médecin assistante, qui mentionne "des fractures vertébrales", se basant sur des résultats morphométriques. Enfin, le rapport du Professeur A.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2019 fait allusion à un événement ayant précipité S.\_\_\_\_\_ contre le coin d'une table. Il est question d'un choc au niveau de D7 comme en témoigne, selon le Professeur A.\_\_\_\_\_, une cicatrice cutanée à ce niveau. Ces

observations apparaissent surprenantes étant donné qu'elles semblent en opposition avec les éléments anamnestiques récoltés dans le cadre de l'événement initial. Elles diffèrent considérablement des énoncés du rapport témoignant de la prise en charge de l'Hôpital CC. \_\_\_\_\_ le lendemain de l'événement ainsi que des déclarations précédentes de S. \_\_\_\_\_ lui-même. En effet, à plusieurs reprises, la notion de chute a été clairement écartée, aussi à aucun moment une plaie au niveau dorsal n'a-t-elle été observée.

Le Professeur A. \_\_\_\_\_ constate également une densité osseuse dans des valeurs certes à la limite inférieure, mais toujours dans la norme. Il évoque également une texture osseuse préservée et justifie le caractère post-traumatique de la cyphose au niveau D7 essentiellement par le traumatisme qu'il juge important, tout en reconnaissant une maladie de Scheuermann. [...]

En effet, l'IRM de la région dorsale effectuée le 13 mars 2019 traduit une cyphose dorsale accentuée en relation avec une cunéiformisation prépondérante de la 7<sup>ème</sup> vertèbre dorsale, mais concernant également les vertèbres avoisinantes associées à des irrégularités des plateaux vertébraux, traduisant la présence de multiples hernies intraspongieuses (nodules de Schmorl). Il s'agit là d'une image rachidienne caractéristique d'une maladie de Scheuermann. [...]

En tenant compte de l'aspect radiologique du rachis de S. \_\_\_\_\_, les critères évoquant une maladie de Scheuermann sont bel et bien présents et ils permettent de retenir ce diagnostic à un degré de vraisemblance prépondérante. [...]

Considérant les antécédents tels qu'ils sont énumérés dans le contexte du cas initial ainsi que l'avis des médecins, dont divers chirurgiens orthopédistes, qui ont examiné S. \_\_\_\_\_ avant le 13 mars 2019, date à laquelle l'IRM dorsale a été effectuée, il apparaît difficile d'admettre une atteinte traumatique du rachis dorsal en relation avec l'événement du 22 septembre 2017. Comment expliquer en effet qu'aucun des spécialistes n'ait pu émettre des soupçons par rapport à une telle atteinte au point de ne même pas demander un complément d'imagerie à ce titre. [...]

L'analyse morphométrique seule, telle que décrite par le Professeur A. \_\_\_\_\_, ne s'avère pas réputée permettre de distinguer entre un remodelage d'une vertèbre secondaire à une atteinte d'une maladie de Scheuermann et une fracture ancienne.

L'IRM du 13 mars 2019, quant à elle, permet, d'une part, clairement de confirmer le diagnostic d'une maladie de Scheuermann et ne montre, par ailleurs, pas de "rehaussement focal spécifique" traduisant une activité métabolique accrue résultant d'une atteinte traumatique (fracture) et donc de conclure à une origine traumatique des troubles décrits.

## **Conclusion**

Les rapports médicaux qui ont été adjoints au dossier dans le contexte de la rechute annoncée le 4 juin 2018 ne fournissent pas

d'arguments justifiant une remise en cause des conclusions prises lors de l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018.

Une atteinte traumatique de D7 n'est pas avérée. Sans être catégoriquement exclue, une telle atteinte survenue dans le contexte de l'évènement du 22 septembre 2017 relève tout au plus du domaine du possible. »

**c)** Par déterminations du 1<sup>er</sup> avril 2020, le recourant a maintenu ses conclusions, contesté le rapport du 10 janvier précédent du Dr X. \_\_\_\_\_ et relevé que c'était « la fracture D7 [...] qui était à l'origine des douleurs ressenties ainsi que l'articulation de son épaule droite ». A l'appui de son argumentation, le recourant a produit deux nouveaux rapports du Prof. V. \_\_\_\_\_. Selon le premier rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2019, ce médecin avait retranscrit les circonstances de l'évènement initial, indiquant que le recourant était tombé à terre, après avoir essayé de retenir, sans succès, une porte. Le Prof. V. \_\_\_\_\_ avait également relevé que son patient avait été tardivement diagnostiqué d'une fracture de la septième vertèbre dorsale, très probablement en lien avec son accident, car il n'avait jamais présenté la moindre douleur dorsale par le passé. Actuellement, la douleur dominante était située dans la colonne cervicale, en association avec une douleur qui débutait dans la région dorsale, à peu près au niveau de la fracture, du côté droit uniquement. Le recourant avait en particulier été ausculté par un neurologue, qui n'avait pas pu mettre en évidence une lésion nerveuse quelconque. Durant plusieurs mois, des tests diagnostiques avaient été réalisés, avec pour but de cibler les nocicepteurs provoquant la symptomatologie. Ainsi, toutes les articulations facettaires cervicales avaient été testées avec un résultat parfaitement négatif. Les articulations autour de la fracture dorsale avaient également été testées. A cet égard, le Prof. V. \_\_\_\_\_ avait souligné que « ce n'était qu'après le test facettaire de l'articulation que nous avons trouvé un résultat fortement positif qui a réduit, de façon très marquée, ses cervicalgies et la douleur dorsale » et que « ce n'était pas la première fois que je me trouve devant cette association de lésions de ce type qui, anatomiquement, ne semble pas être logique ». Dans son second rapport du 31 janvier 2020, le Prof. V. \_\_\_\_\_ avait confirmé avoir constaté que l'articulation costo-transverse 8, à droite, constituait le

nocicepteur pour les douleurs cervicales et thoraciques, qui étaient apparues peu de temps après l'accident.

Le 5 juin 2020, l'intimée a transmis une nouvelle appréciation du 14 mai 2020 du Dr X.\_\_\_\_\_, lequel relevait ce qui suit (sic) :

**« Appréciation**

Du point de vue orthopédique, les déclarations du Professeur V.\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément objectif crédible témoignant de séquelles persistantes affectant le rachis dorsal ou cervical suite à l'évènement du 22 septembre 2017. Ceci concerne en particulier une hypothétique fracture de D7 qui n'a jamais été objectivée ainsi que le constate l'appréciation du centre de compétence de la médecine des assurances du 10 janvier 2020.

Dans son courrier en date du 31 janvier 2020, le Professeur V.\_\_\_\_\_ évoque une rupture de la capsule articulaire au niveau de l'articulation costo-transverse 8 à droite. Il n'y a aucune imagerie qui atteste de cette rupture. Il s'agit là d'un diagnostic pour le moins surprenant que l'on ne peut guère mettre en relation avec l'évènement du 22 septembre 2017. En effet, une atteinte de la capsule articulaire à ce niveau serait sans aucun doute guérie. Par ailleurs, l'IRM effectuée le 13 mars 2019 ne révèle aucune atteinte structurelle à caractère post-traumatique des structures osseuses, articulaires ou para-articulaires à ce niveau. Aucun élément potentiellement nociceptif attribuable à l'évènement du 22 septembre 2017 n'a donc pu être identifié.

En ce qui concerne tout le volet de l'argumentation neurologique du Professeur V.\_\_\_\_\_, celle-ci se fonde sur un raisonnement très personnel et empirique, sans fondement scientifique objectif et ne reflète guère autre chose qu'une appréciation totalement subjective.

**Conclusion**

Les nouveaux rapports du Professeur V.\_\_\_\_\_ en date du 1<sup>er</sup> novembre 2019 et 31 janvier 2020 n'apportent aucun argument valable permettant de remettre en cause les conclusions précédentes du centre de compétences de la médecine des assurances telles qu'elles sont formulées dans le cadre de l'appréciation du 10 janvier 2020 ».

Le 18 juin 2020, le recourant a indiqué que les contradictions au dossier ne faisaient que confirmer la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre.

**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 - en prenant en compte les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le refus de prester de l'intimée s'agissant des troubles annoncés le 4 juin 2018 par le recourant à titre de rechute de l'événement initial du 22 septembre 2017.

**3.** Dans un grief de nature formelle, qu'il convient dès lors de traiter à titre préalable, le recourant se prévaut de la violation de son droit d'être entendu. Selon lui, dans la décision sur opposition querellée, l'intimée n'indique pas les raisons pour lesquelles elle a suivi l'avis des médecins conseils plutôt qu'un autre. Par ailleurs, l'intimée ne traite pas l'intégralité des motifs soulevés dans l'opposition.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit

mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2).

**b)** En l'espèce, l'intimée a indiqué les motifs qui l'ont poussée à fonder la décision sur opposition litigieuse sur les conclusions du rapport orthopédique du 13 décembre 2018 des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_. Elle a en effet relevé que ce rapport était exhaustif, détaillé et basé sur une anamnèse complète. Partant, l'autorité intimée a reconnu pleine valeur probante à dite appréciation, laquelle écartait le diagnostic de déchirure du long chef du biceps posé par le Dr L.\_\_\_\_\_, faute d'être établi sur un fondement objectif.

Il ressort également implicitement de la décision sur opposition litigieuse qu'en reconnaissant que le rapport orthopédique du 13 décembre 2018 était complet et probant, l'intimée n'a pas estimé utile de compléter l'instruction, tel que l'avait requis le recourant aux termes de

son opposition. Cette manière de faire est admissible au vu de la jurisprudence précitée. Par ailleurs, le recourant a été en mesure de se rendre compte de la portée de la décision sur opposition et de l'attaquer utilement.

On ne saurait dès lors reprocher à l'intimée un défaut de motivation de la décision sur opposition litigieuse. Le grief du recourant doit par conséquent être écarté.

**4. a/aa)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**bb/i)** Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-

Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4).

**ii)** En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié 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, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, , n° 97 p. 923 s.). Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C\_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5, 8C\_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 4.2).

**b/aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle en premier lieu. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et

qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

**bb)** 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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

**cc)** 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On

parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**5. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon

l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**c)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au

bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 ; TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2).

**e)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

**6.** Il convient dans un premier temps de définir les circonstances exactes de l'événement du 22 septembre 2017.

**a/aa)** Selon ses indications du 4 octobre 2018, le recourant a expliqué qu'alors qu'il portait une lourde porte - sur son lieu de travail et aidé d'un collègue -, il avait glissé, de sorte que la porte était tombée. L'intéressé avait tenté sans succès de la retenir avec son bras droit. Sous le poids de la porte, le bras et l'épaule, du côté droit, du recourant avaient été tirés vers l'arrière. L'intéressé a cependant expressément précisé ne pas avoir subi de choc direct au niveau de l'épaule et ne pas être tombé sur cette épaule.

Ces premières déclarations correspondent aux deux annonces de sinistres des 28 septembre 2017 et 11 octobre 2018, ainsi qu'aux différents rapports médicaux initiaux, lesquels font en outre unanimement état d'un mouvement de torsion de l'épaule droite (cf. notamment les rapports du 23 septembre 2017 des Drs R.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du 17 juillet 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, du 6 août 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, du 12 septembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_ et du 13 décembre 2018 des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_).

En particulier, les Drs R.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont précisé qu'il n'y avait pas eu de chute ou de traumatisme crânien. Ils ont également souligné l'absence de tuméfaction, d'hématome ou de déformation dans la zone de l'épaule droite (cf. rapport du 23 septembre 2017).

Dans son rapport radiologique du 13 octobre 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_ fait, quant à lui, état d'une chute. Or, s'agissant de ce rapport, le recourant précisera qu'il n'avait pas subi de chute au niveau des cervicales, contrairement à ce que ce radiologue avait indiqué (cf. déclarations du 4 octobre 2018).

Compte tenu de ces éléments, il doit être retenu, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le 22 septembre 2017, sur son lieu de travail, le recourant a glissé et qu'en tentant de rattraper une lourde porte - qu'il tenait avec un collègue -, celle-ci est tombée sur son bras, ce qui a eu pour effet de tirer vers l'arrière le bras et l'épaule du côté droit dans un mouvement de torsion. Toutefois, l'intéressé n'est pas tombé à terre et n'a pas subi de choc direct au niveau de son épaule ou de ses cervicales.

**bb)** Partant, il convient de ne pas prendre en compte la précision du Dr K.\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant aurait fait un chute (cf. rapport du 19 octobre 2017), pas plus que l'indication du Dr G.\_\_\_\_\_, à teneur de laquelle l'intéressé aurait subi un traumatisme de l'épaule droite en 2017 (cf. rapport du 17 juillet 2018).

**cc)** Plus important, doivent être écartées les allégations du Prof V. \_\_\_\_\_ du 21 mai 2019, selon lesquelles en tentant de retenir la porte, le recourant aurait été projeté contre un chevalet, et du 1<sup>er</sup> novembre 2019, à teneur desquelles le recourant serait tombé à terre. La même conclusion s'impose s'agissant des considérations du Prof. A. \_\_\_\_\_ et de la Dre AA. \_\_\_\_\_, contenues dans leur rapport du 16 octobre 2019, selon lesquelles la porte aurait précipité le recourant contre le coin d'une table. Ces allégations entrent en effet en contradiction avec les événements tels que décrits initialement par le recourant, l'employeur, la caisse de chômage et les médecins.

Au demeurant, dans son appréciation du 10 janvier 2020, à laquelle une pleine valeur probante est reconnue (comme développé ci-dessous [cf. consid. 7c/bb *infra*]), le Dr X. \_\_\_\_\_ parvient aux mêmes conclusions sur la base d'éléments médicaux contenus au dossier. Par ailleurs, ce spécialiste a encore souligné, à raison, qu'aucun médecin n'avait observé de cicatrice dans la région dorsale (excepté le Prof. A. \_\_\_\_\_ et la Dre AA. \_\_\_\_\_) ou requis que soit réalisée une IRM dorsale (avant celle du 13 mars 2019). Ces éléments confirment à nouveau que le recourant n'a pas subi de traumatisme ou de choc au niveau dorsal, à défaut de quoi il l'aurait immédiatement mentionné à ses médecins ou se serait plaint de douleurs dans cette région.

**b)** A toutes fins utiles, on précisera que l'événement du 22 septembre 2017, tel que défini ci-dessus, est constitutif d'un accident, au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En glissant et en essayant en vain de rattraper la porte, le recourant a en effet effectué des mouvements successifs du corps non coordonnés liés à l'environnement extérieur. L'exigence de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est dès lors remplie (cf. consid. 4a/bb/ii *supra*).

**7.** Il sied dans un second temps d'examiner le rapport de causalité entre les atteintes à la santé, annoncées à titre de rechute le 4 juin 2018, et l'accident du 22 septembre 2017.

A cet égard, l'intéressé se prévaut de l'avis de ses médecins-traitants pour conclure à l'existence d'un tel lien de causalité. Il remet en particulier en cause l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018 des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, ainsi que les appréciations subséquentes des 10 janvier et 14 mai 2020 du Dr X.\_\_\_\_\_. Le recourant se plaint encore du fait que les pièces au dossier laissent subsister des incertitudes quant à l'origine de ses troubles, des investigations médicales complémentaires étant, selon lui, nécessaires.

**a)** En préambule, il apparaît que l'argumentation du recourant est contradictoire. Il affirme en substance qu'il existe bien un lien de causalité, prouvé par des documents médicaux, de sorte que des prestations d'assurance doivent lui être octroyées. Cependant, il soutient également qu'une expertise supplémentaire est indispensable pour déterminer l'existence d'un tel rapport de causalité, des doutes planant toujours sur l'origine de ses maux.

**b/aa)** S'agissant ensuite de l'appréciation du 13 décembre 2018 des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, celle-ci est établie sur la base d'une anamnèse complète, contrairement à ce que soutient le recourant. Les spécialistes sont en effet revenus sur l'historique médical complet de l'intéressé, ainsi que sur l'intégralité de la documentation radiologique.

En ce qui concerne les plaintes du recourant, celles-ci sont reprises par les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, telles qu'elles avaient été exprimées par l'intéressé à ses différents médecins-traitants - notamment au Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 novembre 2017 et au Dr G.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2018 -, ainsi qu'au collaborateur externe de l'intimée (cf. déclarations du 4 octobre 2018 du recourant).

Au demeurant, les médecins conseils arrivent à des résultats convaincants et leurs conclusions sont sérieusement motivées, fondées sur des constatations objectives et dénuées de contradiction.

**bb)** En particulier, les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont analysé de manière critique, objective et étayée les différents diagnostics posés par les médecins-traitants. Pour ce faire, ils se sont fondés sur les examens au dossier, sur les résultats des imageries et sur de la littérature médicale.

**i)** S'agissant des atteintes de l'épaule droite, un diagnostic de lésion du long chef du biceps de type SLAP a été posé pour la première fois par le Dr K.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 octobre 2017, sur la base de l'IRM de l'épaule du 4 octobre 2017. Toutefois, ce médecin est revenu sur cette appréciation dans son rapport du 11 novembre 2017. Il y a souligné à deux reprises qu'il n'y avait pas de symptôme spécifique à une lésion SLAP. A cet égard, dans son rapport du 9 octobre 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ a conclu, se fondant également sur l'IRM du 4 octobre 2017, à une tendinite sur le tendon du sous-scapulaire et sur le tendon du long chef du biceps, sans évoquer de lésion de type SLAP. Par rapport d'IRM du 3 janvier 2018, le Dr EE.\_\_\_\_\_, quant à lui, a confirmé l'absence de lésion de type SLAP. Il a ainsi relevé l'absence d'anomalie du tendon sous-scapulaire, ajoutant que le tendon du long biceps était centré dans la gouttière bicapitale, sans altération, avec une portion horizontale sans particularité et un ancrage glénoïdien normal.

Au vu de ces éléments, les avis des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ selon lesquels, d'une part, il n'existait pas de lésion du long chef du biceps de type SLAP, et, d'autre part, que les tendinites sur le tendon du sous-scapulaire et sur le tendon du long chef du biceps avaient temporairement pu être activées par une distorsion, laquelle ne déployait toutefois ses effets que pendant trois mois (appréciation qui semble d'ailleurs être confirmée par la différence entre l'état de ces tendons sur l'IRM du 4 octobre 2017 et sur celle subséquente du 3 janvier 2018), emportent conviction.

Les Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont également mentionné le diagnostic de complexe de Buford (cf. rapport du 3 janvier 2018 du

Dr EE.\_\_\_\_\_), précisant à cet égard qu'il s'agissait d'une particularité anatomique, sans valeur pathologique.

S'agissant des diagnostics de déchirure partielle de la longue portion du biceps et d'épaule gelée émis par le Dr L.\_\_\_\_\_) (cf. rapports du 21 novembre 2017, ainsi que du 6 août et du 6 septembre 2018), comme le retiennent à juste titre les Drs B.\_\_\_\_\_) et X.\_\_\_\_\_), ils ne sont basés sur aucun fondement objectif, de sorte qu'ils doivent être écartés.

Par ailleurs, l'appréciation orthopédique du 13 décembre 2018 n'entre pas en contradiction avec les rapports médicaux précédents, tel qu'allégué par le recourant. Au contraire, elle confirme le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire, posé par de nombreux médecins (cf. notamment le rapport d'IRM du 9 octobre 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_), le rapport du 19 octobre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_) et du 12 septembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_), tout en relevant que cette atteinte a pu être temporairement activée par l'événement du 22 septembre 2017. On notera également que les explications des Drs B.\_\_\_\_\_) et X.\_\_\_\_\_) relatives à l'inflammation de la coiffe des rotateurs (soulignée par le Dr F.\_\_\_\_\_) dans son rapport du 12 septembre 2018 et le Dr K.\_\_\_\_\_) dans son rapport du 19 octobre 2017), selon laquelle cette inflammation pouvait être enclenchée par la proximité avec l'inflammation due à l'arthrose acromio-claviculaire, sont convaincantes.

**ii)** S'agissant des douleurs du rachis cervical, les Drs B.\_\_\_\_\_) et X.\_\_\_\_\_) ont relevé l'absence de séquelle traumatique au niveau osseux ou des parties molles, sur la base du rapport radiologique du 13 octobre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_. Ils ont également écarté tout signe d'atteinte neurologique. C'est ainsi sur la base de constatations objectives qu'on comprend que ces spécialistes n'ont pas objectivé les douleurs cervicales.

**cc)** Au vu de ce qui précède, on doit reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation du 13 décembre 2018 des médecins conseils.

**c/aa)** En ce qui concerne l'appréciation du 10 janvier 2020 du Dr X.\_\_\_\_\_, celle-ci est également probante. Elle contient une anamnèse exhaustive, reprend tous les rapports produits au cours de la procédure de recours et en discute les résultats - sur lesquels le Dr X.\_\_\_\_\_ procède à une analyse étayée, claire et concluante.

**bb)** S'agissant de l'allégation de fracture de compression de la vertèbre D7, on souligne qu'initialement, le recourant se plaignait uniquement de douleurs dans l'épaule droite, dans le bras droit et au niveau des cervicales (cf. rapports du 23 septembre 2017 des Drs R.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, du 19 octobre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_, 13 octobre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, du 11 novembre 2017 du Dr K.\_\_\_\_\_, du 21 novembre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_, du 17 juillet 2018 du Prof. G.\_\_\_\_\_, du 6 août 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, rapport du 12 septembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, du 13 décembre 2018 des Drs B.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ et déclarations du 4 octobre 2018 du recourant).

Ce n'est qu'après avoir disposé du rapport d'IRM du 13 mars 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_ - lequel a observé une ancienne cunéiformisation D7 -, que les médecins ont rapporté un traumatisme survenu au niveau du dos (cf. rapports du 1<sup>er</sup> mai 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_, du 21 mai 2019 du Prof. V.\_\_\_\_\_, du 24 septembre 2019 du Dr P.\_\_\_\_\_ et du 16 octobre 2019 du Prof. A.\_\_\_\_\_ et de la Dre AA.\_\_\_\_\_).

A cet égard, le Dr X.\_\_\_\_\_ a souligné la contradiction dans la description des circonstances de l'accident du 22 septembre 2017. De surcroît, il a exposé que l'IRM du 13 mars 2019 ne permettait pas de conclure à une origine traumatique des troubles décrits et a ainsi considéré qu'une atteinte traumatique de la vertèbre D7 n'était pas avérée, précisant que sans être catégoriquement exclue, une telle atteinte - survenue dans le contexte de l'évènement du 22 septembre 2017 -

relevait tout au plus du domaine du possible. En effet, l'IRM du 13 mars 2019 ne mettait pas en évidence un rehaussement focal spécifique, phénomène qui traduit une activité métabolique accrue et est le résultat d'une atteinte traumatique (à savoir d'une fracture). De plus, cette IRM montrait une densité osseuse toujours dans la norme (même si, certes, à la limite inférieure), et une texture osseuse préservée. Plus encore, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé que le Prof. A.\_\_\_\_\_ avait essentiellement justifié le caractère post-traumatique de la cyphose au niveau D7 en raison du traumatisme rapporté par le recourant, qu'il jugeait important (cf. rapport du 16 octobre 2018). Or, comme exposé ci-dessus (cf. consid. 6 *supra*), la possibilité d'une telle origine traumatique a été écartée.

En revanche, pour le Dr X.\_\_\_\_\_, l'IRM dorsale du 13 mars 2019 permettait de conclure à une maladie de Scheuermann - diagnostic au demeurant également évoqué par le Prof. A.\_\_\_\_\_ et la Dre AA.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué que cette maladie se présentait pendant l'adolescence et évoluait, en principe, de manière bénigne chez les adultes. Toutefois, de nombreuses études mentionnaient clairement le risque pour la population adulte de développer des problèmes rachidiens douloureux en présence de stigmates d'une maladie de Scheuermann. Pour étayer son diagnostic, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur l'IRM dorsale du 13 mars 2019 et a précisé que l'analyse morphométrique réalisée par le Prof. A.\_\_\_\_\_ et la Dre AA.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de distinguer entre une fracture ancienne et le remodelage d'une vertèbre secondaire lié à la maladie de Scheuermann. De même, cette IRM, bien que traduisant effectivement une cyphose dorsale accentuée en relation avec une cunéiformisation prépondérante de la 7<sup>e</sup> vertèbre dorsale, montrait également d'autres vertèbres avoisinantes auxquelles étaient associées des irrégularités des plateaux vertébraux, traduisant la présence de multiples hernies intraspongieuses. Ces éléments étaient, pour le Dr X.\_\_\_\_\_, caractéristiques d'une maladie de Scheuermann.

**cc)** Les conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ sont sérieusement motivées, claires et convaincantes. Par conséquent, il sied de conférer une pleine valeur probante à l'appréciation du 10 janvier 2020 de ce médecin.

**d)** S'agissant finalement du rapport du 14 mai 2020 du Dr X. \_\_\_\_\_, celui-ci respecte également tous les prérequis jurisprudentiels (cf. consid. 5a et 5c *supra*) et a ainsi également valeur probante.

Dans cette appréciation, le Dr X. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les derniers rapports du 1<sup>er</sup> novembre 2019 et du 31 janvier 2020 du Prof. V. \_\_\_\_\_, et a considéré que ce professeur n'apportait aucun élément objectif crédible supportant ses appréciations. Tel était le cas s'agissant des séquelles persistantes affectant le rachis dorsal ou cervical, ce qui concernait en particulier une hypothétique fracture de D7 – laquelle n'avait jamais clairement été objectivée. Pour ce qui était de la rupture de la capsule articulaire au niveau de l'articulation costo-transverse 8 à droite, aucune imagerie n'attestait de cette rupture et, même à considérer qu'une telle rupture ait pu survenir, elle aurait sans doute été guérie, de sorte que l'on ne pouvait guère la mettre en relation avec l'événement du 22 septembre 2017. Finalement, pour tout ce qui touchait le volet neurologique, il s'agissait d'une appréciation personnelle et subjective du Prof. V. \_\_\_\_\_, dénuée de fondement scientifique objectif. Ainsi, les nouveaux rapports du Prof. V. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions du 10 janvier 2020 du Dr X. \_\_\_\_\_.

Par surabondance, les allégations du Prof. V. \_\_\_\_\_, à teneur desquelles la fracture de la septième dorsale était très probablement en lien avec l'accident du 22 septembre 2017, car le recourant n'avait jamais présenté la moindre douleur dorsale auparavant (cf. rapport du 21 mai et 1<sup>er</sup> novembre 2019), sont inopérantes. En effet, selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent seulement après la survenance d'un accident ne suffit pas encore à établir un rapport de causalité naturelle (cf. consid. 4b/aa *supra*).

**e)** Eu égard à ce qui précède, l'atteinte à l'épaule, annoncée le 4 juin 2018 à titre de rechute, n'est pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 22 septembre 2017, dans la mesure où les différents troubles de l'épaule étaient temporaires et ont cessé de produire leurs effets trois mois après l'événement initial.

Par ailleurs, il n'existe pas de lien de causalité naturelle ou adéquate s'agissant des douleurs cervicales, lesquelles n'ont pas été objectivées. Enfin, la même conclusion s'impose s'agissant de la fracture de compression de la vertèbre D7. Celle-ci n'a également pas été objectivée et, sans être catégoriquement exclue, un quelconque lien avec l'accident du 22 septembre 2017 relève tout au plus du domaine du possible. Au stade de la vraisemblance prépondérante, on ne peut donc pas conclure à un rapport de causalité naturelle ou adéquate.

Partant, le grief du recourant, faute d'être fondé, est écarté.

**8.** Il n'y a pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant dans son acte du 18 juin 2020, à savoir de procéder à une expertise judiciaire.

**9. a)** Eu égard à ce qui précède, le recours interjeté par S.\_\_\_\_\_ est rejeté, la décision sur opposition du 21 mars 2019 devant être confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 21 mars 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Valentine Truan (pour S. \_\_\_\_\_),
- 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 :