

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juillet 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brillard, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par U. _____ SA, à [...],

et

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

Art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 195 [...], a été engagé le 1^{er} septembre 2016 en qualité de carrossier par la société E. _____ Sàrl. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 5 juin 2018, l'assuré a monté une cheminée de 50 kg sur un toit à l'aide d'une corde. Ladite cheminée, stabilisée sur un échelon, a soudainement glissé et entraîné une brusque et importante surcharge sur le bras droit de l'assuré avec une traction axiale vers le bas. Une boule est apparue près du biceps. Conservant la mobilité du bras et de l'épaule, l'intéressé a continué à travailler le jour même et les jours suivants. Les douleurs ont persisté et, au bout de deux à trois jours, l'assuré a constaté l'apparition d'un hématome au niveau biceps.

L'employeur a déclaré l'accident le 15 juin 2018 à la CNA, qui a confirmé son accord pour la prise en charge du traitement médical par courrier du 19 juin 2018.

L'Hôpital [...] a prodigué les premiers soins et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 17 juin 2018 (cf. rapport et radiographies du 9 juin 2018).

Le 17 juillet 2018, l'assuré a consulté le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les radiographies ont été renouvelées le 24 juillet 2018. A l'issue de son premier examen de l'épaule droite, le Dr B. _____ a retenu une lésion du long chef du biceps et suspecté une lésion de la coiffe des rotateurs. Il a indiqué que l'assuré continuait son activité de carrossier à 100 %, mentionné une légère limitation de la mobilité et relevé que les amplitudes articulaires de l'épaule droite étaient superposables à celles de

l'épaule gauche (rapport du 25 juillet 2018). Le Dr B. _____ a commandé une arthro-IRM de l'épaule droite.

Le rapport d'arthro-IRM du 25 juillet 2018 a fait état d'une importante déchirure transfixiante et complète du tendon sus-épineux, sur une longueur de 1,5 cm, d'une déchirure d'aspect complet du long chef du biceps, de passage important de contraste dans la bourse sous-acromiale, d'un acromion relativement proéminent latéralement, susceptible de générer un conflit, et d'une trophicité musculaire correcte.

Dans un rapport du 3 septembre 2018, le Dr B. _____ a fait état des diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite au niveau du tendon du sus-épineux et de status post-rupture du long chef du biceps de l'épaule droite. Il a proposé une arthroscopie de l'épaule droite.

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la Dre C. _____. Celle-ci a indiqué la présence « d'une lésion corporelle de type 6 al 2 LAA » qui semblait due de manière prépondérante à l'usure en raison de l'impossibilité d'une double lésion sur un mouvement en effort (avis du 26 septembre 2018).

Interrogé par la CNA, le Dr B. _____ a confirmé les diagnostics retenus dans son rapport du 3 septembre 2018. Il a fait état d'une évolution défavorable et indiqué que le pronostic était généralement bon après l'opération (rapport du 26 octobre 2018).

Le 7 novembre 2018, le Dr B. _____ a opéré l'assuré par arthroscopie de l'épaule droite (réparation de la coiffe des rotateurs [tendon du sus-épineux, sous-épineux]; synovectomie partielle sous-coracoïdienne et intra-articulaire; ténotomie du long chef du biceps; décompression sous-acromiale; acromioplastie; bursectomie; résection acromio-claviculaire).

Entendu le 13 décembre 2018 par un inspecteur des sinistres de la CNA, l'assuré a donné des précisions sur l'évènement du 5 juin 2018.

Des radiographies postopératoires ont été effectuées le 17 décembre 2018.

Le 17 décembre 2018, la Dre C._____ a estimé que l'atteinte était due de manière prépondérante à l'usure comme le montraient les lésions atteignant plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs et un acromion relativement proéminent latéralement, susceptible de générer un conflit et des lésions tendineuses.

Par décision du 18 décembre 2018, la CNA a refusé la prise en charge du cas et renoncé à demander la restitution des prestations, motifs pris que l'évènement du 5 juin 2018 ne constituait pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que les conditions requises pour la prise en charge des troubles au titre de lésion corporelle assimilée n'étaient pas réunies.

Par acte du 25 janvier 2019, complété le 26 avril 2019, l'assuré, assisté d'U._____ SA, a formé opposition, en se prévalant notamment d'un rapport du Dr B._____ du 24 avril 2019. Ce dernier a estimé que la lésion de la coiffe des rotateurs, confirmée à l'IRM, était imputable à l'évènement du 5 juin 2018 avec une probabilité de plus de 50 %. La causalité était certaine en ce qui concernait la lésion au long chef du biceps. Il a en revanche exclu toute causalité entre l'évènement du 5 juin 2018 et le conflit sous-acromial, respectivement l'arthrose acromio-claviculaire. Ces deux derniers facteurs ne permettaient toutefois pas de confirmer l'étiologie dégénérative de la lésion en présence d'une surcharge avec une sensation de craquement et de lâchage dans l'épaule. Il a estimé que le *statu quo* serait atteint dans un délai de 12 à 18 mois après l'opération.

La CNA a soumis le rapport du Dr B._____ à sa médecin d'arrondissement. Dans une appréciation du 1^{er} mai 2019, la Dre C._____ a confirmé que les lésions étaient dues de manière

prépondérante à l'usure, motifs pris de la qualité des tissus mise en évidence à l'IRM, respectivement lors de l'arthroscopie, et de l'atteinte multiple des tendons (cf. aussi appréciation médicale du 29 mars 2019).

Par décision sur opposition du 7 mai 2019, la CNA a maintenu son refus de prester, estimant en substance qu'au vu des conclusions de sa médecin d'arrondissement, les lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

B. Par mémoire du 17 mai 2019, A._____, représenté par U._____ SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Il conclut à son annulation et à la poursuite du versement des prestations. En substance, le recourant allègue que la déchirure du tendon sus-épineux et celle du long chef du biceps constituent des lésions assimilées à un accident et que la question de savoir si l'évènement du 5 juin 2018 relève ou non de la notion d'accident peut rester ouverte dès lors que l'intimée ne démontre pas que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. A l'appui de son recours, il se prévaut du rapport susmentionné du Dr B._____ du 24 avril 2019. Il demande par ailleurs qu'une expertise soit ordonnée.

Dans sa réponse du 25 septembre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. L'intimée se réfère à une nouvelle appréciation du 25 septembre 2019 de la Dre D._____, spécialiste en chirurgie auprès de la division médecine des assurances de la CNA. En substance, l'intimée estime que la lésion de la coiffe des rotateurs n'est pas en lien de causalité avec l'évènement du 5 juin 2018. Sur ce point, la Dre D._____ explique que, dans le cas d'une atteinte tendineuse récente et traumatique, en particulier du tendon sus-épineux, il y a en général une impotence fonctionnelle qui motive une consultation médicale quasi immédiate. En revanche, une atteinte dégénérative d'un tendon de la coiffe des rotateurs est bien supportée et reste longtemps asymptomatique. La Dre D._____ estime que l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate, la poursuite de l'activité

professionnelle, le temps entre l'évènement et la première consultation, la mobilisation conservée de l'épaule droite malgré les douleurs (rapport de l'Hôpital [...] du 9 juin 2018 ; rapport du Dr B._____ du 25 juillet 2018) et les amplitudes articulaires de l'épaule droite superposables à celles de l'épaule gauche (rapport du Dr B._____ du 25 juillet 2018) parlent en défaveur d'une atteinte récente et traumatique. Elle ajoute que les remaniements de l'articulation acromio-claviculaire, l'acromion proéminent, la bursite chronique inflammatoire, les signes d'un conflit sous-acromial et l'arthrose acromio-claviculaire avec des ostéophytes (rapport d'arthro-IRM du 25 juillet 2018 ; protocole opératoire du 7 novembre 2018) constituent des remaniements dégénératifs qui peuvent entraîner une rupture du tendon du sus-épineux du fait de la réduction de l'espace acromio-huméral, inférieur à 7 mm (rapport d'arthro-IRM du 25 juillet 2018). En revanche, l'intimée admet que la lésion du tendon du long chef du biceps est consécutive à l'évènement du 5 juin 2018. Elle renvoie à l'appréciation précitée de la Dre D._____, qui retient que cette atteinte à la santé nécessite tout au plus un traitement conservateur de deux à quatre semaines. Elle relève que, suivant l'avis du Dr B._____ (rapport du 25 juillet 2018), ce type de rupture n'entraîne pas d'indication chirurgicale et que c'est bien la lésion du tendon du sus-épineux qui justifie l'opération du 7 novembre 2018. L'intimée estime que le recourant peut prétendre aux prestations LAA pour une période de quatre semaines du 5 juin au 3 juillet 2018 en raison de la rupture du tendon du long chef du biceps. Or, elle a justement servi ses prestations durant cette période, de sorte que sa décision sur opposition du 7 mai 2019 doit être confirmée.

Par réplique du 12 décembre 2019, le recourant a confirmé ses conclusions et produit un nouveau rapport du Dr B._____ du 25 novembre 2019. Ce dernier explique l'absence d'impotence fonctionnelle par le fait qu'il s'agit d'une lésion dégénérative décompensée à l'occasion du traumatisme survenu le 5 juin 2018. La probabilité à plus de 50 % d'un rapport de causalité entre cet évènement et la lésion du tendon sus-épineux se justifie par la trophicité musculaire correcte de la coiffe, sans signe d'atrophie musculaire ni infiltration

graisseuse. Le Dr B. _____ précise que l'arthro-IRM du 24 juillet 2018 ne montre quasiment aucune atrophie au niveau du sus-épineux et sous-épineux, contrairement à ce qui est attendu en cas de lésion dégénérative avec une évolution progressive. La déchirure - complète - parle fortement en faveur d'une lésion traumatique. Il estime, littérature scientifique à l'appui, qu'un acromion proéminent ou des remaniements de l'articulation acromio-claviculaire ne peut pas être utilisés comme arguments en faveur d'une étiologie dégénérative de la lésion. Le Dr B. _____ indique que la distance acromio-humérale se mesure sur des radiographies standards en position debout et non sur une IRM en position couchée. Or, les radiographies du 9 juin 2018 indiquent un espace acromio-huméral de 11 mm. Il est à 17 mm sur les radiographies postopératoires du 17 décembre 2018. Quant à l'IRM du 24 juillet en position couchée, elle indique même une distance acromio-humérale de 7,3 mm et non de 5,2 mm. Le Dr B. _____ expose qu'avant l'arthroscopie, il était très délicat de différencier la lésion du tendon sous-épineux de celle du sus-épineux, précisant que les deux sont touchés dans le cas du recourant. Il estime que l'accident décrit par son patient, soit un mouvement violent, c'est-à-dire une traction axiale vers le bas, peut entraîner une contraction violente au niveau de la coiffe des rotateurs afin de stabiliser l'articulation de l'épaule. Le mécanisme est, selon le Dr B. _____, « tout à fait compatible avec la lésion diagnostiquée lors de l'intervention chirurgicale ».

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 6 novembre 2018 (veille de l'opération), en particulier sur la prise en charge de l'intervention du 7 novembre 2018 et du traitement qui a suivi, de même que sur le droit à des indemnités journalières pour la période postérieure au mois de novembre 2018.

3. Le présent litige est soumis aux dispositions de la LAA dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2017, dès lors que l'évènement concerné est survenu après l'entrée en vigueur desdites modifications (chiffre 1 des dispositions transitoires de la novelle du 25 septembre 2015, RO 2016 4388).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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.

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).

Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse en tentant d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993 [RAMA 1994 n° U 185 p. 79 ss]) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993 [RAMA 1994 n° U 18 p. 37 ss]). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (ATF 116 V 136 ; pour une casuistique : Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 29 ad art. 4 LPGa ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweiz-erisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., n. 98 p. 924).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non

de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas 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 402 consid. 4.3 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 ; 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 79 p. 865).

c) 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 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

d) 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_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV no 4 p. 2, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_2014/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

e) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

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

f) Une lésion corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8).

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) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

d) 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).

S'agissant enfin 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 asséculologique. 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).

6. L'intimée a nié le caractère accidentel de l'évènement du 5 juin 2018. Il s'agit pourtant bien d'un accident. La douleur n'est pas survenue au moment où le recourant hissait progressivement une cheminée d'un poids de 50 kg. Elle s'est manifestée lorsque ladite cheminée, qui reposait sur un échelon, a soudainement glissé. Il s'en est suivi, de manière brusque, une surcharge importante sur le bras droit de l'intéressé, avec une traction axiale vers le bas. Il y a ainsi lieu d'admettre que la glissade de la cheminée en question a entraîné un mouvement non coordonné, non programmé et lié à l'environnement extérieur, entravant le déroulement naturel du mouvement du bras et de l'épaule droite. Dans ces circonstances, les conditions de l'art. 4 LPGA sont réunies (cf. consid. 4a ci-dessus), le cas n'étant pas comparable avec ceux mentionnés par l'intimée dans la décision entreprise (p. 4).

7. **a)** L'intimée ne conteste plus que l'accident soit la cause prépondérante d'une lésion du long chef du biceps (mémoire de réponse du 18 janvier 2018). Elle le conteste en revanche, en ce qui concerne la lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Cela étant, dès lors que l'évènement du 5 juin 2018 est un accident, la question n'est pas de

savoir si les atteintes dégénératives constatées - et également admises par le Dr B. _____ (cf. notamment rapport du 24 avril 2019) - sont causales à plus de 50 %, mais de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'accident a contribué aux atteintes à la santé ou les a aggravées, même si son rôle était éventuellement moindre que celui des atteintes malades. Dans cette éventualité, l'intimée est en effet tenue de prêter conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, indépendamment de ce que prévoit l'art. 6 al. 2 LAA.

b) En l'espèce, les rapports du Dr B. _____ emportent la conviction sur ce point. Ce spécialiste considère que le traumatisme survenu le 5 juin 2018 a décompensé une lésion dégénérative. Il a estimé à plus de 50 % la probabilité d'un rapport de causalité entre l'accident et la lésion du tendon sus-épineux. Ce faisant, il retient que le traumatisme survenu le 5 juin 2018 constitue une cause au moins partielle de la rupture du tendon sus-épineux. Le Dr B. _____ met notamment en évidence l'absence d'infiltration graisseuse et la bonne trophicité musculaire (rapport du 25 novembre 2019). Il souligne également, à juste titre, que l'existence d'atteintes dégénératives ou d'un conflit sous-acromial préexistant ne permettent pas d'exclure une causalité accidentelle partielle (rapports des 24 avril et 25 novembre 2019). Par ailleurs, les rapports sur lesquels s'appuie l'intimée ne permettent aucunement de nier que l'accident soit une cause partielle des atteintes pour lesquels le recourant a été opéré, puisqu'ils se limitent à constater que les atteintes dégénératives sont la cause principale des lésions en question (appréciations médicales des 29 mars, 1^{er} mai et 25 septembre 2019). Cause principale ne signifie toutefois pas cause exclusive. Sur ce point, l'appréciation médicale de la Dre C. _____ du 1^{er} mai 2019 est éloquente : celle-ci expose en effet qu'« *il n'y a pas ici à se poser la question de savoir si le traumatisme est en adéquation avec les lésions, le simple fait que ces lésions soient majoritairement dues à l'usure emporte notre conviction [...]* ». La Dre C. _____ ajoute qu'« *une lésion de la coiffe est une réponse tissulaire étroitement dépendante de l'état dans lequel se trouvait la coiffe au moment de l'agression. Ainsi, [...] une luxation antéro-interne à l'âge de 20 ans ne provoque qu'un étirement*

sans gravité des tendons alors qu'à 50 ans il y a souvent une rupture du sus-épineux et à 65 ans une rupture massive intéressant 2 ou 3 tendons. Pour un traumatisme équivalent, la réponse tissulaire est variable en fonction de l'âge et il est probable que les microtraumatismes, ou l'utilisation prolongée ou répétée du bras au-dessus de la tête qui nécessite une hyper-utilisation du sus-épineux pour centrer la tête humérale, ont aussi des effets très différents selon l'âge ». Le fait que « *la réponse tissulaire* » à une « *agression* », pour reprendre le terme utilisé par la Dre C._____, dépende de l'état dans lequel se trouve la coiffe et de l'âge de la personne concernée, de même que le fait qu'un accident puisse provoquer un simple étirement à l'âge de 20 ans et une rupture massive à 65 ans, ne permet pas de nier que cette « *agression* » soit une cause partielle de la rupture, même si elle n'est pas forcément prépondérante.

L'appréciation médicale de la Dre D._____ du 25 septembre 2019, dont on doit au demeurant regretter qu'elle n'ait été requise qu'après la décision sur opposition, pour les besoins de la procédure de recours, ne permet pas davantage de remettre en cause le constat du Dr B._____ relatif au fait que l'accident est une cause au moins partielle des atteintes pour lesquelles il a opéré le recourant. Comme la Dre C._____, la Dre D._____ part du principe qu'une causalité partielle ne suffit pas et qu'une causalité prépondérante est nécessaire. Par ailleurs, la Dre D._____ accorde une importance déterminante à l'existence d'un acromion proéminent et à la distance acromio-humérale, qui serait inférieure à 7 mm. Dans son rapport du 25 novembre 2019, le Dr B._____ réfute toutefois de manière convaincante cet argument, en observant que sur les radiographies standards des 9 juin et 24 juillet 2018, images pertinentes pour calculer la distance acromio-humérale, l'espace mesuré est de 11 mm. Il explique les raisons qui le conduisent à s'écarter de la mesure de la Dre D._____, à savoir notamment la position du patient au moment de l'imagerie. Il ajoute qu'en l'espèce, l'excellente trophicité musculaire, l'absence d'infiltration graisseuse et un espace sous-acromial bien au-dessus de 7 mm plaident en faveur de l'origine accidentelle des lésions traitées le

7 novembre 2018. En outre, la traction axiale vers le bas peut entraîner une contraction violente au niveau de la coiffe afin de stabiliser l'articulation de l'épaule, ce qui est tout à fait compatible avec les lésions constatées selon le Dr B._____. On observe aussi que le recourant est gaucher, qu'il ne ressent aucune douleur dans l'épaule gauche, ce qui lui a d'ailleurs permis de continuer son activité. Cette circonstance plaide également contre une atteinte exclusivement dégénérative de l'épaule droite, pourtant notablement moins sollicitée professionnellement.

Enfin, l'absence d'impotence fonctionnelle immédiatement après l'accident, et le fait que le recourant ait pu travailler encore quelques jours après l'accident, puis reprendre le travail après une interruption du 9 au 17 juin 2018, ne permettent pas de nier l'origine partiellement accidentelle des lésions en cause, mais constituent, tout au plus, des indices du fait que l'épaule droite était préalablement fragilisée par une atteinte préexistante, ce qui n'est pas contesté en soi. Dans ce contexte, on observe que, si le recourant a pu reprendre son travail, il a pu privilégier l'utilisation de son bras gauche, dominant. Il a en outre précisé, dans ses réponses du 18 septembre 2018 à un questionnaire de l'intimée, qu'il travaillait « *en ce moment* », mais « *sans efforts* », étant observé que les efforts physiques sont décrits comme ponctuels par l'intéressé (cf. audition du 13 décembre 2018).

Vu ce qui précède, il convient d'admettre que les atteintes à la santé pour lesquelles le recourant a été opéré le 7 novembre 2018 sont d'origine accidentelle et qu'il appartient à l'intimée de prendre en charge cette intervention, ainsi que le traitement qui a suivi (art. 10 ss LAA). Il lui appartient également d'allouer des indemnités journalières (art. 16 LAA) dès le 7 novembre 2018, pour l'incapacité de travail consécutive à l'opération. La cause lui est renvoyée pour qu'elle alloue ses prestations et statue à nouveau sur la date à laquelle le droit aux prestations prend fin, compte tenu de ce qui précède.

8. a) En définitive, le recours doit être admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour

instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'U. _____ SA, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de cette assurance (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 7 mai 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- U. _____ SA (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :