

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mai 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Pasche, juge, et Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par LOYCO SA, à Carouge (GE),

et

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

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme chauffeur livreur poids lourds auprès de la société B.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> avril 1986. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 16 mai 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de LOYCO SA, a annoncé un accident dont il avait été victime le 13 novembre 2017, une déchirure à l'épaule gauche étant mentionnée. Il a indiqué qu'il livrait une porte chez un client. Il tenait la porte avec l'aide dudit client lorsque la porte s'était décalée et que tout le poids s'était mis sur son bras gauche. En voulant la stabiliser, il s'était blessé à l'épaule gauche. Le cas avait été déclaré auprès de l'assureur-maladie. L'annonce à la CNA était effectuée ensuite de la consultation auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, lequel avait confirmé que le problème d'épaule de l'intéressé était dû à un accident (déchirure du ligament de l'épaule gauche) et pas à une inflammation.

En parallèle, aux termes d'un rapport du 21 décembre 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de rupture complète et transfixiante du tendon du sus-épineux épaule gauche, de rupture incomplète éventuellement partielle du tendon du sous-épineux épaule gauche et de status après acromioplastie des deux côtés, il y a 20 ans. Il a indiqué que l'assuré avait été opéré pour une tendinite sténosante De Quervain au niveau de son poignet à droite, dominant. Après cette opération, il avait l'impression d'avoir fait un faux mouvement avec son épaule gauche, produisant des douleurs qui étaient la raison de la consultation.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche du 12 janvier 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu que ce bilan ne démontrait pas de rupture au niveau des différents tendons de la coiffe des rotateurs. Il constatait des irrégularités visibles au niveau de l'espace des intervalles avec passage du contraste dans l'espace sous-acromial, une lésion à ce niveau était possible mais par contre il n'y avait aucune déchirure transfixiante sur les différents tendons de la coiffe des rotateurs. Il mentionnait néanmoins une légère tendinite avec épaissement insertionnel de la partie haute du tendon du sous-scapulaire et une lésion partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux qui montrait également un léger épaissement avec accentuation de signal et des irrégularités des versants articulaires mais sans image de fissuration ou déchirure intra-tendineuse ou déchirure transfixiante. Aucune atrophie musculaire n'était mise en évidence. Par ailleurs, il rappelait un ancien status post-opératoire sur l'extrémité distale de la clavicule, en partie réséquée.

Aux termes d'un rapport d'arthrographie de l'épaule gauche du 12 janvier 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a décrit une ponction intra-articulaire effectuée après désinfection soignée par abord antérieur en anesthésie locale et une possibilité d'injecter sans résistance un mélange de Iopamiro 200 et de gadolinium dilué. Il constatait sur ce temps arthrographique un status post-opératoire ancien ayant concerné l'extrémité distale de la clavicule qui semblait partiellement réséquée. Après mobilisation de l'épaule, les clichés réalisés ne démontraient pas de fuite de contraste en extra-articulaire.

Par rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 23 mai 2018, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une stabilité de la petite déchirure partielle à la face profonde et distale du tendon supra-épineux prenant 10 à 20 % du tendon et associée à une petite déchirure interstitielle, à une stabilité de la petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, à une stabilité de la tendinopathie débutante du tendon du chef long du biceps à son insertion glénoïdienne, à une intégrité de la poulie bicipitale,

à une meilleure visualisation de la déchirure partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire dans sa moitié supérieure prenant 30 à 40 % de l'épaisseur du tendon et à une meilleure visualisation de la déchirure labrale de type SLAP IIA s'étendant de 12h à 3h.

Dans un rapport du 28 mai 2018, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré le 15 courant et que celui-ci avait eu un accident à l'épaule gauche le 13 novembre 2017. Il a précisé avoir informé l'intéressé qu'en plus de la lésion du sus-épineux (qui n'était pas transfixiante), il y avait une lésion de type lésions antéro-postérieures du labrum supérieur (ci-après : SLAP) et une lésion du sous-scapulaire, ce qui correspondait aux lésions suspectées. Ces lésions étaient donc à opérer si la gêne de l'assuré le justifiait, ce qui était le cas. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ avait donc proposé de faire une arthroscopie de son épaule gauche avec réparation de la lésion de type SLAP, réparation de la coiffe et cellules souches.

Le 31 mai 2018, la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que l'événement du 13 novembre 2017 n'avait pas entraîné de lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (l'IRM du 11 janvier 2018 ne montrait pas de déchirure de tendon), qu'aucune lésion structurelle imputable à l'événement incriminé n'était mise en évidence, que les déchirures mises en évidence lors de l'arthro-IRM du 22 mai 2018 (plus de six mois après le traumatisme) étaient dues à l'usure et que l'intervention proposée par le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'était pas à leur charge, car elle était sans lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 13 novembre 2017.

Le 1<sup>er</sup> juin 2018, la CNA a expliqué à l'assuré que, selon les documents en sa possession, il n'y avait pas eu d'accident au sens légal du terme et que les conditions de prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident n'étaient pas non plus remplies.

Aux termes d'un rapport du 14 juin 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de déchirure labrale de type SLAP IIA de l'épaule gauche et de déchirure du

sous-scapulaire et du sus-épineux de l'épaule gauche. L'intéressé avait indiqué qu'il avait porté un panneau de 80 kg avec un collègue, qui avait lâché ledit panneau. L'assuré l'avait rattrapé avec le bras gauche et avait ressenti de fortes douleurs à l'épaule gauche.

Dans un questionnaire rempli le 29 juin 2018, l'intéressé a expliqué que l'événement du 13 novembre 2017 était pour lui une activité habituelle et l'a décrit comme suit :

« J'ai livré des panneaux d'environ 80 kg à la menuiserie [...] à [...]. Un panneau a glissé des mains de la personne qui m'aidait et par réflexe pour ne pas l'abimer je l'ai retenu ce qui m'a provoqué une vive douleur à l'épaule gauche. »

Le 2 juillet 2018, l'assuré, représenté par LOYCO SA, a estimé que l'événement du 13 novembre 2017 était un accident et que son cas devait être pris en charge par la CNA.

Par rapport du 3 septembre 2018, les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et A.\_\_\_\_\_, tous deux médecins au Service orthopédique [...], ont posé les diagnostics de lésion de la coiffe antéro-supérieure épaule gauche (tendon du sous-scapulaire stade II selon Lafosse, tendon du supra-épineux stade I selon Elmann côté gauche), de conflit sousacromial, de bursite sous-acromio-deltoïdienne importante et de chondropathie diffuse de la glène stade I/II selon Outerbridge. Ils ont indiqué avoir opéré l'assuré le 28 août 2018, consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, soit la réparation de la coiffe (tendon du sous-scapulaire), une ténodèse du long chef du biceps, une synovectomie partielle sous-coracoïdienne, un débridement du supra-épineux, une décompression sous-acromiale et une acromioplastie. Ils ont expliqué que l'intéressé se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule gauche ensuite d'un faux mouvement/traumatisme le 13 novembre 2017. Selon l'assuré, il avait rattrapé avec la main gauche un panneau qui était en train de tomber.

Aux termes d'un rapport du 10 décembre 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué avoir vu l'assuré notamment le 18 janvier 2018 et posé le diagnostic de lésion post traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, non transfixiante à l'IRM.

Dans une appréciation du 30 janvier 2019, la Dre G.\_\_\_\_\_ a apprécié la situation de l'intéressé comme suit :

« [...]

Il nous a été demandé si l'assuré présentait une lésion corporelle entrant dans la liste des atteintes corporelles de l'article 6 alinéa 2 LAA. Sous la lettre F, il figure comme atteinte corporelle les déchirures de tendons. Il s'agit d'une déchirure transfixiante, ce qui n'est pas le cas dans cette situation. Si les déchirures partielles ou les irrégularités au niveau des tendons avaient été retenues, elles auraient été marquées dans la liste comme lésions de tendons, ce qui n'est pas le cas. Retenons encore que le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu, suite à ses consultations du 12.01., 09.02. et 08.03.2018, que l'assuré présentait après infiltration une amélioration progressive avec des douleurs en nette régression et une mobilité complète de l'épaule G [gauche], ce qu'il confirmait le 30.09.2018 avec un assuré qui n'avait quasi plus de douleurs et une mobilité complète et qui n'avait plus reconsulté.

L'impression diagnostique du Dr D.\_\_\_\_\_, lors de sa consultation du 18.12.2017, n'a pas été confirmée par l'IRM, ni par l'arthro-IRM du 22.05.2018 qui n'a pas non plus montré de rupture transfixiante d'un des tendons de la coiffe des rotateurs.

Même si nous retenions que l'assuré présente une atteinte de ses tendons de la coiffe des rotateurs, entrant dans l'article 6 alinéa 2 LAA, lettre F (déchirure minime et très partielle des tendons et non déchirure transfixiante), celle-ci est clairement due et de manière prépondérante à l'usure.

Au vu de ce qui précède, l'ensemble des documents médicaux à notre disposition nous font retenir que cet assuré ne présente pas stricto sensu d'atteinte corporelle figurant dans la liste exhaustive de l'article 6 alinéa 2 LAA. Les lésions présentes ne figurent pas dans la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA et par ailleurs, elles sont de nature dégénérative et préexistantes à l'événement du 13.11.2017, annoncé plus de 6 mois après et suite à la consultation du Dr Q.\_\_\_\_\_ qui, a, lui, retenu qu'il s'agissait d'une atteinte traumatique. Il n'appartient pas au médecin d'arrondissement de se prononcer sur ce point. »

Par décision du 6 février 2019, la CNA a refusé d'allouer les prestations d'assurance sollicitées, considérant qu'au vu des faits décrits

et des documents médicaux, les troubles n'étaient liés ni à un accident ni à une lésion assimilée à un accident.

Le 8 mars 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de LOYCO SA, s'est opposé à la décision précitée. En substance, il a fait valoir qu'il avait bien été victime d'un accident le 13 novembre 2017. En outre, une valeur probante ne pouvait être reconnue à l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_. L'instruction menée par la CNA était lacunaire et il convenait de mettre en œuvre une expertise.

Aux termes d'une appréciation du 22 mars 2019, la Dre G.\_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit :

« En préambule, nous mentionnons qu'il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur le caractère accidentel de l'événement déclaré le 16.05.2018 et qui serait survenu le 13.11.2017. L'administration nous a demandé de nous prononcer s'il existait une lésion corporelle figurant dans la liste de l'article 6 alinéa 2 LAA. Sur la base des éléments à notre disposition pour [sic] avons retenu que l'assuré ne présentait pas de lésion corporelle entrant dans l'article 6 alinéa 2 LAA au motif qu'il a été constaté des tendinopathies multiples des tendons de la coiffe des rotateurs sans lésion transfixiante mais avec uniquement des petites déchirures partielles à caractère dégénératif.

Nous constatons également la présence de nombreux orthopédistes consultés, tout d'abord le Dr H.\_\_\_\_\_ qui a retenu en date du 18.01.2018 que l'assuré présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et préconisait un traitement conservateur sous la forme d'une physiothérapie et d'infiltration de l'épaule G.

Par ailleurs le 08.03.2018 le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que la mobilité est complète et que l'assuré n'a plus consulté depuis lors.

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_ il n'a plus revu l'assuré depuis décembre 2017. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, dans son rapport de consultation du 28.05.2018, retenait également que la lésion du sus-épineux n'était pas transfixiante avec une suspicion de lésion de type SLAP et une suspicion de lésion du sous-scapulaire à opérer si la gêne du patient le justifiait et il proposait une arthroscopie de l'épaule G avec réparation de la lésion de type SLAP, réparation de la coiffe et injection de cellules souches. L'assuré a finalement été opéré le 28.08.2018 par le Dr J.\_\_\_\_\_ (4<sup>ème</sup> orthopédiste consulté) pour une réparation de la coiffe au niveau du tendon du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, synovectomie partielle sous-coracoïdienne, débridement du supra-épineux, décompression sous-acromiale et acromioplastie par arthroscopie.

Une telle intervention est en lien avec des lésions dégénératives et non en lien avec une lésion traumatique ou une lésion transfixiante. D'ailleurs dans son protocole opératoire, le Dr J.\_\_\_\_\_ retient une chondropathie diffuse au niveau de la glène stade I à II avec des dépôts de calcification versus un status post-infiltration corticoïde, une lésion du tiers supérieur type décollement, une ténosynovite, une lésion partielle stade I selon Elmann du côté articulaire et des tendons de l'infra-épineux et du petit rond qui sont intacts. Il constate également une bursite chronique importante avec signe d'un léger conflit sous-acromial. De telles lésions décrites évoquent des lésions également de nature dégénérative.

Nous avons donc pris connaissance des griefs de Loyco SA, qui n'apportent pas d'éléments médicaux supplémentaires et n'expliquent pas en quoi, l'assuré présente une lésion corporelle figurant dans la liste de l'article 6 alinéa 2 LAA.

Nous constatons que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait retenu comme diagnostic une tendinopathie de la coiffe des rotateurs qui ne figure pas dans l'article 6 alinéa 2 LAA et que lors de sa dernière consultation du 08.03.2018, l'assuré n'avait quasi plus de douleurs et la mobilité était décrite comme complète. A noter que le Dr D.\_\_\_\_\_, qui lui retenait une rupture complète et transfixiante du tendon du sus-épineux de l'épaule G avec une rupture incomplète, éventuellement partielle, du tendon du sous-épineux de l'épaule G, avait demandé une IRM qui a été effectuée le 11.01.2018 qui n'a pas permis de confirmer les lésions suspectées tout comme l'arthro-IRM de l'épaule G du 22.05.2018. D'ailleurs l'assuré n'a plus consulté le Dr D.\_\_\_\_\_ après la consultation de décembre 2017.

Nous avons donc repris l'ensemble des éléments médicaux et sur la base de ceux-ci, nous retenons effectivement que l'assuré ne présente pas de lésion corporelle figurant dans l'article 6 alinéa 2 LAA à savoir que l'assuré n'a pas présenté de fracture, de déboitement d'articulation, de déchirure du ménisque, de déchirure de muscles, d'élongation de muscles ou de déchirure du tendon ni de lésion de ligament et encore moins d'une [sic] lésion du tympan. Par conséquent, les arguments de Loyco SA ne sont pas susceptibles de modifier notre appréciation du 30.01.2019 dont les conclusions restent parfaitement valables. »

Le 3 avril 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_ a expliqué que, lors de sa consultation du 20 novembre 2017, l'assuré avait présenté de fortes douleurs à l'épaule gauche ensuite de l'accident du 13 novembre 2017, lors duquel il avait dû retenir le panneau de 80 kg. L'intéressé ne pouvait pas faire d'abduction au-delà de 45°. En raison de cet accident, une incapacité de travail avait été attestée à partir du 20 novembre 2017, l'assuré n'étant plus apte à utiliser son membre supérieur gauche.

Le 15 avril 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le

13 novembre 2017, l'assuré allait livrer un panneau chez un client, lorsque celui-ci avait glissé des mains de la personne qui l'aidait. Ce médecin a posé le diagnostic de lésions à l'épaule gauche. Il a ajouté que l'intéressé avait consulté rapidement (une semaine après l'accident) et le médecin traitant avait constaté des limitations fonctionnelles ainsi que des douleurs. Il avait par ailleurs immédiatement attesté un arrêt de travail. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, un refus de prise en charge du cas par la CNA n'était pas admissible.

Par décision sur opposition du 14 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition. En substance, elle a retenu que les conditions de l'existence d'un accident au sens légal n'étaient pas réalisées. En outre, les lésions de l'assuré étaient de nature dégénérative, de sorte qu'elles étaient dues de manière prépondérante à l'usure. Les reproches exprimés ne remettaient pas en cause les conclusions de la Dre G.\_\_\_\_\_ dans la mesure où ils portaient sur des détails de son appréciation. Elle a enfin rappelé qu'une lésion du tendon, comme une lésion SLAP, ne constituait pas une déchirure du tendon pouvant constituer une lésion corporelle assimilée à un accident.

**B.** Par acte du 15 août 2019, C.\_\_\_\_\_, toujours représenté par LOYCO SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à sa réforme, principalement, en ce sens que l'intimée est tenu de verser des prestations pour les suites de l'accident du 13 novembre 2017 et, subsidiairement, en ce sens que l'intimée est tenue de verser des prestations pour la lésion corporelle subie le 13 novembre 2017. En substance, il a fait valoir que les documents au dossier, en particulier le questionnaire du 29 juin 2018, amenaient à considérer que l'événement du 13 novembre 2017 était effectivement un accident au sens légal. En outre, il a expliqué qu'il présentait une lésion corporelle assimilée consistant en des déchirures de tendons, lesquelles étaient en tout cas partiellement provoquées par l'accident du 13 novembre 2017. Dans ce cadre, il remettait en cause la teneur de l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2019. Enfin, les

liens de causalité naturelle et adéquate pour les suites dudit événement devaient être admis. Avec son recours, l'intéressé a notamment produit un rapport de son assureur-maladie. Il en ressortait que lors d'un entretien d'assessment du 31 janvier 2019, le recourant avait indiqué à un collaborateur de l'assureur-maladie qu'il avait eu un accident sur sa place de travail en voulant retenir un panneau très lourd qu'il portait avec une autre personne et que cette dernière avait laissé tomber.

L'intimée a répondu le 20 novembre 2019 et conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que les conditions de la notion juridique d'accident n'étaient pas réalisées, estimant qu'il convenait principalement de se référer au rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 21 décembre 2017. En outre, la teneur de la déclaration de sinistre du 16 mai 2018, rédigée par le mandataire du recourant, ne laissait pas apparaître de mouvements réflexes non coordonnés. Elle a ensuite admis que les lésions des tendons supra-épineux et sous-scapulaire constituaient des déchirures des tendons, soit des lésions corporelles assimilées au sens de la loi. Ces lésions étaient cependant dues de manière prépondérante à la maladie ou à l'usure, ainsi que l'avait indiqué la Dre G. \_\_\_\_\_, ce qui était confirmé dans une appréciation du 14 octobre 2019 - produite à l'appui de la réponse -, par laquelle la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie au Centre de compétence de médecine des assurances pour l'intimée, a apprécié la situation du recourant comme suit (*sic*) :

« [...] »

### **Appréciation**

Monsieur C. \_\_\_\_\_ a subi un événement le 13 novembre 2017 ayant impliqué son bras/épaule gauche.

Lors de l'iconographie réalisée en janvier 2018 et mai 2018, il est mis en évidence une atteinte de la coiffe des rotateurs à gauche, motivant une intervention chirurgicale le 28 août 2018.

Il nous est demandé si les rapports médicaux établis les 3 avril et 15 avril 2019 respectivement par les Docteurs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ sont de nature à modifier la position de la Suva et si Monsieur C. \_\_\_\_\_ présente, à son épaule gauche, une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

Arrêtons-nous d'abord sur l'événement en lui-même qui est décrit de diverses manières :

- Dans un rapport du [...] il est mentionné « Concernant son épisode actuel, l'assuré explique avoir eu un accident sur sa place de travail en voulant retenir un panneau très lourd qu'il portait avec une autre personne et que cette dernière avait laissé tomber. D'emblée, il a ressenti des douleurs à son épaule gauche, mais a continué à travailler durant plusieurs jours et ce, jusqu'au 19 novembre 2017 »
- Dans la déclaration de sinistre remplie le 16 mai 2018 : « l'assuré venait livrer une porte chez le client. Il tenait la porte avec l'aide du client lorsque la porte s'est décalée et tout le poids s'est mis sur son bras gauche. En voulant la stabiliser et il s'est blessé à l'épaule gauche ».
- Dans la lettre de sortie de l'Hôpital [...] et dans le rapport de consultation du Docteur J. \_\_\_\_\_ établi le 6 août 2018 : « se plaint de douleurs au niveau de l'épaule gauche suite à un faux mouvement/traumatisme le 13 novembre 2017. Selon le patient, il y avait un panneau qui était en train de tomber qu'il a rattrapé avec la main gauche. Il a noté des douleurs et une limitation de la mobilité mais sans période de pseudo-parésie ».

Dans ce dédale de description, il est difficile de faire la part des choses. Est-ce que la porte manquait de tomber ? Est-ce qu'il y a eu contusion, traction ?

Fondamentalement, il a été démontré que seulement sous des charges de traction une rupture tendineuse accidentelle peut se produire. Exceptionnellement des contractions musculaires extrêmes peuvent être aussi à l'origine d'une rupture tendineuse pour autant qu'au moins 50% du tendon présente des modifications dégénératives.

Les mécanismes appropriés qui mettent à contribution une coiffe des rotateurs sous traction sont les luxations antéro-inférieures de l'épaule, de même que pour le tendon du muscle supra-épineux la chute sur le bras en arrière et en extension. En revanche, la chute directe sur l'épaule ou un impact sur un bord acéré ne peuvent pas léser la coiffe des rotateurs.

Dans l'article de Läderman & al publié en avril 2019 dans le Swiss Medical Forum, le groupe d'experts retient comme actions vulnérantes : mouvement passif violent du bras en arrière et en dedans, ou du bras stabilisé musculairement, en se retenant par exemple pour éviter une chute d'échafaudage ou dans les escaliers ; luxation gléno-humérale : entre 40 et 55 ans, la prévalence des lésions transfixiantes de la coiffe est de 41%, elle s'élève à 71% entre 56 ans et 70 ans ; rester subitement le bras suspendu supportant tout le poids du corps ; traction passive et violente en adduction, antépulsion ou abduction, par exemple lors d'un mécanisme de bras arraché, en se retenant les bras écartés ; impact axial lors d'une réception sur le coude ou la main.

Nous peinons à classer le mécanisme accidentel subi par Monsieur C. \_\_\_\_\_ dans l'une des catégories précitées, Monsieur C. \_\_\_\_\_ n'est ni tombé sur le bras en arrière et en extension, ni n'a subi une luxation antéro-inférieure de l'épaule.

Monsieur C. \_\_\_\_\_ a poursuivi son travail de chauffeur de poids lourds jusqu'au 20 novembre 2017, date de la première consultation médicale.

En prenant connaissance du rapport médical initial LAA rempli par le Docteur N. \_\_\_\_\_, nous sommes fort surpris, ce dernier évoque un arrêt de travail déjà depuis le 13 novembre 2017, alors que l'arrêt de travail est attesté depuis le 20 novembre 2017 sur un autre certificat.

Il est également regrettable que la rubrique « Premiers soins » et « Constatations objectives » ne soient pas remplies, ou pas correctement.

En effet sous la rubrique « constatations objectives » le diagnostic ou les résultats de l'IRM réalisée sont simplement retranscrits, ce qui ne nous renseigne en rien quant aux amplitudes articulaires ou autres.

En revanche sur le questionnaire complété le 3 avril 2019 - à 18 mois, il apparaît « Il ne pouvait pas faire d'abduction au-delà de 45° ».

Le Docteur J. \_\_\_\_\_, lui-même note dans son rapport médical établi le 6 août 2018, sous la rubrique anamnèse « Il a noté des douleurs et une limitation de la mobilité mais sans période de pseudo-parésie ».

Les autres intervenants comme le Docteur D. \_\_\_\_\_ en décembre 2017 et le Docteur H. \_\_\_\_\_ en janvier 2018, constatent respectivement « La mobilité active et passive est préservée » et « coiffe tenu amplitudes articulaires complètes ».

Selon Läderman & al dans leur article publié en avril 2019 dans le Swiss Medical Forum, il est établi que « L'atteinte immédiate de la mobilité active en élévation, en rotation externe ou le développement d'une épaule pseudoparalytique (perte de l'élévation antérieure active) due à une lésion de la coiffe des rotateurs est classiquement retrouvée après un accident », ce n'est pas le cas de Monsieur C. \_\_\_\_\_.

Pour rappel, Monsieur C. \_\_\_\_\_ présentait un autre problème médical - tendinitis stenosans de De Quervain, pour lequel il a consulté début novembre 2017 et s'est fait opérer début décembre 2017.

Nous rappellerons encore Monsieur C. \_\_\_\_\_ a subi une résection de la clavicule distale des deux côtés il y a une vingtaine d'années, reconnue comme une décompression sous-acromiale par le Docteur D. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport médical établi le 18 décembre 2017, toujours le Docteur D. \_\_\_\_\_ relate qu'après cette intervention la symptomatologie douloureuse s'était amendée.

Monsieur C. \_\_\_\_\_ a subi il y a quelques années une résection distale de la clavicule bilatérale après laquelle la symptomatologie douloureuse s'est amendée. Il est clair que cette intervention a été vraisemblablement motivée par la présence d'un conflit sous-acromial.

Rapidement, un conflit sous-acromial consiste en un rétrécissement de l'espace entre la tête humérale et l'articulation acromio-claviculaire. Ce rétrécissement est principalement dû aux

remaniements de l'articulation acromio-claviculaire voire d'un acromion proéminent ou encore la présence d'ostéophytes.

Schématiquement lors d'atteinte de la coiffe des rotateurs, nous pouvons apparenter le tendon de la coiffe à une courroie dans une poulie - espace décrit - qui s'use progressivement.

Lorsque cet espace est réduit, il y a donc usure du tendon.

Une fois l'espace agrandi - décompression sous-acromiale comme a subi Monsieur C. \_\_\_\_\_ - le tendon reste fragilisé, dans le sens où il ne se reconstitue pas, donc l'usure subsiste.

Qui dit état après un conflit sous-acromial traité, dit tendon du muscle supra-épineux fragilisé.

Il faut encore se souvenir que selon la littérature, à partir de 50 ans la présence de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont plutôt fréquentes, un taux de 20 % de lésions de la coiffe des rotateurs chez des personnes asymptomatiques entre 50 et 70 ans, et plus de 50% entre 70 et 80 ans, sont décrits dans différentes études.

Monsieur C. \_\_\_\_\_ a 60 ans.

L'IRM de janvier 2018, qui était une arthro-IRM puisqu'il a été effectué une arthrographie au préalable, ne met pas en évidence d'atteinte transfixiante de la coiffe des rotateurs, mais des petites atteintes partielles non transfixiantes du tendon du muscle supra-épineux, les autres tendons étant intacts, ou épaissi comme celui du muscle subscapulaire.

Quatre mois plus tard, l'arthro-IRM est répétée et confirme l'atteinte partielle et interstitielle du tendon du muscle supra-épineux, conjointement à une atteinte également partielle du tendon du muscle subscapulaire.

Lors de l'intervention du 28 août 2018, il est décrit une atteinte du tendon du muscle sous-scapulaire stade II selon Lafosse et du tendon du muscle supra-épineux stade I selon Elman (*recta* Ellman) ; Conflit sous-acromial ; Bursite sous-acromio-deltoïdienne importante ; Chondropathie diffuse de la glène stade I/II selon Outerbridge.

Les classifications selon Ellman stade I et Lafosse stade II utilisées correspondent à des atteintes partielles du tendon, à savoir et respectivement inférieur à 30% en épaisseur, et limitée au tiers supérieur du tendon. En aucun il est fait état d'une atteinte complète.

A la suite des résultats de l'arthro-IRM et des constatations peropératoires, il nous faut admettre que chez Monsieur C. \_\_\_\_\_, les atteintes du tendon du muscle supra-épineux et sous-scapulaire, même si partielles, sont des atteintes corporelles appartenant à la liste de l'art. 6 al. 2 LAA lettre f.

En revanche, chez Monsieur C. \_\_\_\_\_, il y a un état après résection de la clavicule distale des deux côtés sur probable conflit sous-acromial - comme nous le savons en présence d'un conflit sous-acromial, l'usure tendineuse qui s'ensuite subsiste même après traitement - décompression sous-acromiale ; il n'y a aucune impotence fonctionnelle immédiate/pseudo-paralyse documentée ;

le mécanisme accidentel est peu enclin à entrainer une atteinte tendineuse.

De plus, selon la description du Docteur J. \_\_\_\_\_ lors de son intervention chirurgicale, un conflit sous-acromial serait toujours présent.

Par conséquent, nous estimons que ces atteintes corporelles chez Monsieur C. \_\_\_\_\_ correspondant à la lettre f de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA ont pour origine principalement l'usure/maladie.

Il nous faut encore nous positionner quant aux deux documents médicaux établis le 3 avril 2019 et 15 avril 2019, respectivement par le Docteur N. \_\_\_\_\_ et le Docteur W. \_\_\_\_\_.

Le Docteur N. \_\_\_\_\_ répond aux questions de Loyco. Nous sommes un peu désabusés quand ce dernier atteste d'une « abduction limitée à 45° » [Figure 1] ou encore « il était plus apte à utiliser son membre supérieur gauche ». Dans le rapport médical initial LAA, qui est important, le Docteur N. \_\_\_\_\_ ne décrit aucune constatation clinique, sans oublier que nous savons que Monsieur C. \_\_\_\_\_ a continué de travailler pendant presque une semaine comme chauffeur poids lourds. Nous nous posons la question comment Monsieur C. \_\_\_\_\_ pouvait travailler avec une abduction limitée à 45°.

[...]

Dans ses réponses, le Docteur N. \_\_\_\_\_, n'apporte aucune argumentation.

Le rapport médical du Docteur W. \_\_\_\_\_ consiste en un résumé du dossier et en une prise de position plus que succincte « a consulté rapidement (1 semaine après l'accident) et le médecin traitant a constaté des limitations fonctionnelles importantes ainsi que des douleurs. Par ailleurs, il a de suite attesté un arrêt de travail », là aussi sans argumentation.

Nous ne voyons pas en quoi ces deux documents médicaux nous permettraient de nous écarter de nos conclusions précitées.

## **Conclusions**

Nous reconnaissons chez Monsieur C. \_\_\_\_\_ la présence d'atteintes corporelles appartenant à la liste de l'art. 6 al. 2 LAA - lettre f - atteintes du tendon des muscles supra-épineux et subscapulaire à gauche, bien qu'elles soient partielles.

Nous estimons qu'en suite de l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate, de la présence d'un état après conflit sous-acromial traité - tout en sachant que le tendon usé ne se reconstitue pas - et la description en peropératoire d'un conflit sous-acromial toujours présent, les atteintes tendineuses présentées par Monsieur C. \_\_\_\_\_ ayant motivé l'intervention du 28 août 2018 ont pour origine principalement l'usure ou la maladie. »

Avec sa réponse, l'intimée a également produit le dossier constitué par l'assureur-maladie, que ce dernier lui avait été adressé le 14 juin 2018. Ce dossier comprenait notamment un rapport du 4 mai 2018, dans lequel le Dr N.\_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de tendinite du sous-scapulaire gauche et de lésion du sous-épineux gauche existant depuis le 13 novembre 2017. La cause de l'incapacité de travail était la maladie, étant précisé qu'elle était sans facteur déclenchant et que les douleurs à l'épaule gauche survenaient après une quelconque sollicitation. Au constat clinique, le Dr N.\_\_\_\_\_ avait mentionné des rotations interne et externe de 90° et une abduction, comme une élévation, de 180°. Le dossier de l'assureur-maladie comportait également une demande de prestations du 18 avril 2018 adressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'intéressé y évoquant une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une bursite depuis le 16 novembre 2017. L'origine de l'atteinte était un accident et la maladie, étant ajouté qu'elle était intervenue à la suite d'un gros effort de l'épaule gauche.

Aux termes d'une réplique du 3 janvier 2020, le recourant, représenté par LOYCO SA, a confirmé sa position, ajoutant qu'une instruction complémentaire était nécessaire. Il a en outre estimé que l'appréciation de la Dre P.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2019 n'avait pas de valeur probante, se référant à cet égard à une appréciation du 5 décembre 2019 - produite en annexe à son écriture et rédigée sur le papier à en-tête de LOYCO SA -, par laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ a expliqué ce qui suit (*sic*) :

« [...]

Dans son évaluation du 14 octobre 2019, la Dre P.\_\_\_\_\_ se réfère à un article du Dr Alexandre Lädermann paru en avril 2019 qui rappelle notamment un certain nombre d'actions vulnérantes pouvant provoquer une lésion de la coiffe dont le « mouvement passif violent du bras en arrière et en dedans, ou du bras stabilisé musculairement », qui correspond donc au mouvement effectué par M. C.\_\_\_\_\_ lors de l'accident du 13 novembre 2017, susceptibles de causer des lésions aux épaules. Or, elle conclut ensuite qu'il lui semble difficile de classer le mécanisme accidentel subi par M. C.\_\_\_\_\_ dans une de ces catégories, ce qui est incohérent (elle ne retient de fait, finalement, dans la liste du Dr Alexandre Lädermann que deux mécanismes potentiels, sur les cinq que décrit celui-ci et cités par elle).

La Dresse P.\_\_\_\_\_ relève, toujours en se référant à la parution médicale précitée, que M. C.\_\_\_\_\_ n'aurait pas subi d'atteinte immédiate de la mobilité active en élévation, en rotation externe ou le développement d'une épaule pseudoparalytique (perte de l'élévation antérieure active) due à une lésion de la coiffe des rotateurs, alors que le Dr N.\_\_\_\_\_ constate le 20 novembre 2017 que son patient ne pouvait pas faire d'abduction au-delà de 45° (les autres amplitudes n'étant pas décrites une limitation de celles-ci ne pouvant être exclue), ce qui me semble représenter à l'évidence une limitation fonctionnelle majeure de l'élévation. En ce qui concerne la poursuite de son activité professionnelle – tant bien que mal – après l'accident, M. C.\_\_\_\_\_ d l'a expliquée de façon convaincante.

Un autre argument du médecin de la Suva consiste à spéculer sur d'éventuelles lésions préexistantes à l'accident du 13 novembre 2017, notamment en lien avec l'intervention chirurgicale subie une vingtaine d'années auparavant.

Tout d'abord, il aurait fallu clarifier ce qu'il s'est exactement passé à l'époque. Au vu des images radiologiques, il semblerait effectivement que le sujet ait subi une résection acromio-claviculaire, en tout cas au niveau de l'épaule **gauche**. Par contre, rien n'est acquis en ce qui concerne une éventuelle décompression sous-acromiale. La Dresse P.\_\_\_\_\_ mélange d'ailleurs à plusieurs reprises ces deux notions dans son rapport aux pages 9 et 10.

Il conviendrait d'obtenir les documents en lien avec cette intervention chirurgicale, ce d'autant plus qu'il est parfaitement erroné de prétendre qu'une possible résection sous-acromiale ne peut être motivée que par la présence d'un conflit sous-acromial et qu'une usure du tendon du sus-épineux est systématiquement présente. En effet, ce geste chirurgical peut tout à fait avoir été réalisé suite à une bursite ou à une tendinite chronique, lors de l'intervention pour l'articulation acromio-claviculaire. A l'époque, la résection sous-acromiale était d'ailleurs réalisée presque systématiquement lors de toute intervention chirurgicale de l'épaule. Il n'y a donc aucun élément plaidant pour la présence d'une déchirure, même partielle, du tendon du sus-épineux ou du sous-scapulaire avant l'accident du 13 novembre 2017.

Par ailleurs si on s'en réfère à l'étude du Dr Alexandre Lädermann que cite la Dresse P.\_\_\_\_\_, les lésions du tendon du sous-scapulaire isolées (comme constaté durant l'opération de M. C.\_\_\_\_\_) sont presque toujours des lésions post-traumatiques (*« les seuls critères significatifs pour un caractère traumatique sont... une atteinte du sous-scapulaire »*).

Je relèverai finalement que l'arthro-IRM du 12 janvier 2018, ne montre aucun facteur radiologique pouvant faire suspecter une lésion chronique de la coiffe, toujours selon les critères de l'étude Lädermann.

En conclusion, l'évaluation de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2019 ne modifie en rien ma précédente appréciation. »

Dans une duplique du 2 mars 2020, l'intimée a confirmé ses conclusions, se référant à une appréciation du 25 février 2020, par laquelle la Dre P.\_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit (*sic*) :

« [...] »

### **Appréciation**

Après un résumé de l'état de santé, le Docteur W.\_\_\_\_\_ prend position quant aux actions vulnérantes et décide que Monsieur C.\_\_\_\_\_ a subi un mouvement passif violent du bras en arrière et en dedans, ou du bras stabilisé musculairement en - « qui correspond donc au mouvement effectué par Monsieur C.\_\_\_\_\_d ».

Nous nous étonnons que le Docteur W.\_\_\_\_\_ puisse certifier que c'est ce mouvement de traction que Monsieur C.\_\_\_\_\_ a subi, alors que dans la documentation à disposition l'événement a été décrit de différentes manières. Pourquoi Monsieur C.\_\_\_\_\_ n'aurait pas subi un mouvement du bras en avant ?

De notre côté nous ne pouvons que retenir qu'il est tout au plus possible que Monsieur C.\_\_\_\_\_ ait subi une traction.

Le Docteur W.\_\_\_\_\_ poursuit avec la pseudo-paralysie.

A nouveau dans la documentation à disposition, nous n'avons aucun indice qui nous permette de certifier que Monsieur C.\_\_\_\_\_ a présenté une pseudo-paralysie :

- Pas de visite médicale immédiate - *pas de date sous la rubrique premiers soins dans le rapport médical initial pouvant infirmer ou confirmer ;*
- A continué à travailler comme chauffeur-livreur ; *en défaveur*
- Consultation en novembre 2017 en raison d'une tendinite stenosans de De Quervain avec opération début décembre 2017 ; *ne s'est pas rendu en consultation en raison de son épaule*
- Absence de constatations cliniques dans le rapport médical initial ;
- Que ce soit le Docteur D.\_\_\_\_\_ en décembre 2017 ; le Docteur H.\_\_\_\_\_ en janvier 2018 ou encore le Docteur J.\_\_\_\_\_, d'aucun ne mentionne la présence d'une pseudo-paralysie - respectivement, « La mobilité active et passive est préservée ; coiffe tenu amplitudes articulaires complètes et Il a noté des douleurs et une limitation de la mobilité mais sans période de pseudo-parésie ». Seul le Docteur N.\_\_\_\_\_ en avril 2019 alors que l'opposition court déjà, atteste d'une abduction seulement jusqu'à 45° ; *pas décrite dans le rapport médical initial*
- Incohérence quand au début de l'arrêt de travail - 20 novembre 2017 ou 13 novembre 2017 attestée en avril 2019 ;

Là, il en résulte qu'il est à peine possible que Monsieur C.\_\_\_\_\_ ait présenté une pseudo-paralysie immédiate.

Le Docteur W. \_\_\_\_\_ par la suite parle de spéculation sur d'éventuelles lésions préexistantes. Le fait est que Monsieur C. \_\_\_\_\_ a bien été opéré de l'épaule gauche précédemment et que radiologiquement il est objectivé un état après résection acromio-claviculaire à gauche et à droite.

Une résection acromio-claviculaire est motivée par des douleurs de cette articulation qui elles sont dues principalement par un remaniement arthrosique. Les douleurs générées sont initialement traitées conservativement, parfois au moyen d'infiltrations. En cas d'échec, une résection est préconisée.

Nous rejoignons le Docteur W. \_\_\_\_\_ qu'au vu du peu de documentation à disposition quant à la pathologie ayant entraîné la résection acromio-claviculaire, nous avons été un peu hâtif.

Nous relèverons que le Docteur W. \_\_\_\_\_ au début de sa prise de position sous la rubrique *Antécédents médicaux/Facteurs étrangers*, mentionne « Env. 1997 : acromioplastie des deux côtés ».

Toutefois, il est évident que l'événement survenu en novembre 2017 s'est déroulé sur un état préexistant, qu'elle qu'il soit, puisque l'épaule présentait un état après opération.

Le Docteur W. \_\_\_\_\_ enchaîne sur une atteinte isolée du tendon du muscle subscapulaire.

Nous ne pouvons le rejoindre. D'une part lors de l'intervention chirurgicale du 28 août 2018, il est décrit non seulement une atteinte du tendon du muscle subscapulaire, mais aussi du tendon du muscle supra-épineux, conjointement à un conflit sous-acromial et une chondropathie de la glène, donc pas d'atteinte isolée.

D'autre part, une atteinte isolée du tendon du muscle subscapulaire se rencontre principalement à la suite d'une luxation scapulo-humérale comme le décrit le Docteur Lädermann et effectivement elles sont d'origine traumatique.

Néanmoins Monsieur C. \_\_\_\_\_ n'a pas subi de luxation scapulo-humérale. Une luxation scapulo-humérale nécessite une consultation médicale immédiate afin de pouvoir réduire cette luxation.

La prise de position du Docteur W. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément qui remet en question les conclusions de l'appréciation médicale établie le 14 octobre 2019 par le Centre de compétences de médecin des assurances.

### **Conclusion**

La prise de position du Docteur W. \_\_\_\_\_ établie le 5 décembre 2019 n'apporte aucun élément qui nous permette de nous écarter des conclusions de l'appréciation médicale établie le 14 octobre 2019 par le Centre de compétences de médecine des assurances. »

Le 18 mars 2020, le recourant, par l'intermédiaire de LOYCO SA, a maintenu sa position. Il a contesté la teneur de l'appréciation du 25 février 2020 de la Dre P. \_\_\_\_\_, reprochant en outre à l'intimée d'avoir laissé subsister des incertitudes en violation de son devoir d'instruction.

## **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, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b 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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant au versement de prestations de l'assureur-accidents en raison de ses atteintes à l'épaule gauche.

**3. a)** 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.

**b)** 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.

Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que 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. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, 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). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

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 alors qu'elle tente 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 : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924).

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 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

**4.** L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1<sup>er</sup> janvier 2017 applicable au cas d'espèce vu la date de l'accident en cause, prévoit désormais que l'assurance 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.

Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

**5.** Dans un arrêt TF 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (TF 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2, TF 8C\_22/2019 du

24 septembre 2019, destiné à publication [résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss]).

**6. a)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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 asséculo-logique. 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).

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 ; 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 p. 353 et les références ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** 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 avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, 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 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités).

**7.** En l'espèce, compte tenu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 5 *supra*), il convient dans un premier temps de déterminer si le recourant a été victime d'un accident le 13 novembre 2017.

**a)** Au vu des pièces au dossier, force est de constater que la description de l'événement n'a cessé d'évoluer au gré de la procédure.

**i)** Dans un premier temps, il n'est fait mention que d'un « faux mouvement » (cf. rapport du 21 décembre 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_) ou d'un gros effort de l'épaule de gauche (cf. demande de prestations à l'OAI du 18 avril 2018). Le Dr N.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs précisé le 4 mai 2018 que les diagnostics posés existaient depuis le 13 novembre 2017, la cause des atteintes étant la maladie, sans facteur déclenchant (cf. rapport du 4 mai 2018 produit avec la réponse). Les douleurs à l'épaule gauche survenaient en outre après une quelconque sollicitation.

**ii)** Dans un deuxième temps et ensuite de l'intervention de LOYCO SA, mandataire de l'intéressé, il a été indiqué que ce dernier livrait une porte chez un client. Il la portait avec l'aide de celui-ci lorsque la porte s'était décalée et que tout le poids s'était mis sur son bras gauche. En voulant la stabiliser, il s'était blessé à l'épaule gauche (cf. déclaration de sinistre du 16 mai 2018 signé par LOYCO SA).

**iii)** Dans un troisième et dernier temps - ensuite du courrier du 1<sup>er</sup> juin 2018 de l'intimée expliquant que, selon les documents en sa possession, il n'y avait pas eu d'accident au sens légal du terme -, la précision selon laquelle le panneau pesant environ 80 kg a été apportée. En outre, ledit panneau aurait glissé des mains de la personne qui aidait le recourant, ce dernier l'ayant alors retenu par réflexe pour ne pas l'abimer (cf. rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ des 14 juin 2018 et 3 avril 2019, questionnaire du 29 juin 2018, rapport des Drs J.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2018, entretien du 31 janvier 2019 avec un collaborateur de l'assureur-maladie, rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2019).

**b)** En application de la maxime de preuve relative aux déclarations initiales du recourant (cf. consid. 6b *supra*) et eu égard aux éléments susmentionnés dans un premier temps (cf. consid 7a/i *supra*) - soit avant l'intervention du mandataire de l'intéressé et de la prise de position de l'intimée du 1<sup>er</sup> juin 2018 quant à l'existence d'un accident -, il convient de retenir que le recourant n'a effectué qu'un faux mouvement en date du 13 novembre 2017, à l'exclusion de tout facteur déclenchant extérieur. A toutes fins utiles et contrairement à ce que soutient l'intéressé, il est précisé que les descriptions des faits contenues dans des rapports médicaux reposent notoirement sur des déclarations faites par le recourant aux médecins. Ces descriptions peuvent former un faisceau d'indices fort quant à la manière dont s'est déroulé l'événement incriminé. Il est en effet improbable que plusieurs médecins, à savoir les Drs D.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ *in casu*, aient décrit un déroulement contredisant les déclarations que l'intéressé leur avait faites (voir dans ce sens TF 8C\_530/2017 du 19 décembre 2017 consid. 4.4). Il est tout aussi improbable que les médecins aient décrit l'événement sans se fonder sur les déclarations propres du recourant.

Partant, à défaut de facteur extérieur déclenchant, aucun événement accidentel survenu en date du 13 novembre 2017 ne sera retenu au sens de l'art. 4 LPGA.

**c)** Quand bien même le recourant serait suivi dans ses dernières explications - soit ensuite du courrier de l'intimée du 1<sup>er</sup> juin 2018 -, la condition du facteur extérieur extraordinaire ferait de toute manière défaut.

**i)** Dans ce cadre, le recourant se réfère à un arrêt du Tribunal fédéral du 11 août 2015 (TF 8C\_194/2015). Cet arrêt concernait un assuré, poseur de sols, qui avait déplacé et appuyé contre une table un rouleau de moquette de 4,20 mètres de long et d'environ 100 kilos qui le gênait. Le rouleau avait alors glissé et, par réflexe, l'assuré s'était précipité pour le retenir et l'avait saisi par le bout de la main droite. L'objet tombait d'une hauteur de 1 mètre 50. Selon le Tribunal fédéral, le mouvement corporel

de l'assuré avait été interrompu par un phénomène non programmé, à savoir la chute du rouleau de moquette. Ce phénomène avait provoqué chez lui un mouvement brusque et incontrôlé au niveau du membre supérieur droit. Ce mouvement non coordonné avait présenté une certaine intensité, compte tenu de sa soudaineté et surtout du poids - notoirement élevé - d'un rouleau de moquette. Il en était résulté une sollicitation du corps bien plus importante que la normale, que l'on ne saurait considérer comme habituelle pour un poseur de sols. Les conditions d'un accident étaient donc réalisées.

Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a estimé que le cas d'espèce se distinguait de deux autres traités également par ses soins.

Dans un arrêt 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, il avait à se prononcer sur l'existence d'un facteur extraordinaire dans le cas d'un infirmier qui s'était fait mal au niveau des cervicales en se retournant brusquement pour tenter de retenir une patiente, laquelle s'était levée de sa chaise roulante. Le Tribunal fédéral a considéré que si la condition du facteur extérieur était réalisée au travers du mouvement de torsion brusque effectué par l'infirmier, ce mouvement ne revêtait pas un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident. La rotation effectuée dans la précipitation pour retenir une patiente n'était pas inhabituelle pour un infirmier et il n'apparaissait pas non plus que le mouvement non coordonné se soit déroulé de manière non programmée, en tant qu'un fait extérieur particulier serait venu interférer celui-ci (TF 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 5.2.2 et réf. citée).

Un arrêt 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010 concernait une aide-soignante qui s'était blessée à l'épaule en rattrapant une caisse de livres qui lui avait glissé des mains. Selon le Tribunal fédéral, le déroulement naturel du mouvement corporel n'avait pas été modifié par un phénomène non programmé. Rien n'indiquait non plus une sollicitation de l'organisme plus élevée que la normale. Enfin, le facteur extérieur n'était pas suffisamment inhabituel pour supprimer l'influence de l'élément

endogène, *in casu* une instabilité chronique de l'épaule (TF 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 5.2.2 et réf. citée).

**ii)** Le présent cas est à différencier de l'arrêt TF 8C\_194/2015 invoqué par le recourant, mais à rapprocher des arrêts TF 8C\_726/2009 et 8C\_1019/2009 précités. En effet, peu importe le comportement de la personne qui aidait l'intéressé à porter le panneau, il ressort des événements tels que décrits par celui-ci – même dans sa version la plus favorable au recourant – que le cas peut être comparé à celui de l'arrêt TF 8C\_1019/2009, dans lequel une aide-soignante s'était blessée à l'épaule en rattrapant une caisse de livres qui lui avait glissé des mains. En l'espèce, il est rappelé que l'intéressé est chauffeur livreur poids lourds dans une société fournissant des matériaux dans le domaine du bâtiment. Il est donc habitué au transport d'objets encombrants et lourds. Le 13 novembre 2017, le panneau aurait été déstabilisé alors que l'intéressé le portait, amenant celui-ci à le retenir. Rien n'indique que le déroulement naturel du mouvement corporel inhérent au transport de ce matériel aurait été modifié par un phénomène non programmé : le recourant a simplement retenu le panneau. Il ne fait pas mention d'un mouvement particulier qui ne serait pas naturel tel que se baisser, se tordre, s'allonger, subir une traction, etc. Malgré le poids du panneau, rien n'indique non plus qu'il ait dû user d'une force particulière, sortant du cadre usuel du transport de tels panneaux. Le facteur extérieur n'est en effet pas suffisamment inhabituel pour supprimer l'influence de l'élément endogène, soit l'instabilité chronique de l'épaule gauche. L'intéressé a lui-même précisé que l'activité qu'il avait déployée le 13 novembre 2017 était pour lui une activité habituelle (cf. questionnaire du 29 juin 2018). Dès lors, retenir un panneau qui est en train de glisser – durant son transport – ne saurait être considéré comme sortant du cadre usuel de son activité

**d)** Partant, force est de constater que les conditions à la reconnaissance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont *in casu* par réalisées, de sorte qu'il est constaté que le recourant échoue à prouver, au

stade de la vraisemblance prépondérante, avoir été victime d'un accident le 13 novembre 2017.

**8.** Au vu de ce qui précède, il y a lieu dans un second temps de déterminer si le recourant peut néanmoins prétendre à des prestations de l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 et 5 *supra*).

**a)** D'emblée, il est constaté qu'une lésion d'un tendon, même partielle comme dans le cas de l'intéressé, entre dans la définition d'une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let f LAA (TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 5.2.1, 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1).

**b)** Se pose ainsi la question de savoir si l'intimée a prouvé que cette atteinte à la santé du recourant était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (cf. consid. 4 *supra*), ce que l'intéressé conteste.

A cet égard, les Dres G.\_\_\_\_\_ (cf. appréciations des 30 janvier et 22 mars 2019) et P.\_\_\_\_\_ (cf. appréciations des 14 octobre 2019 et 25 février 2020), ont considéré que les atteintes à la santé étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou la maladie. Le recourant conteste la valeur probante de ces rapports.

Or, la Dre P.\_\_\_\_\_ a répondu de manière plausible aux questions qui se posaient. Dans son appréciation du 14 octobre 2019, elle a constaté la présence d'atteintes partielles du tendon du muscle supra-épineux et sous-scapulaire. Elle a cependant relevé que, chez le recourant, il y avait un état après résection de la clavicule distale des deux côtés sur probable conflit sous-acromial, étant précisé qu'en présence d'un tel conflit, l'usure tendineuse qui s'ensuit persistait même après traitement. Il n'y avait aucune impotence fonctionnelle immédiate/pseudo-paralysie documentée et le mécanisme accidentel était peu enclin à entraîner une atteinte tendineuse. De plus, selon la description du Dr J.\_\_\_\_\_ lors de son intervention chirurgicale, un conflit sous-acromial serait toujours

présent. Ces éléments plaidaient pour une origine principalement d'usure ou de maladie. Elle a estimé que le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 3 avril 2019 ne remettait pas cette conclusion en cause. Elle s'étonnait de l'attestation qui y figurait d'une « abduction limitée à 45 % » ou encore du fait que l'intéressé n'« était plus apte à utiliser son membre supérieur gauche ». Sur ce point, elle regrettait que le Dr N. \_\_\_\_\_ n'ait décrit aucune constatation clinique dans le rapport du 14 juin 2018. Elle relevait néanmoins que le recourant avait continué à travailler pendant presque une semaine comme chauffeur poids lourds ensuite de l'événement du 13 novembre 2017. Or, une abduction limitée à 45° paraissait empêcher une telle activité.

Sur ce dernier point, il convient de relever qu'au vu de l'historique des pièces médicales figurant dans son rapport et de ce qui précède, la Dre P. \_\_\_\_\_ n'a manifestement pas eu connaissance du rapport du 4 mai 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_, lequel a été produit dans le cadre du dossier de l'assureur-maladie par l'intimée avec sa réponse du 20 novembre 2019. Il est précisé que ce dossier maladie avait été adressé à l'intimée le 14 juin 2018 mais n'a pas été versé au dossier constitué ensuite de la déclaration de sinistre. Cela étant, le rapport du 4 mai 2018 n'a ainsi vraisemblablement pas été soumis à la Dre P. \_\_\_\_\_. Or, il ressort de ce rapport, outre le fait que le Dr N. \_\_\_\_\_ avait indiqué que la cause de l'incapacité de travail était la maladie sans facteur déclenchant, que ce médecin avait relevé qu'au constat clinique, les rotations interne et externe était de 90° et l'abduction et l'élévation étaient de 180°. Il apparaît ainsi que l'événement du 13 novembre 2017 n'avait pas entraîné les limitations évoquées par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 avril 2019 et que dites limitations seraient apparues par la suite, sans lien avec l'événement. Ce qui précède tend ainsi à confirmer l'appréciation de la Dre P. \_\_\_\_\_.

Au surplus, cette dernière a estimé que le rapport du 15 avril 2019 du Dr W. \_\_\_\_\_ ne remettait pas en cause ses conclusions, ce médecin se contentant d'émettre un avis personnel sans réel

argumentation basée sur des éléments objectifs ignorés (cf. appréciation du 14 octobre 2019).

Ensuite de cette appréciation, le Dr W.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport du 5 décembre 2019. En substance, il y fait grief à la Dre P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir reconnu que le mouvement du recourant de rattrapage du panneau le 13 novembre 2017 correspondait à un « mouvement passif violent du bras en arrière et en dedans, ou du bras stabilisé musculairement », susceptible de provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs. Egalement, il reprochait à la Dre P.\_\_\_\_\_ d'avoir considéré que l'intéressé n'aurait pas subi d'atteinte immédiate de la mobilité active en élévation ou en rotation externe ni développé une épaule pseudoparalytique, alors qu'il avait constaté le 20 novembre 2017 l'impossibilité d'une abduction au-delà de 45°. Il a ensuite estimé que la Dre P.\_\_\_\_\_ avait spéculé quant aux éventuelles lésions préexistantes à l'événement du 13 novembre 2017 et qu'il n'y avait aucun élément plaidant pour la présence d'une déchirure, même partielle, du tendon du sus-épineux ou du sous-scapulaire avant ledit événement. Enfin, il a relevé que, selon la littérature médicale, des lésions du tendon du sous-scapulaire isolées étaient presque toujours des lésions post-traumatiques.

La Dre P.\_\_\_\_\_ a répondu au Dr W.\_\_\_\_\_ dans une nouvelle appréciation du 25 février 2020. Elle y a estimé qu'il n'était pas possible de retenir que le recourant avait subi le 13 novembre 2017 un mouvement passif violent du bras en arrière et en dedans, ou du bras stabilisé musculairement, les documents au dossier décrivant l'événement de différentes manières. Sur ce point, l'on ne peut que se joindre à l'avis de la Dre P.\_\_\_\_\_ (cf. consid 7a *supra*), de sorte que le recourant échoue à prouver, au stade de la vraisemblance prépondérante, avoir subi les mouvements allégués. Ensuite, la Dre P.\_\_\_\_\_ a évoqué plusieurs éléments plaidant contre l'apparition d'une pseudo-paralyse. A ce sujet, on rappellera que le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionnait avoir constaté cliniquement une abduction de 180° dans son rapport du 4 mai 2018, ce dont n'a pas eu connaissance la Dre P.\_\_\_\_\_. Dès lors, il ne saurait être retenu que l'abduction était limitée à 45° le 20 novembre 2017 comme l'a avancé le

Dr W.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la Dre P.\_\_\_\_\_ a reconnu qu'au vu du peu de documentation à disposition quant à la pathologie ayant entraîné la résection acromio-claviculaire, elle avait été un peu hâtive. Toutefois, il était constant qu'avant l'événement du 13 novembre 2017, le recourant avait été opéré de l'épaule gauche et que radiologiquement il était objectivé un état après-résection acromio-claviculaire à gauche et à droite, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionnant d'ailleurs une acromioplastie des deux côtés en 1998. Une telle résection est motivée par des douleurs qui sont dues principalement par un remaniement arthrosique. Compte tenu de ce qui précède, il était évident que l'événement survenu le 13 novembre 2017 s'était déroulé sur un état préexistant, quel qu'il soit, puisque l'épaule présentait un état après opération. Enfin, la théorie médicale invoquée par le Dr W.\_\_\_\_\_ quant à une atteinte isolée du muscle subscapulaire ne trouvait pas application dans le cas du recourant pour deux raisons. Premièrement, l'intéressé ne présentait pas cette atteinte de manière isolée comme exigée par la littérature médicale, mais souffrait également d'une atteinte du tendon du muscle supra-épineux, conjointement à un conflit sous-acromial et une chondropathie de la glène. Secondement, une telle atteinte isolée du tendon du muscle subscapulaire se rencontrait principalement à la suite d'une luxation scapulo-humérale, comme décrit dans la même théorie médicale. Or, le recourant n'avait pas subi une telle luxation. La Dre P.\_\_\_\_\_ a dès lors confirmé ses conclusions.

**c)** Partant, force est de retenir que la lecture des appréciations des 14 octobre 2019 et 25 février 2020 de la Dre P.\_\_\_\_\_ permet de constater que les points litigieux essentiels ont été étudiés, que si lesdits rapports ne reposent pas sur un examen clinique, pourtant exigible en l'occurrence eu égard à l'obligation d'instruire incombant à l'intimée au stade de la procédure administrative, ils se fondent sur les pièces au dossier, qu'ils ont été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont motivées (cf. consid. 6a *supra*). Par conséquent, une pleine valeur probante peut leur être reconnue, l'intéressé n'amenant aucun élément objectif susceptible de jeter le doute sur les conclusions de la Dre P.\_\_\_\_\_.

L'intimée était donc légitimée à retenir que les déchirures des tendons du recourant étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

**d)** En définitive, en l'absence également d'un accident au sens légal survenu le 13 novembre 2017 (cf. consid. 7 *supra*), l'intimée n'avait effectivement pas à prester en faveur de l'intéressé.

**9.** Le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir instruit son dossier avec la diligence requise. Or, dès réception de la déclaration d'accident, elle a requis sans discontinuer les pièces médicales nécessaires et l'intéressé n'indique pas qu'il en manquerait. S'agissant du mécanisme de l'événement du 13 novembre 2017, une instruction complémentaire n'aurait pas amené d'éléments déterminants ; le recourant confirmerait ses dernières déclarations et un rapport supplémentaire du Dr N. \_\_\_\_\_ aurait été inutile au vu du contenu celui du 4 mai 2018. L'audition du témoin annoncé dans le cadre de la déclaration pouvait être écartée à réception des pièces de l'assureur-maladie adressées à l'intimée par courrier du 14 juin 2018, dans les suites immédiates de la demande en ce sens de cette dernière du 22 mai 2018.

En conséquence, les requêtes d'auditions du recourant, d'un témoin (cf. recours du 15 août 2019) et du Dr N. \_\_\_\_\_, ainsi que celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale (cf. réplique du 3 janvier 2020) doivent être rejetées. En effet, les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et les auditions et expertise requises ne permettraient pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

**10. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée 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 14 juin 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 :

Le greffier :

**Du**

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

- LOYCO SA (pour le recourant),
- 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).

Le greffier :