

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Férolles et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyat, avocat à Lausanne,

et

U. _____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, travaille comme directeur auprès de l'entreprise F._____Sàrl à [...]. A ce titre, il est obligatoirement assuré auprès d'U._____SA pour les accidents professionnels et non professionnels.

Le 28 janvier 2019, alors qu'il portait un carton de bouteilles avec le bras droit, l'assuré a ouvert une porte avec la main gauche avant de glisser sur le sol mouillé et de dévaler trois à quatre marches pour finalement chuter sur le côté droit (dos, coude et épaule droite). Il a également tenté de se retenir en s'appuyant au sol avec la main gauche.

A la suite de cet accident, l'assuré a consulté son médecin-traitant, le Dr U._____, puis le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 28 janvier 2019.

L'arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite réalisée le 20 février 2019 indiquait ce qui suit :

« Arthro-IRM de l'épaule droite démontrant un amincissement marqué du tendon du muscle supra-épineux qui présente une déchirure au niveau de son tiers moyen au niveau de sa face profonde présentant une composante interstitielle. Cette déchirure n'est pas de grande taille mais compte tenu de l'amincissement marqué du tendon elle intéresse au moins 30% de l'épaisseur tendineuse. Pas de déchirure du tendon du muscle infra-épineux. Tendinopathie du long chef bicipital tant au niveau de son trajet horizontal que vertical. Désinsertion des fibres les plus craniales du tendon du muscle sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef bicipital. Remaniement d'allure séquellaire du labrum antérieur et du rebord glénoïdien avec possible ancienne fracture de ce dernier. Il existe également plusieurs ulcérations profondes de la surface cartilagineuse du rebord glénoïdien tant sur son versant antérieur que postérieur. Pas d'amincissement significatif de la surface cartilagineuse de la tête humérale. Bursite sous-acromio-deltoïdienne d'importance modérée. Pas de poussée congestive de l'arthropathie acromio-claviculaire. Bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs. »

Dans ses rapports des 5 avril, 17 mai et 21 juin 2019, le Dr R._____ a retenu une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec une luxation du long chef du biceps de l'épaule droite de l'assuré, lésion pour laquelle une indication chirurgicale par arthroscopie était prévue.

Sur demande d'U._____SA, son médecin-conseil, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à une expertise le 30 juillet 2019 et a rendu son rapport le 9 décembre 2019 après qu'un bilan complémentaire sous la forme d'une IRM des deux épaules eut été réalisé le 21 août 2019. Il a retenu les diagnostics orthopédiques, en lien avec l'épaule droite de l'assuré, de probable contusion bénigne de cette épaule, de status cinq ans après un traitement chirurgical d'une instabilité multidirectionnelle, de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps (LCB) ainsi que d'arthropathie dégénérative débutante gléno-humérale droite. Le médecin-conseil a notamment apprécié la situation comme suit :

« [...] En d'autres termes, l'épaule droite de Mr X._____ présentait, au moment de son récent traumatisme (celui du 28 janvier 2019), un important état antérieur pathologique. Etat très vraisemblablement à mettre sur le compte d'anciens épisodes d'instabilité (luxations), qui ont déchiré, puis usé, le bourrelet de manière assez spectaculaire (lésion quasi-circonférentielle).

Cette usure du bourrelet fut probablement le point de départ d'une arthropathie dégénérative gléno-humérale. A moins que cette dernière ne se soit développée par la suite à cause d'une instabilité résiduelle (sub-clinique, en l'absence d'une anamnèse de luxation (s) nouvelle(s)).

Ceci rendrait compte d'une biomécanique gléno-humérale chroniquement sub-optimale, et par là-même expliquer la poursuite de l'usure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et LCB en particulier), obligée de travailler en sur-régime.

La notion d'une surcharge « naturelle » de la coiffe des rotateurs, fréquente dans une large partie de la population (ayant l'âge de l'assuré), semble se confirmer chez cet assuré, bien que son importance paraît (sic) relativement mineure (cf. faibles signes y relatifs sur l'épaule controlatérale).

Enfin, les plaintes actuelles, ainsi que les limitations fonctionnelles constatées, peuvent parfaitement corroborer les troubles objectivés sur les examens radiologiques, ceux directement en lien avec les anciennes luxations (arthrose), éventuellement par les lésions indirectes (tendinopathies).

En définitive, l'événement du 28 janvier 2019, responsable d'une contusion bénigne de l'épaule droite, a surtout permis de révéler un état pathologique préexistant.

Une contusion de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, au maximum auprès 4-6-semaines. Une extension de ce délai, sur 4-6-semaines de plus, peut théoriquement être admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, et partant d'une fragilité tissulaire accrue, qui est susceptible de ralentir la récupération fonctionnelle.

Dans le cas présent, je n'ai pas d'argument probant (lésion structurelle aiguë, émanant de l'événement qui nous concerne, et à responsabilité durable) pour prolonger encore ce délai.

[...]

REPONSE AUX QUESTIONS

[...]

5. Etat antérieur ? :

Séquelles d'une instabilité multi-directionnelle de l'épaule droite, avec lésion étendue du bourrelet, omarthrose, et tendinopathie par surmenage de la coiffe des rotateurs (et du LCB).

Possible/probable composante de tendinopathie chronique (predisposition), entité également présente à l'épaule controlatérale.

6. Lien de causalité naturelle... vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible... maladie, état préexistant... status quo sine/ante ? :

Une relation de causalité naturelle partielle entre, l'événement du 28 janvier 2019 et, les plaintes/troubles objectivés (sic) à l'épaule droite de Mr X._____, est hautement, voire très hautement, improbable.

L'événement du 28 janvier 2019 aurait été responsable d'une contusion de l'épaule droite. Il a surtout permis de révéler un état pathologique préexistant évolué.

Pour la seule contusion, bénigne, de l'épaule droite, survenu le 28 janvier 2019, le délai de cessation de ses effets délétères, fut d'au maximum 3 mois. Au-delà, le cursus de l'épaule droite de Mr X._____ fut manifestement régi par l'état pathologique préexistant.

[...] »

Par décision du 10 février 2020, U._____SA a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 28 avril 2019, en raison de l'absence de tout lien de causalité entre l'accident et les troubles encore présents à cette date, tout en déclarant renoncer à exiger le remboursement des prestations versées jusqu'au 20 mai 2019.

Le 17 février 2020, l'assuré a contesté la décision précitée. Une opposition formelle, datée du 6 mars 2020, a été adressée à U._____SA, par laquelle l'assuré a contesté la rupture du lien de causalité entre l'accident survenu le 28 janvier 2019 et les troubles présents à son épaule droite. Il a complété son opposition le 21 avril 2020 en produisant notamment un rapport du 14 avril 2020 du Dr R._____ qui a suggéré que l'IRM du 21 août 2019 fût soumise à un expert radiologue, tout en précisant qu'une IRM simple n'était pas un examen susceptible de mettre correctement en avant les lésions sous-scapulaires, contrairement à une arthro-IRM. Selon lui, l'arthro-IRM, réalisée le 20 février 2019, montrait une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire, associée à une subluxation médiale du long chef du biceps. Ainsi les troubles actuels de son patient n'étaient pas de même nature que ceux qui avaient fait l'objet d'un traitement en 2014. L'assuré a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise radiologique afin d'effectuer une arthro-IRM et un nouvel examen de l'IRM du 21 août 2019, considérant que l'expertise du Dr G._____ n'était manifestement pas concluante, dès lors qu'elle n'était pas fondée sur les examens médicaux adéquats.

Le dossier de l'assuré auprès d'U._____SA a été complété par un rapport de consultation du 28 mai 2020 du Dr R._____, dans lequel celui-ci a signalé que son patient présentait des douleurs à l'épaule droite dans le cadre d'une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire associée à une subluxation médiale du long chef du biceps pour lesquelles il a demandé une nouvelle arthro-IRM afin de voir si cette lésion était toujours réparable. Le rapport y relatif du 12 juin 2020 a fait état d'un amincissement significatif du tendon du muscle supra-épineux avec la persistance d'une déchirure intéressant sa face articulaire et le passage de produit de contraste de situation interstitielle. Il était précisé que

compte tenu de la faible épaisseur du tendon, la déchirure était significative. Les autres constats étaient superposables à ceux de février 2020, notamment celui concernant la désinsertion haute du tendon du sous-scapulaire.

Par courriel du 17 juin 2020, l'assuré a informé U. _____ SA du fait qu'il allait subir une nouvelle opération de l'épaule droite, dès lors que les douleurs persistaient.

Dans un rapport daté du même jour, les Drs F. _____ et Z. _____, tous deux spécialistes en radiologie, ont procédé à une analyse comparative des CD des examens radiologiques de 2015 à août 2019. Ils sont parvenus à la conclusion suivante :

« L'analyse du dossier transmis confirme l'apparition d'une fine déchirure du tendon supra-épineux appuyée sur la surface articulaire mesurée à 8 x 3 x 3 mm sur l'arthro-IRM du 20 février 2019 ; le même examen illustre une zone d'opacification de la face articulaire du secteur supérieur du tendon subscapulaire entre deux faisceaux visible uniquement en position ABER, suggérant en première hypothèse une variante anatomique avec un diagnostic différentiel restant ouvert sur une déchirure focale non transfixiante ; la technique utilisée pour les IRM des 27 mars 2015 et 21 août 2019, en l'absence de distension articulaire et de position ABER ne permet pas de démontrer la préexistence ou l'évolution de cette particularité dont la nature reste incertaine. Un nouveau bilan en arthro-IRM avec une étude spécifique en position ABER permettrait d'un préciser l'évolution si jugé utile dans le contexte asséculoologique. »

Par courrier du 18 juin 2020, U. _____ SA a informé l'assuré que son dossier avait été transmis à son médecin-conseil et qu'un avis spécialisé d'un radiologue était requis compte tenu des remarques faites par le Dr R. _____.

Dans une appréciation médicale du 29 juin 2020, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'U. _____ SA, a retenu, au niveau du sus-épineux, une tendinopathie distale avec la mise en évidence d'un kyste au niveau du trochiter, siège de l'insertion du sus-épineux dès 2014.

Par décision sur opposition du 7 juillet 2020, U. _____ SA, se fondant sur l'avis du Dr J. _____, a rejeté l'opposition de l'assuré.

Cette décision a toutefois été annulée, notamment dans la mesure où les Drs F. _____ et Z. _____ n'avaient pas eu connaissance de l'arthro-IRM réalisée le 12 juin 2020 lors de leur appréciation du 17 juin 2020 des images radiologiques et où d'autres pièces médicales avaient été produites postérieurement à dite décision, soit un rapport du Dr R. _____ du 10 juillet 2020 accompagné d'un protocole opératoire du 7 juillet 2020 à la suite d'une réparation du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps, bursectomie, synovectomie partielle et acromioplastie.

Les Drs F. _____ et Z. _____ se sont prononcés sur ces diverses pièces médicales dans un rapport 2 septembre 2020 dont la conclusion était que la comparaison entre l'arthro-IRM réalisée le 12 juin 2020 et celle du 20 février 2019 ne démontrait aucune évolution de la zone opacifiée par le produit de contraste, son aspect évoquant toujours en première hypothèse une variante anatomique avec un diagnostic différentiel restant ouvert sur une déchirure focale non transfixiante. Il n'y avait notamment pas non plus d'évolution manifeste de la déchirure du tendon supra-épineux appuyée sur la face articulaire sans composante transfixiante.

Dans un rapport du 2 novembre 2020, le Dr R. _____ a conclu que son patient ne présentait pas une variante anatomique du tendon sous-scapulaire, mais une déchirure de la partie haute de ce tendon, tout en relevant qu'en présence d'une variante anatomique, celle-ci aurait dû se voir sur la première arthro-IRM du 26 juin 2014, ce qui n'était pas le cas.

Le recourant a ainsi conclu, dans un courrier du 26 novembre 2020 adressé à U. _____ SA, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le rapport du Dr R. _____ du 2 novembre 2020, ainsi que le rapport d'arthro-IRM du 26 juin 2014 auquel faisait référence ce médecin, ont été soumis aux Drs F. _____ et Z. _____. Dans leur rapport du 16 décembre 2020, les médecins précités ont confirmé l'absence de toute lésion à type de désinsertion des fibres supérieures du tendon du sous-scapulaire et précisé que la particularité décrite à la face articulaire de ce tendon proche de la jonction myotendineuse était déjà perceptible sur l'arthro-IRM réalisée en 2014 avant l'accident, ce qui renforçait l'hypothèse de sa nature anatomique.

Par courrier du 20 janvier 2021, l'assuré a déclaré maintenir sa requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise, dès lors que les divergences entre les différents spécialistes consultés persistaient, ainsi que ses objections.

Par décision sur opposition du 19 février 2021, U. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que le rapport d'expertise du Dr G. _____, confirmé par le Dr J. _____ puis par les Drs Z. _____ et F. _____, avait pleine valeur probante et pouvait être suivi, contrairement à l'avis du Dr R. _____, médecin-traitant, qui devait être écarté. Ainsi, il y avait lieu d'admettre que l'accident du 28 janvier 2019 était survenu sur un terrain dégénératif sans causer d'atteintes durables et qu'U. _____ SA était ainsi fondée à cesser la prise en charge des suites de l'accident au 27 avril 2019 concernant l'épaule droite du recourant. S'agissant du poignet gauche, U. _____ SA était disposée à se prononcer sur son devoir d'indemnisation si une rechute était annoncée, dans la mesure où la décision litigieuse ne se prononçait que par rapport à l'épaule droite.

B. Par acte du 19 mars 2021, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée devra reprendre, au-delà du 28 avril 2019, la prise en charge de l'accident du 28 janvier 2019 en ce qui concerne l'épaule droite, le dossier étant pour le surplus renvoyé à l'assureur pour la poursuite de l'instruction et, subsidiairement, à

l'annulation de la décision sur opposition du 19 février 2021, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait en substance valoir que les conclusions des Drs Z.____ et F.____, ainsi que du Dr G.____, sur lesquelles s'est fondé l'intimé pour cesser la prise en charge, au 28 avril 2019, des suites de l'accident du 28 janvier 2019 en ce qui concerne l'épaule droite, ne sauraient être suivies, dans la mesure où elles sont en contradiction avec celles du Dr R.____. Il requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par réponse du 21 avril 2021, l'intimée a considéré qu'il avait procédé à une instruction complète, en requérant l'avis de tous les médecins ayant eu à se pencher sur le cas du recourant. Selon lui, les appréciations des Drs G.____, J.____, F.____ et Z.____ étaient convaincantes et pouvaient être suivies, le recourant n'ayant pas produit de pièces médicales susceptibles de remettre en cause ces appréciations et de soutenir la thèse du Dr R.____.

Répliquant le 12 mai 2021, le recourant a précisé ne pas avoir d'observations complémentaires à formuler.

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 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 uniquement sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 avril 2019, en particulier sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les lésions à l'épaule droite encore présentes après cette date et l'événement survenu le 28 janvier 2019. Le recourant ne conteste en effet pas la décision sur opposition en ce qui concerne le poignet gauche, ni sous l'angle de la demande en réparation fondée sur l'art. 78 LPGA.

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.

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).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que

l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en

rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, 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.

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative introduite par la nouvelle du 25 septembre 2015 sur les lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a 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 et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 résumé dans la RSAS [revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle] 1/2020 p. 33ss ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

5. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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 assécurologique. 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. a) En l'occurrence, il ressort des éléments au dossier, en particulier de la déclaration d'accident du 31 janvier 2019 que, le 28 janvier 2019, l'assuré a glissé dans les escaliers avec un carton de bouteilles dans les bras. Un tel événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée ne semble pas nier. Dès lors, la question du versement de prestations doit être examinée à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 *supra*).

b) Estimant que le *statu quo sine* avait été rétabli le 28 avril 2019, l'intimée a considéré qu'il ne lui incombait pas de verser ses prestations au-delà de la date précitée.

Pour aboutir à cette conclusion, l'intimée s'est en particulier fondée sur le rapport du Dr G. _____ du 9 décembre 2019 faisant suite à

un examen clinique du 30 juillet 2019. Il ressort que pour établir son rapport, l'expert a sollicité du Dr R._____ le protocole opératoire de l'intervention du 28 octobre 2014 et a requis un bilan radiologique (IRM) complémentaire du 21 août 2019. L'expert a ainsi rappelé que le recourant présentait un état antérieur à l'événement en question, soit des séquelles d'une instabilité multi-directionnelle de l'épaule droite avec lésion étendue du bourrelet, omarthrose et tendinopathie par surmenage de la coiffe des rotateurs (et du long chef du biceps), ainsi qu'une possible/probable composante de tendinopathie chronique (predisposition) entité également présente à l'épaule controlatérale. Selon l'expert, l'événement du 28 janvier 2019 avait provoqué une contusion de l'épaule droite et surtout révélé un état pathologique préexistant évolué. L'expert a notamment constaté que d'anciens épisodes d'instabilité, soit des luxations avaient déchiré, puis usé le bourrelet de manière spectaculaire (lésion quasi-circonférentielle). Il s'est en particulier fondé sur l'arthro-IRM réalisée le 20 février 2019 pour affirmer que le tendon sous-scapulaire présentait une image superposable à celle des examens précédents et qu'il paraissait en continuité, relevant l'absence d'hyper-signal inflammatoire de ce tendon, élément rendant peu crédible l'hypothèse d'une lésion structurelle aiguë ou sub-aiguë.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, les examens radiologiques effectués par le recourant entre 2015 et 2019 ont été soumis aux Drs F._____ et Z._____, tous deux spécialistes en radiologie, pour comparaison et appréciation. Ceux-ci ont évoqué l'hypothèse d'une variante anatomique avec un diagnostic différentiel restant ouvert sur une déchirure focale non transfixiante s'agissant de la face articulaire du secteur supérieur du tendon subscapulaire, tout en relevant que les IRM réalisées en mars 2015 et août 2019 ne permettaient pas de démontrer la préexistence ou l'évolution de cette particularité dont la nature restait incertaine. Ils préconisaient un nouveau bilan en arthro-IRM avec une étude spécifique en position ABER. Lors de leur appréciation, les Drs F._____ et Z._____ n'avaient pas eu connaissance de l'arthro-IRM réalisée le 12 juin 2020, ni des pièces médicales produites ultérieurement (à savoir un rapport du Dr R._____ du 10 juillet 2020

accompagné d'un protocole opératoire du 7 juillet 2020), raison pour laquelle une nouvelle appréciation a été requise, au terme de laquelle ils ont maintenu l'hypothèse d'une variante anatomique avec un diagnostic différentiel restant ouvert sur une déchirure focale non transfixiante (cf. rapport du 2 septembre 2020). Ceux-ci ont encore confirmé leur position après avoir eu connaissance de l'avis du Dr R._____ (cf. rapport du 16 décembre 2020).

Force est en l'occurrence de constater que les avis des Drs F._____ et Z._____ entrent en contradiction avec celui du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui, après lecture de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 février 2019, a estimé qu'il y avait une lésion transfixiante de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec une luxation du biceps, selon lui, non décrite dans le rapport d'arthro-IRM du 27 juin 2014. Le 21 juin 2019, il a demandé à U._____ SA la prise en charge d'une intervention chirurgicale, à savoir la réparation du tendon sous-scapulaire et une ténodèse du long chef du biceps par arthroscopie de l'épaule droite initialement prévue le 13 août 2019. Cette intervention a finalement été réalisée le 7 juillet 2020, en sus d'une bursectomie, synovectomie partielle et acromioplastie. Le Dr R._____ a toujours été d'avis qu'il existait une déchirure de la partie haute du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite du recourant, qui n'était pas de même nature que les atteintes objectivées en 2014 et qui était à mettre en lien avec l'accident survenu le 28 janvier 2019 (cf. notamment rapports des 5 avril, 17 mai, 21 juin 2019, 14 avril et 28 mai 2020). On relèvera, à cet égard, qu'il est expressément noté, dans le rapport d'arthro-IRM du 27 juin 2014, l'absence de déchirure des tendons de la coiffe des rotateurs, ce qui va plutôt dans le sens de l'avis du Dr R._____.

L'intimée, a, dans le cadre de la procédure d'opposition, encore demandé l'avis de son médecin-conseil, le Dr J._____, qui a retenu une tendinopathie distale avec la mise en évidence d'un kyste au niveau du trochiter, siège de l'insertion du sus-épineux dès 2014, mais ne s'est pas prononcé sur la question de l'existence ou non d'une déchirure de la partie haute du tendon sous-scapulaire (cf. rapport du 29 juin 2020).

Son avis ne nous apporte donc aucun éclairage sur cette question-là et doit être écarté pour cette raison.

c) En définitive, il s'avère que l'instruction doit être complétée, le dossier ne permettant pas à la Cour de céans de trancher en toute connaissance de cause la question du lien de causalité entre l'accident et la pathologie à l'épaule droite. En effet, les conclusions de l'expert G. _____ du 9 décembre 2019 ne sont plus actuelles compte tenu de la reprise ultérieure de l'instruction par l'intimée sur le plan radiologique. En outre, les Drs F. _____ et Z. _____, d'une part, et le Dr R. _____, d'autre part, n'ont pas la même lecture du dossier radiologique de l'épaule droite du recourant, notamment de l'arthro-IRM effectuée le 12 juin 2020. Or, il n'est pas possible, en l'état, d'accorder la préférence à un avis médical plutôt qu'à un autre. Ainsi, compte tenu de ces divergences d'opinion, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une nouvelle expertise orthopédique avec un volet radiologique afin de procéder à une étude comparative portant sur les documents radiologiques de 2014 à 2020.

7. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il n'y a ainsi pas matière à ordonner une expertise

judiciaire, si bien que la requête en ce sens formulée par le recourant doit être rejetée.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique avec volet radiologique et nouvelle décision. Les experts devront en particulier se prononcer sur la question de l'existence ou non d'une lésion (déchirure) de la partie haute du tendon sous-scapulaire et, le cas échéant, préciser, au moyen du dossier radiologique, à partir de quand cette lésion est visible et dans quelle mesure elle peut être mise en relation avec l'accident survenu le 28 janvier 2019, compte tenu des atteintes de l'épaule droite du recourant antérieures à l'accident du 28 janvier 2019.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**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 19 février 2021 par U. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour

instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

IV. U._____SA versera à X._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour le recourant),
- Me Patrick Moser (pour l'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).

La greffière :