

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguet, juge, et Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance
de Protection Juridique SA, à Wallisellen (ZH),

et

V._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; art. 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], travaille depuis le 1^{er} avril 2015 en qualité de responsable service à plein temps pour le compte de [...] Sàrl. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de V._____ SA (ci-après : V._____ ou l'intimée).

Il ressort des éléments du dossier que l'assuré a été victime d'un premier accident le 22 février 2020, dont les suites ont été prises en charge par V._____.

b) Le 31 mars 2020, alors qu'il se trouvait à son domicile, l'assuré est tombé dans sa baignoire et se serait fracturé la colonne cervicale droite, occasionnant depuis lors une incapacité totale de travail (cf. déclaration d'accident adressée à V._____ le 26 avril 2020). V._____ a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières.

Selon le rapport médical initial LAA établi le 30 avril 2020 par le Dr D._____ à l'attention de V._____, les premiers soins ont été prodigués le 8 avril 2020 et le diagnostic posé est celui de fracture du trochiter de l'épaule droite et d'entorse cervicale C5-C7. Le traitement associait des antiinflammatoires non stéroïdiens et de la physiothérapie.

L'assuré a recouvré une capacité de travail de 20 % dès le 4 mai 2020, puis de 50 % à compter du 1^{er} juin 2020 (cf. certificat médical du 29 mai 2020).

Dans un rapport médical intermédiaire du 22 août 2020, le Dr D._____ a posé les diagnostics d'entorse cervicale avec névralgie d'Arnold, avec torticolis et paresthésie du membre supérieur droit et céphalée.

Dans un rapport d'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 1^{er} octobre 2020, le Dr E._____,

spécialiste en radiologie, a conclu à une déchirure transfixiante avec rétraction du tendon du sus-épineux, une déchirure partielle du faisceau supérieur du sous-scapulaire, une tendinopathie fissuraire non transfixiante du sous-épineux et à une discrète atrophie du sus-épineux. Dans la rubrique description, il a écrit ce qui suit s'agissant des structures osseuses : « remaniements dégénératifs du tubercule mineur et du versant postérieur de la tête humérale à l'insertion du sous-épineux. Ascension de la tête humérale en rapport avec une rupture du tendon du sus-épineux ».

Le 23 octobre 2020, le Dr D._____ a répondu aux questions posées par V._____ le 14 octobre 2020 s'agissant de l'événement du 31 mars 2020. Il a notamment indiqué s'agissant de l'anamnèse qu'il y avait eu une bagarre dans le bar où travaillait l'assuré et que celui-ci avait été pris à parti par un client. S'agissant des diagnostics, le Dr D._____ a indiqué : « commotion cérébrale, entorse cervicale, fracture du nez et lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ». Il a indiqué que tout était alors guéri, sauf l'épaule gauche et que la capacité de travail était alors de 50 %.

Faisant suite à une demande de renseignement complémentaire de V._____, le Dr D._____ a indiqué, le 26 novembre 2020, qu'il y avait eu deux accidents : le premier, en février 2020, soit une bagarre sur le lieu de travail avec un traumatisme crânien et une commotion cérébrale avec un entorse cervicale et le second, en mars 2020, avec une chute dans la baignoire avec atteinte de l'épaule droite. Le Dr D._____ a précisé que le traumatisme de février 2020 avait guéri sans suite et que le cas était considéré comme terminé depuis avril 2020. S'agissant de l'épaule droite, il a indiqué que l'assuré allait être opéré prochainement.

Fin décembre 2020, l'assuré a fourni des explications complémentaires à V._____, à sa demande. Il a notamment confirmé avoir chuté dans sa baignoire le 31 mars 2020, cette chute ayant occasionné des lésions à son épaule droite. Il a indiqué avoir consulté

uniquement le Dr D._____ à la suite de sa chute. Il a également confirmé qu'il y avait un autre sinistre datant du 22 février 2020, dont il résultait des douleurs à la colonne cervicale, qui n'étaient pas en lien avec l'événement du 31 mars 2020.

Le 11 février 2021, l'assuré est allé consulter le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 12 février 2021, ce praticien a posé le diagnostic de rupture transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite et a proposé une réparation arthroscopique, pour laquelle il a demandé à V._____ la prise en charge (cf. demande de garantie d'hospitalisation du 15 février 2021). Dans la rubrique « Anamnèse », le Dr F._____ a indiqué que « lors d'une altercation dans son restaurant, où il a eu entre autres une commotion, une fracture du nez et une entorse cervicale, a présenté des douleurs de son épaule droite ». Ce praticien a également indiqué que l'assuré ne prenait aucun traitement antalgique en lien avec son épaule droite.

Le 17 février 2021, V._____ a demandé à son médecin-conseil, le Dr G._____, de se prononcer sur le cas, singulièrement sur l'existence d'une relation de causalité naturelle entre la rupture transfixiante du tendon sus-épineux et l'accident annoncé du 31 mars 2020.

Le Dr G._____ a rendu son avis orthopédique sur dossier en date du 19 mai 2021, dont on extrait notamment ce qui suit :

« Analyse de la relation de causalité naturelle.

Le diagnostic retenu est donc celui de lésion du tendon du sus-épineux droit et d'une tendinopathie du tendon du long chef du biceps droit. Il est présumé à l'imagerie du 01.10.20 pour le tendon du sus-épineux. Il est affirmé 11 mois après l'événement ici considéré. Il n'a pas été retenu par le médecin traitant pendant les six mois qui ont suivis le traumatisme. Il n'a pas été mis en place de traitement spécifique pendant 11 mois. En février 2021, l'assuré ne prend aucun traitement antalgique en rapport avec son épaule droite.

Le mécanisme annoncé par l'assuré est celui d'une chute dans la baignoire le 30.03.20. Il décrit un traumatisme de la colonne vertébrale cervicale. Il ne mentionne pas son épaule droite dans sa déclaration. Deux mois après l'événement considéré, l'assuré peut exercer sa profession de service du pub à un taux de 50 %.

La rupture traumatique du tendon du sus-épineux entraîne une symptomatologie aiguë avec des douleurs intenses et une impotence marquée de l'épaule. Dans les faits, l'assuré peut attendre une semaine avant de consulter son médecin. La symptomatologie de rupture tendineuse de type traumatique aiguë n'apparaît donc pas dans ce dossier. L'évolution clinique permet, au contraire, d'augmenter rapidement la capacité de travail, dans une profession à caractère physique marqué, deux mois après l'événement ici considéré (01.06.20). Ce qui n'est pas compatible avec une rupture tendineuse sans traitement spécifique à deux mois d'évolution. Onze mois plus tard, l'assuré ne prend aucun traitement. Il est enfin admis, que, statistiquement, le risque de lésion dégénérative augmente avec l'âge. On rappelle ici que l'assuré est âgé de 59 ans et exerce une profession mettant ses épaules à contribution de façon régulière et répétée.

En conclusion, une lésion de type traumatique du tendon du sus-épineux droit n'est pas retenue. En effet, l'anamnèse décrite dans ce dossier ne permet pas de remplir la condition *sine qua non* entre le diagnostic retenu à l'épaule droite et le mécanisme lésionnel décrit par l'assuré. Les arguments en faveur d'une lésion de type dégénératif sont conformes à l'anamnèse décrites dans ce dossier.

Il n'est donc pas retenu de relation de causalité naturelle entre l'événement du 31.03.20 et le diagnostic de lésion du tendon du sus-épineux droit.

Pour être complet, la pathologie du tendon du long chef du biceps droit, diagnostiquée onze mois après l'événement ici considéré, ne peut pas être retenue en relation de causalité naturelle avec l'événement du 31.03.20. En effet, l'intervalle de temps qui existe entre cet événement et la date à laquelle le diagnostic est posé est trop important ».

Par courrier du 16 juillet 2021 intitulé « Droit d'être entendu - droit aux prestations », V._____ a indiqué à l'assuré qu'elle considérait que l'événement du 31 mars 2020 remplissait les critères d'un accident, mais qu'elle envisageait de cesser la prise en charge du traitement, motif pris que les lésions à l'épaule n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec cet événement. Elle a notamment retenu ceci :

« [...]

Après avoir examiné les pièces et les images transmises, le Dr G._____ est d'avis que le diagnostic de lésion du tendon du sus-épineux et d'une tendinopathie du tendon du long chef du biceps droit - affirmé 11 mois après l'événement du 31 mars 2020, non mentionné par le Dr D._____ dans les 6 premiers mois de votre traitement et n'ayant fait l'objet d'aucun traitement spécifique

pendant 11 mois - n'est pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 31 mars 2020.

Le Dr G. _____ estime que les arguments suivants sont en faveur d'une lésion de type dégénératif et non traumatique :

- intervalle de temps entre l'accident et la date de diagnostic ;
- aucune lésion à l'épaule mentionnée au départ (déclaration d'accident) ;
- du fait que vous avez pu attendre une semaine avant de consulter un médecin ;
- du fait que votre capacité de travail ait pu être augmentée après quelques mois.

Par ailleurs, nous avons obtenu la confirmation du Dr D. _____ que les autres lésions résultant de l'accident du 31 mars 2020 sont, à l'heure actuelle, guéries ».

Le 28 juillet 2021, l'assuré s'est déterminé au sujet du courrier précité, contestant en substance la qualification de maladie et non d'accident et précisant qu'il ressentait des douleurs à son épaule droite depuis sa chute dans la baignoire.

Par décision du 19 août 2021, V. _____, confirmant son préavis, a cessé le versement des prestations avec effet au 16 juillet 2021.

Le 17 septembre 2021, l'assuré a formé opposition contre cette décision, opposition qu'il a complétée et motivée le 18 octobre 2021, contestant en substance le caractère dégénératif de la lésion et soutenant que le cas devait être examiné tant sous l'angle de l'art. 6 al. 1 que de l'art. 6 al. 2 LAA.

Le 22 octobre 2021, le Dr D. _____ a répondu aux questions posées par le conseil de l'assuré. Il a notamment indiqué qu'il y avait eu deux accidents, le premier datant de février 2020, en lien avec une bagarre sur le lieu de travail de l'assuré, avec atteinte de la colonne cervicale, traumatisme crânien et facial et qui était guéri à ce jour. Le second, en lien avec une chute dans la baignoire, qui concerne à nouveau la colonne cervicale et l'épaule droite, qui n'est pas guéri et qui nécessitait une intervention par le Dr F. _____ prochainement. Il a posé le diagnostic s'agissant de l'épaule droite d'écrasement traumatique de la coiffe des

rotateurs, précisant qu'une opération était prévue. Il a mentionné que l'atteinte à l'épaule droite était compatible avec le déroulement de l'accident survenu le 31 mars 2020, précisant qu'en dix ans de consultation, l'assuré ne s'était jamais plaint de son épaule droite. Il a mentionné que l'atteinte à l'épaule droite avait été diagnostiquée pour la première fois le 8 avril 2020. A la question de savoir s'il était possible que l'atteinte actuelle se soit révélée seulement six mois après l'événement du 31 mars 2020, il a indiqué ceci :

« l'atteinte ne s'est pas révélée six mois après l'accident, elle a été diagnostiquée et traitée dès le début, seulement, les traitements prioritaires étaient en relation avec la commotion cérébrale de février (le cerveau prime sur la mécanique) puis sur la colonne cervicale qui était nettement plus invalidante au quotidien. Ces problèmes étant résolus durant l'été 2020, les traitements spécifiques sur l'épaule ont débutés ».

Par décision sur opposition du 8 février 2022, V._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 19 août 2021.

B. Par acte du 10 mars 2022, Y._____, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que V._____ doit être astreinte au versement de l'intégralité des prestations dues et liées à l'accident du 31 mars 2020 et ses conséquences et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à V._____ pour instruction complémentaire. Sur le fond, il a fait valoir que la lésion de l'épaule droite se trouvait bien dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 31 mars 2020. Il a notamment relevé que le Dr D._____ avait diagnostiqué en avril 2020 déjà une lésion à l'épaule droite d'une part, et, d'autre part, que V._____, soit pour elle le Dr G._____, n'avait pas apporté la preuve que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

Dans sa réponse du 12 avril 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que le rapport du Dr G. _____ doit se faire reconnaître une pleine valeur probante.

Dans son écriture du 13 mai 2022, le recourant a indiqué qu'il n'avait notamment pas d'explications complémentaires à fournir.

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 sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 juillet 2021, 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 31 mars 2020.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. d à h LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de déchirure ou élongations de muscles déchirures de tendon et lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était 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. Il 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 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 LPG), 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 26 avril 2020 que, le 31 mars 2020, le recourant a glissé dans sa baignoire. Un tel événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée ne conteste pas. Dès lors, la question du versement de prestations doit être examinée, contrairement à ce que soutient le recourant, 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 lien de causalité naturelle n'était pas - ou plus - établi entre l'événement accidentel et l'atteinte à l'épaule droite, l'intimée a cessé de prêter et a en particulier considéré qu'il ne lui

incombait pas de prendre en charge les suites de l'opération de l'épaule droite. Elle se fonde à cet égard sur l'avis du Dr G._____ du 19 mai 2021, qui a rédigé ce rapport après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales au dossier, en particulier de l'arthro-IRM du 1^{er} octobre 2020, pour affirmer que les lésions à l'épaule droite étaient d'origine dégénérative.

aa) Le Dr G._____ a repris en détail l'ensemble des observations des praticiens ayant examiné le recourant et expliqué pour quelles raisons les lésions observées présentaient une origine dégénérative et non traumatique. Le rapport d'IRM relève d'ailleurs directement que les structures osseuses présentent des remaniements dégénératifs du tubercule mineur et du versant postérieur de la tête humérale à l'insertion du sous-épineux.

Aucun élément ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr G._____. En effet, la question de la causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite et l'accident a fait l'objet d'une étude circonstanciée, laquelle est corrélée par d'autres éléments au dossier (cf. consid. 6b bb) *infra*).

bb) Il ressort ainsi du dossier que le recourant, responsable du service dans un pub, a attendu une semaine avant de consulter le Dr D._____. Si le recourant a présenté une incapacité de travail ensuite de sa chute, il a pu reprendre son travail seulement deux mois après l'incident, sans traitement particulier, hormis la prescription d'anti-inflammatoires et de séances de physiothérapie. Ce n'est que le 1^{er} octobre 2020, soit près de six mois après l'accident que l'IRM a permis de mettre en évidence une lésion du tendon du sus-épineux droit et une tendinopathie du tendon du long chef du biceps droit. Or dans l'intervalle, le recourant avait pu, selon toute vraisemblance, reprendre son emploi à 50 %, alors qu'il exerce une profession qui sollicite les membres supérieurs. L'opération a ensuite été programmée en mars 2021, soit un an après la chute. L'écoulement du temps entre l'événement du 31 mars 2020 et le traitement, d'environ un an, est un autre élément attestant de

l'absence de lien de causalité entre l'atteinte litigieuse et l'accident, étant précisé qu'en février 2021, soit lorsque le recourant a consulté le Dr F._____, il ne prenait aucun traitement visant à soulager les douleurs de son épaule droite.

cc) Les conclusions divergentes du Dr D._____ se fondent premièrement sur les déclarations du recourant selon lesquelles il n'avait aucun antécédent avant l'accident, à la suite duquel sont apparues les douleurs. Or ce spécialiste n'étaye pas sa position sur des éléments objectifs. En particulier, il ne commente pas le rapport d'IRM du 1^{er} octobre 2020 qui relève pourtant - comme on l'a vu - des lésions dégénératives. Il retient que les lésions qui ont donné lieu à l'intervention sont dues de manière prépondérante à l'accident sans en expliquer les raisons.

On relèvera encore que l'ensemble des déclarations et les diagnostics formulés par le Dr D._____ ont varié au fil du temps. Il a ainsi d'abord affirmé que l'assuré souffrait d'une fracture du trochiter droit et d'une entorse cervicale (cf. rapport initial LAA du 30 avril 2020), puis d'une entorse cervicale avec névralgie d'Arnold avec torticolis et paresthésie du membre supérieur droit et céphalée (cf. rapport intermédiaire LAA du 22 août 2020). En octobre 2020, le Dr D._____ a indiqué que son patient souffrait d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avant de conclure, pour la première fois en novembre 2020, à une lésion à l'épaule droite. Les explications du Dr D._____ dans son courrier du 22 octobre 2021, selon lesquelles l'atteinte ne se serait pas révélée six mois après l'accident mais aurait été diagnostiquée dès le début et que les traitements prioritaires étaient en relation avec la commotion cérébrale puis sur le colonne cervicale qui étaient nettement plus invalidante, n'emportent pas la conviction et renforcent le constat selon lequel la chute du 31 mars 2020 n'a, selon toute vraisemblance, pas conduit à la déchirure du transfixiante du tendon du sus-épineux de l'épaule droite. En effet, comme le relève le Dr G._____, une rupture traumatique de ce type entraîne une symptomatologie aiguë avec des

douleurs intenses et une impotence marquée qui font défaut dans le présent cas.

Ainsi, les observations du Dr D. _____ ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions du Dr G. _____, suivies par l'intimée.

dd) Il résulte de ce qui précède que les atteintes présentées par le recourant après l'événement du 31 mars 2020 ne résultent pas - ou plus - de cet accident mais bien d'une atteinte dégénérative préexistante. A cet égard, les arguments du recourant relevant qu'avant l'accident, il n'avait jamais ressenti la moindre douleur à l'épaule droite relèvent d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'événement litigieux (cf. consid. 4c *supra*). Le fait que la déclaration d'accident remplie par le propre fils du recourant ne mentionne pas d'atteinte à l'épaule droite plaide également en faveur de l'origine non traumatique de la lésion à l'épaule, dite déclaration devant être considérée comme des premières déclarations auxquelles la préférence doit être accordée (cf. ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, cette mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 8 février 2022 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 8 février 2022 par V. _____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour Y. _____),
- V. _____ SA,
- 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 :