

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2023

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Gutmann et Reinberg, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par UNIA Vaud, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a).**\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], a travaillé depuis le 19 avril 2011 en tant que coffreur pour le compte de la société L.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Il a subi trois lésions par accidents professionnels entre décembre 2018 et décembre 2020.

**b)** Le 4 juin 2021, dans le cadre de son travail, l'assuré s'est heurté l'épaule droite contre une poutrelle qu'il portait dans les escaliers ; il a subi une rupture quasi-complète du tendon du sous-scapulaire droit dans le contexte d'une tendinopathie sus-épineuse, d'une lésion labrale supérieure et d'une arthrose acromio-claviculaire (rapport du 7 juin 2021 du Centre médical de [...]; rapport d'IRM du 21 juin 2021 du Centre d'Imagerie de [...]). Le travail a été interrompu par l'assuré depuis le jour de cet événement en raison d'une impotence fonctionnelle immédiate et le cas a été pris en charge par la CNA.

Le 18 octobre 2021, l'assuré a bénéficié d'une ténotomie arthroscopique du long chef du biceps avec adhésiolyse, libération et suture ainsi que d'une ténodèse du long chef du biceps sur ancre.

Invité par la CNA à se positionner sur le cas, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé qu'un lien de causalité entre l'accident du 4 juin 2021 et les atteintes à la santé qui avaient justifié l'opération du 18 octobre 2021, était tout au plus possible au vu d'une atteinte dégénérative prépondérante avec arthrose acromio-claviculaire déjà observables en 2018 et de l'absence de dégénérescence musculaire (note médicale du 6 décembre 2021 établie sur la base du dossier médical).

Par décision du 10 décembre 2021, la CNA, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a mis un terme à son obligation de verser les prestations d'assurance au 12 décembre 2021, faute de lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 4 juin 2021 et les troubles à la santé persistants.

A l'appui de son opposition formée le 11 janvier, complétée le 4 février 2022, par son conseil UNIA Vaud, l'assuré a demandé à la CNA de réexaminer son cas.

Le 17 janvier 2022, les assureurs-maladie ([...] et [...]) ont retiré leurs oppositions provisoires.

La CNA a une nouvelle fois requis l'avis de son médecin-conseil. Dans un rapport de synthèse du 11 février 2022, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de contusion simple de l'épaule droite (le 4 juin 2021), de tendinopathie chronique de l'épaule droite avec rupture massive chronique de la coiffe des rotateurs, d'arthrose acromio-claviculaire droite et de réparation arthroscopique puis à ciel ouvert de la coiffe des rotateurs droits (le 18 octobre 2021). Confirmant son précédent avis au dossier, le médecin-conseil de la CNA a émis l'appréciation dont on extrait ce qui suit :

"[...] Sur les différents bilans radiologiques réalisés au cours des années, il se manifeste une arthrose acromio-claviculaire exubérante, stressant le sus-épineux, des images également de tendinopathie importante au niveau du sous-scapulaire probablement lié à des surcharges chroniques de longue date. Cette imagerie répétée met à chaque fois en évidence une atteinte de type tendinopathie chronique avec, finalement lors de l'imagerie du 21.06.2021, une rupture dont la datation est difficile à donner, mais la musculature présente un état dégénératif sous forme d'une apoptose (transformation irréversible de la musculature en graisse, du fait de perte fonction musculaire, signe apparaissant pour un Goutaillier I, II à plus de 9 mois de la perte de fonction) sans mouvement traumatique en rapport, mais vraisemblablement avec des surcharges répét[e]s chroniques.

Le choc direct qu'a présenté l'assuré réveillant une symptomatologie douloureuse est en rapport avec une contusion de l'épaule D [droite] simple. Cet événement a fini de déployer ses effets à 2 mois du traumatisme déclaré.

En ce qui concerne les suites du traitement, elles sont en rapport avec l'atteinte chronique objectivée par l'imagerie réalisée déjà lors du 1<sup>er</sup> traumatisme datant du 03.12.2018."

Par décision sur opposition du 14 février 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 10 décembre 2021, se référant à la motivation de son médecin-conseil.

**B.** Par acte du 14 mars 2022, J.\_\_\_\_\_, représenté par UNIA Vaud, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents par la CNA au-delà du 12 décembre 2021. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'assureur pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Contestant la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance-accidents, il lui opposait les compétences du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en requérant la réalisation d'une expertise indépendante auprès du tribunal. En annexe à son écriture, le recourant a produit un rapport du 28 février 2022 du Dr V.\_\_\_\_\_, admettant une rupture complète du tendon sous-scapulaire droit consécutive à la chute du 4 juin 2021 et nécessitant une thérapie en milieu universitaire spécialisé.

Le 24 mars 2022, le recourant a encore remis un rapport de consultation du 22 février 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_, du Département de l'appareil locomoteur au CHUV, indiquant la nécessité d'une prise en charge (rééducation pour un travail de force) d'au minimum six mois à partir de l'opération chirurgicale d'octobre 2021.

Dans sa réponse circonstanciée du 13 avril 2022, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée.

Le 10 mai 2022, en réplique, le recourant a informé le tribunal ne pas avoir d'explications complémentaires à faire valoir.

## **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 a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre, en lien avec l'accident survenu le 4 juin 2021, à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 12 décembre 2021.

**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).

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).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas 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).

**4. a)** Selon 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 apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

**5. a)** En l'occurrence, la motivation posée par l'intimée, dans sa décision, puis singulièrement dans sa réponse au recours, s'avère convaincante. Elle se fonde sur l'appréciation du 11 février 2022 de son médecin-conseil, qui se rapporte de manière complète et objective aux pièces du dossier. Ainsi, le Dr N.\_\_\_\_\_ relève qu'il s'agit du quatrième traumatisme déclaré par l'assuré selon le mode identique, soit à chaque fois, un choc direct à l'épaule droite. Des différents bilans radiologiques réalisés au cours des années, il se manifeste une arthrose acromioclaviculaire exubérante, stressant le sus-épineux, des images également de tendinopathie importante au niveau de sous-scapulaire probablement lié à des surcharges chroniques de longue date. Cette imagerie répétée montre à chaque fois une atteinte de type tendinopathie chronique avec, finalement lors de l'imagerie du 21 juin 2021, une rupture dont la datation

est difficile à donner. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, la musculature présente un état dégénératif sous forme d'une apoptose (transformation irréversible de la musculature en graisse, du fait de perte de fonction musculaire, signe apparaissant pour un Goutaillier I, II à plus de neuf mois de la perte de fonction) sans mouvement traumatique en rapport, mais vraisemblablement avec des surcharges répétées chroniques. Le Dr N.\_\_\_\_\_ considère donc que le choc direct qu'a présenté le recourant réveillant une symptomatologie douloureuse est en rapport avec une contusion de l'épaule droite simple. Il conclut que l'accident de juin 2021 a cessé de déployer ses effets deux mois après sa survenance.

**b)** L'appréciation dûment motivée du Dr N.\_\_\_\_\_ remplit manifestement tous les réquisits pour se voir reconnaître valeur probante. En effet, cette évaluation convainc dans son argumentation et ses conclusions, bien étayées et fondées sur un dossier complet, avec imagerie. Les assureurs-maladie l'ont du reste compris en retirant leurs oppositions provisoires, et le médecin traitant V.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas clairement sur la question assécurologique de la causalité avec d'autres accidents.

**c)** Compte tenu du déroulement des événements et des explications probantes fournies par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport de synthèse du 11 février 2022, il y a lieu de constater que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations avec effet au 12 décembre 2021.

**6.** Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires - en particulier la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et que l'on peut dès lors y renoncer (*appréciation anticipée des preuves* ; cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** **a)** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 février 2022 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- UNIA Vaud (pour J. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :