

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Gauron-Carlin et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant,

et

R. _____, à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès le 1^{er} janvier 2015 en qualité d'ingénieur data à 100 % pour L._____. A ce titre, il était assuré auprès de R._____ (ci-après : R._____ ou l'intimée) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 3 septembre 2021, l'assuré a chuté sur son côté droit alors qu'il se déplaçait au moyen d'une trottinette. Il s'est immédiatement rendu au Centre X._____. Le diagnostic de contusion de l'épaule droite a été posé, les radiographies étant qualifiées de « normales », et un arrêt de travail jusqu'au 10 septembre 2021 a été délivré (cf. rapport initial établi le 7 octobre 2021 par la Dre D._____, spécialiste en médecine générale).

L'employeur a adressé une déclaration de sinistre à R._____ le 16 septembre 2021, laquelle a pris en charge le cas et versé notamment des indemnités journalières pour la période d'incapacité de travail.

En raison de la persistance de douleurs, l'assuré a passé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite le 21 mars 2022. Le rapport établi à cette occasion concluait comme suit :

« RESULTATS

Le tendon du long biceps reste bien localisé au sein de sa gouttière sans anomalie morphologique ou de signal.

Les tendons infra épineux, supra-épineux et sous-scapulaire sont normalement insérés sans signe de désinsertion partielle profonde et sans signe de clivage intratendineux.

Pas d'anomalie de signal osseux sous-chondral gléno-huméral.

Pas d'épanchement au sein de la bourse sous-acromio-deltoïdienne.

Très important œdème des berges de l'articulation acromio-claviculaire avec épanchement articulaire sans évidence de fracture sous réserve de la modalité. Une infiltration pourrait être proposée.

Pas de signe d'amyotrophie et dégénérescence graisseuse des corps musculaires de la coiffe des rotateurs. »

Le 13 avril 2022, l'assuré a subi une infiltration de cortisone de l'articulation acromio-claviculaire (cf. rapport du service d'imagerie médicale du Centre X._____ du 13 avril 2022).

L'assuré a ensuite consulté le Centre N._____ le 12 octobre 2022, où il a été vu par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son rapport de consultation, ce spécialiste a noté que l'assuré, droitier, se plaignait de douleurs à l'épaule droite survenues à la suite d'une chute à trottinette une année auparavant. Dans les antécédents, ce médecin a noté en particulier une « notion de DAC [disjonction acromio-claviculaire] 5 ans, foot, aucune séquelle » et le fait que le patient pratiquait le triathlon. A l'examen, l'articulation acromio-claviculaire droite présentait une moins bonne mobilité que la gauche, tandis que l'IRM révélait une arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire et un petit kyste péri-glénoïdien antéroinférieur. Ce médecin a préconisé une intervention de résection de l'articulation acromio-articulaire, dont la date a été fixée au 9 janvier 2023.

L'assuré a annoncé une rechute auprès de R._____ et répondu à un questionnaire de celle-ci le 20 octobre 2022, en joignant les radiographies du 3 septembre 2021, le rapport et les imageries de l'IRM du 21 mars 2022, les rapports de consultation des 13 avril et 12 octobre 2022 et la convocation à l'intervention du 9 janvier 2023. Il a indiqué en particulier qu'après sa chute à trottinette, il avait eu des séances de physiothérapie classique en novembre et décembre 2021, de la balnéothérapie en janvier et février 2022 puis une infiltration de cortisone. Les douleurs n'avaient jamais vraiment cessé, sauf pour une durée limitée après l'infiltration. Il s'agissait de douleurs lancinantes amplifiées par le travail bureautique. L'assuré a précisé qu'il pratiquait la course à pied deux à trois fois par semaine mais qu'il n'avait pas pu reprendre le triathlon. Il continuait la physiothérapie mais ne prenait aucune médication.

R._____ a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur. Celui-ci a rendu un rapport le 11 novembre 2022, au terme duquel il a conclu que l'intervention était certes indiquée, mais qu'elle n'était pas en relation avec l'événement du 3 septembre 2021. L'accident avait causé une contusion de l'épaule droite, laquelle présentait par ailleurs une arthrose acromio-claviculaire visible sur la radiographie du 27 octobre 2021, six semaines après la chute. Cette arthrose n'avait pas pu se développer dans ce laps de temps et il était donc certain qu'elle était présente avant l'événement du 3 septembre 2021. La radiographie ne montrait aucune lésion articulaire ou osseuse à cette date, tandis que l'IRM de mars 2022 démontrait la présence de l'arthropathie dégénérative. Le statu quo ante vel sine pouvait être établi à la date de l'infiltration du 13 avril 2022, dès lors qu'une contusion simple de l'épaule sur une pathologie dégénérative préexistante guérit au plus tard après six mois.

Informé du résultat de cette analyse et de l'arrêt des prestations au 30 avril 2022 qui en découlerait par courriel du 15 novembre 2022, l'assuré a sollicité un second avis ou un examen clinique (cf. échange de courriels du 15 novembre 2022). R. _____ a alors sollicité l'avis du Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a rendu un rapport le 17 novembre 2022. Ce spécialiste a posé le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire de l'épaule droite et conclu que les plaintes de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 3 septembre 2021. Toutefois, l'œdème inflammatoire des berges de l'articulation et l'épanchement intra-articulaire témoignaient d'une arthrose post-traumatique probable qui pourrait être en rapport avec un traumatisme acromio-claviculaire survenu cinq ans auparavant, de sorte qu'il suggérait de compléter le dossier sur ce point.

R. _____ a communiqué ce second avis à l'assuré par courriel du 17 novembre 2022, en lui demandant de se positionner sur l'antécédant de disjonction acromio-claviculaire relevé par le Dr K. _____. S'en est suivi un échange de courriels, au cours duquel l'assuré a indiqué que cet antécédant avait eu lieu en novembre 2015, alors qu'il travaillait

déjà pour L._____. Il avait chuté en avant de sa hauteur, avec les bras tendus pour se réceptionner. Il avait dû porter une écharpe mais avait pu continuer à travailler, si bien qu'il n'avait pas annoncé le cas à l'assurance. Il a produit des radiographies effectuées le 30 novembre 2015 et le rapport du radiologue du même jour, concluant à l'absence de lésion osseuse ou de luxation post-traumatique.

Ces éléments complémentaires ont été soumis au Dr O._____ afin d'examiner l'éventuel rapport de causalité entre l'accident de 2015 et l'arthrose acromio-claviculaire. L'avis du médecin-conseil a été communiqué comme suit à l'assuré par courriel du 29 novembre 2022 :

« Le Dr O._____ vient de répondre à ma question concernant le rapport de causalité entre l'accident de 2015 et l'arthrose acromio-claviculaire :

Les radiographies de 2015 ne montrent pas de disjonction acromio-claviculaire. Même s'il existe une notion anamnestique de traumatisme de cette articulation en 2015, elle n'est pas démontrée. Les radiographies de 2015 ne concernent pas seulement cette articulation mais également l'épaule en elle-même qui peut laisser penser que l'accident a provoqué une simple contusion expliquant également le port de l'écharpe. Si vous voulez pousser les investigations, il serait nécessaire d'obtenir le rapport médical de la consultation de 2015 qui a conduit aux radiographies.

Je constate que nous sommes d'accord avec le Dr K._____ en disant que l'intervention n'est pas en relation avec l'événement de 2021.

Il relève aussi qu'une activité physique intense peut être responsable d'une arthrose acromio-claviculaire. »

L'assuré a répondu, par courriel du lendemain, que son activité physique ne pouvait être qualifiée d'intense pour son épaule, car il avait réalisé seulement trois triatlons depuis 2016 avec une pratique d'entraînement essentiellement orientée vers la course et le vélo. Avant 2015, il avait pratiqué le football pendant 25 ans, ce qui sollicitait peu l'épaule. Il a par ailleurs produit un rapport de consultation établi le 30 novembre 2015 par le Centre X._____, présenté comme suit :

« Observation :

Chute au foot sur épaule droite douleurs sur [acromio-claviculaire]

Bonne mobilité

[Radiographies] : [disjonction acromio-claviculaire] stade 1

[Conduite à tenir] antalgique + [anti-inflammatoire non stéroïdien]

S400 | Contusion de l'épaule et du bras

DOMICILE - Retour au domicile »

Ces éléments complémentaires ont été soumis au Dr O._____, lequel a rendu ses premières conclusions le 6 décembre 2022, que R._____ a immédiatement communiquées à l'assuré par courriel. Le médecin-conseil a ensuite répondu par écrit au questionnaire soumis par R._____ le 20 décembre 2022, en indiquant que les troubles actuels et l'opération du 9 janvier 2023 avaient une relation de causalité « seulement possible » avec l'accident du 30 novembre 2015. Les radiographies de 2015 démontraient un début d'arthrose acromio-claviculaire bilatérale mais pas une disjonction de cette articulation. Il était impossible d'affirmer que la progression de l'arthrose entre 2015 et 2021 était « due de façon au moins probable » avec l'accident de 2015 sans évaluation clinique le jour de l'accident car le diagnostic d'entorse de stade I est un diagnostic clinique et non radiologique. En conséquence, l'arthrose n'était que « possiblement en relation de causalité avec l'accident annoncé ». Il a précisé qu'il existait de nombreuses raisons de développer une arthrose acromio-claviculaire :

« Microtraumatismes lors de contacts sportifs (tel que l'on peut les observer lors des matchs de football par exemple, choc épaule contre épaule, chute, etc...), luxation acromio-claviculaire, facteurs génétiques (on retrouve sur les premières radiographies un début d'arthrose des deux côtés). Cette arthrose devient progressivement symptomatique.

Dans le cas particulier, la pratique du football est compatible avec des microtraumatismes de l'épaule de même que le triathlon, du cross fit et autres sports susceptibles de provoquer une arthrose [acromio-claviculaire] à long terme ».

Par décision du 27 décembre 2022, R._____ a informé l'assuré que l'octroi de ses prestations pour les accidents des 30 novembre 2015 et 3 septembre 2021 serait limité aux frais encourus jusqu'au 15 novembre 2022 inclus.

L'assuré s'est opposé à cette décision par acte daté du 7 janvier 2023, reçu par R. _____ le 16 janvier 2023. Relevant qu'il pouvait pratiquer tout sport sans aucune douleur ou gêne avant l'accident du 3 septembre 2021 et qu'il avait tenté en vain toutes les approches possibles pour se remettre de cette chute, il a produit la facture de l'intervention réalisée le 9 janvier 2023 et s'est prévalu d'un rapport établi le 21 décembre 2022 par le Dr C. _____, exposant en particulier ce qui suit :

« (...)

Le patient m'explique une douleur avec impotence fonctionnelle dans les suites d'une chute en trottinette il y a un an. Il présente une arthropathie à la fois clinique et sur l'imagerie au niveau de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite qui justifie aujourd'hui pleinement un geste chirurgical de décompression arthroscopique.

Au vu de l'ensemble du dossier et aux dires du patient, il est probable que son accident soit à l'origine d'une décompensation douloureuse justifiant cette intervention chirurgicale.

(...) »

R. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré par décision sur opposition du 7 mars 2023. S'agissant de la chute du 3 septembre 2021, les deux spécialistes consultés en cours d'instruction partageaient l'avis que l'articulation touchée présentait une dégradation arthrosique ancienne que l'événement avait provisoirement décompensé, conclusion que le rapport du Dr C. _____ ne contredisait pas. Le fait que les douleurs soient apparues après l'événement n'était pas déterminant, étant relevé que l'utilisation par les médecins du terme post-traumatique concerne en général uniquement la connexité temporelle plutôt que causale. Quant à l'événement du 30 novembre 2015, aucun médecin n'établissait un lien de causalité avec l'arthrose et l'atteinte subie à cette occasion, à savoir une simple contusion qui n'avait pas entraîné d'incapacité de travail ni douleurs jusqu'à la chute de 2021. Un rapport de causalité entre cette chute et les troubles actuels était donc tout au plus possible. Enfin, il était relevé que les médecins-conseils avaient pris position sur la base d'un dossier complet, comportant notamment les rapports d'examen des médecins traitants.

B. S._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte daté du 31 mars 2023, reçu au greffe le 11 avril 2023. Concluant au maintien de la prise en charge des frais de traitement au-delà du 15 novembre 2022, en particulier les frais d'une intervention chirurgicale subie en janvier 2023, il a fait valoir que cette chute avait été violente, ayant entraîné un arrêt de travail d'une semaine et des douleurs persistantes malgré différentes mesures thérapeutiques. Il contestait la valeur probante des rapports des médecins-conseils, pointant des incohérences et des lacunes, et affirmait qu'une arthrose post-traumatique pouvait commencer à se développer très peu de temps après un traumatisme articulaire.

L'intimée a déposé un mémoire de réponse le 4 mai 2023, au terme duquel elle a conclu au rejet du recours sans frais ni dépens. La décision sur opposition litigieuse se fondait sur des rapports des médecins-conseils jouissant d'une pleine valeur probante. Pour sa part, le spécialiste traitant se limitait à affirmer que les lésions de l'épaule droite du recourant étaient dues à sa chute du 3 septembre 2021, sans l'étayer et sans pour autant contredire les conclusions du Dr K._____ notamment. Par ailleurs, aucun médecin n'établissait de lien entre l'arthrose et l'événement du 30 novembre 2015. L'intimée a joint dix-sept pièces sous bordereau.

A la réquisition de la Juge instructrice, l'intimée a produit onze pièces complémentaires sous bordereau le 9 janvier 2024. Dans sa lettre d'accompagnement, elle a précisé que le lot de pièces produites avec la réponse constituait le dossier complet relatif à l'événement du 30 novembre 2015 et le second lot le dossier complet constitué pour l'événement du 3 septembre 2021. Elle a en outre expliqué qu'il n'y avait pas de déclaration officielle d'accident concernant l'événement du 30 novembre 2015.

Le recourant a répliqué le 11 février 2024, en se prévalant pour l'essentiel du faible montant des prestations litigieuses. Il estimait

que le refus de prendre en charge ce montant se faisait au détriment de la santé et du bien-être d'un employé dévoué, ce qui relevait d'une politique à court terme induisant le risque d'engendrer des coûts plus importants dans le futur.

L'intimée a dupliqué le 27 février 2024.

E n d r o i t :

1. 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. 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. 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 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Il convient de relever, à titre préliminaire, que la décision litigieuse porte sur le principe et la durée de la prise en charge des frais de traitement d'événements accidentels, non sur le remboursement de factures que le recourant aurait présentées à l'intimée. En conséquence, les griefs du recourant relatifs au remboursement de frais de traitement qu'il affirme avoir encourus jusqu'au 15 novembre 2022, au demeurant non chiffrés et laissés sans preuves, n'entrent pas dans l'objet de la contestation.

Ainsi, le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 15 novembre 2022 pour les suites des événements des 30 novembre 2015 et 3 septembre 2021, en particulier d'une intervention de résection de l'articulation acromio-claviculaire droite.

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) En l'espèce, l'intimée a admis le caractère accidentel des événements survenus les 30 novembre 2015 et 3 septembre 2021.

4. a) 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 citées).

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 citées). 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 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 ; 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).

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 citées). 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).

b) 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).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

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

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. **a)** En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement de ses prestations à compter du 15 novembre 2022 en se fondant sur les avis de

deux médecins-conseils spécialisés en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le Dr O. _____ a été contacté en premier lieu. Ce médecin a constaté dans son avis du 11 novembre 2022 que les douleurs actuelles décrites par le recourant n'étaient pas en lien avec les suites de l'événement de septembre 2021, mais d'une problématique d'arthrose. La présence de signes d'arthrose sur les radiographies effectuées dans les suites directes de l'événement de septembre 2021 démontraient que la problématique était antérieure à celui-ci, qui avait par conséquent décompensé provisoirement l'état arthrosique préexistant.

Devant le scepticisme du recourant, l'intimée a soumis le dossier pour second avis au Dr K. _____. Ce second spécialiste a posé le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire de l'épaule droite et a conclu, à l'instar du Dr O. _____, que les plaintes actuelles du recourant n'étaient pas en lien avec l'événement de septembre 2021 car l'arthrose était plus ancienne. Il a évoqué une arthrose post-traumatique « probable » dès lors qu'il était mentionné dans le dossier médical un précédent traumatisme de cette même articulation. Sur la base de cet avis, l'intimée a invité le recourant à fournir toute information utile sur ce précédent traumatisme. Les explications et pièces complémentaires produites par le recourant ont été soumises au Dr O. _____, qui n'a pas pu confirmer un lien de causalité naturelle prépondérant entre l'événement de novembre 2015 et la symptomatologie actuelle.

b) Dans un premier moyen, le recourant a remis en question la valeur probante des avis des médecins-conseils en pointant des inexactitudes et des lacunes. A cet égard, il a uniquement relevé que le Dr O. _____ avait évoqué une radiographie du 27 octobre 2021, alors que celle-ci datait du 3 septembre 2021, et qu'il n'avait pas mentionné la présence de l'œdème toujours visible sur l'IRM plusieurs mois après la chute.

S'agissant de la date des radiographies indiquée dans son rapport du 14 novembre 2022, le Dr O. _____ a pu être influencé par l'indication de la date de réception apposée par l'intimée sur les clichés (« 27/10/2022 »). Cette erreur n'a quoi qu'il en soit pas d'incidence particulière sur les conclusions du spécialiste. En effet, celui-ci a observé que ces radiographies montraient la présence de signes d'arthrose sur l'articulation du recourant et a conclu que cette dégradation n'avait pas pu se produire entre le 3 septembre 2021 et le 27 octobre 2021. Son avis aurait été encore plus affirmatif s'il avait eu conscience que la radiographie datait précisément du jour de l'accident. Quant au fait que le Dr O. _____ n'a pas mentionné dans ce rapport la présence d'un œdème visible sur l'IRM de mars 2022, on ne voit pas en quoi il en résulterait une lacune susceptible de réduire la valeur probante des conclusions de ce médecin. La description de cette imagerie figure dans le rapport du radiologue et le médecin-conseil a indiqué ce qu'il en retenait, à savoir une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. Son interprétation a du reste été confirmée par le Dr K. _____. Celui-ci a en effet posé le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire et précisé que l'œdème des berges articulaires témoignait d'une dégradation arthrosique probablement plus ancienne que l'événement survenu six mois avant la réalisation de l'IRM. Elle n'est pas non plus contredite par le Dr C. _____ qui a noté dans son rapport de consultation du 12 octobre 2022 que l'IRM montrait une arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire et s'est limité, dans son rapport du 21 décembre 2022, au terme générique d'arthropathie en renvoyant aux imageries.

c) Dans un second moyen, le recourant s'est prévalu de l'avis établi le 21 décembre 2022 par le Dr C. _____.

Or, dans ce rapport, le chirurgien traitant n'a pas émis d'avis particulier sur l'origine de l'atteinte pour laquelle il recommandait un geste chirurgical. Il a noté que son patient se plaignait d'une douleur avec impotence fonctionnelle apparue dans les suites d'une chute à trottinette un an auparavant, ce qui n'est pas contesté par les médecins-conseils de l'intimée. Le Dr C. _____ ne s'est en revanche pas positionné sur la

problématique de statu quo ante vel sine et n'a pas même posé de diagnostic précis dans ce rapport puisqu'il a seulement utilisé, comme déjà relevé, le terme générique d'arthropathie. Cela étant, bien que très succinct, son rapport de consultation du 12 octobre 2021 mentionnait expressément le terme « inflammatoire », repris ensuite par le Dr K._____.

d) Concernant l'éventualité d'un lien entre l'état arthrosique de l'articulation du recourant et sa chute en novembre 2015, l'intimée a instruit cette question malgré l'absence d'annonce d'accident par le recourant à l'époque et a soumis les éléments produits par le recourant au Dr O._____. Ce médecin n'a pas pu confirmer de lien de causalité en exposant, d'une part, que les clichés radiographiques de 2015 démontraient déjà un début d'arthrose acromio-claviculaire bilatérale et que le diagnostic de disjonction de stade I, mentionné après cette chute, ne peut être posé que sur une évaluation clinique, et non radiologique. A cet égard, il convient de relever que le rapport d'imagerie du 30 novembre 2015 concluait à l'absence de lésion osseuse ou de luxation post-traumatique, tandis que le médecin urgentiste qui a examiné l'intéressé le même jour a mentionné une bonne mobilité de l'articulation sans autre précision et a évoqué une disjonction acromio-articulaire de stade 1 en se référant à l'examen radiographique. Or, selon la littérature médicale, le stade 1 vise l'étirement du ligament, sans déplacement ni déchirure de ligament (cf. Steve Brenn/Alain Farron, Lésions acromio-claviculaires : diagnostic et traitement, in Revue médicale Suisse, août 2008, p. 166 ss), soit un traumatisme de faible intensité. En outre, l'arthrose post-traumatique se développe généralement après une fracture osseuse, une déchirure ou une rupture ligamentaire (cf. www.chuv.ch/rhumatologie, rubriques Patient et famille, Arthrose). D'autre part, le Dr O._____ a relevé que la pratique sportive décrite par le recourant était susceptible d'entraîner à long terme le développement d'une arthrose acromio-claviculaire par microtraumatismes et que l'arthrose pouvait également avoir une autre origine, tels une ancienne luxation ou des facteurs génétiques. Il a précisé en particulier que le football, que le recourant a déclaré avoir pratiqué pendant de nombreuses années jusqu'en 2015,

n'était pas exempt de risques pour les épaules (contacts, chutes), au même titre que le triathlon, le cross fit et d'autres sports. Dans ces conditions, les conclusions du Dr O. _____ sur l'éventuelle relation entre la chute de novembre 2015 et les plaintes du recourant en 2022 ne prêtent pas le flanc à la critique.

Le recourant ne peut pas davantage s'appuyer sur les rapports du Dr C. _____ sur ce point, puisque ce dernier n'a fait qu'évoquer la précédente chute sur l'épaule dans l'anamnèse du 12 octobre 2022 en précisant qu'il n'y avait pas eu de séquelles, et n'y a fait aucune allusion dans son rapport du 22 décembre 2022.

e) Pour le surplus, le recourant n'a apporté aucun élément d'ordre médical susceptible d'étayer son affirmation selon laquelle une arthrose post-traumatique peut commencer à se développer peu de temps après un traumatisme, contrairement à ce qu'ont retenu les médecins-conseils de l'intimée. Par ailleurs, l'argumentation tirée de l'absence de douleurs avant l'événement de septembre 2021 ne permet pas en soi de retenir que les douleurs actuelles sont en relation de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement post hoc ergo propter hoc). Il n'y a pas lieu non plus d'examiner plus avant l'argumentation par laquelle le recourant oppose le coût des prestations litigieuses et le coût à long terme d'une absence de soins, étant par ailleurs rappelé que les atteintes à la santé non accidentelles peuvent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Partant, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations des suites des événements des 30 novembre 2015 et 3 septembre 2021 dès le 15 novembre 2022.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient

pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 7 mars 2023 par R. _____ 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 :

- S. _____,
- R. _____,
- 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 :