

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2024

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant,

et

U. _____ **SA**, à [...], intimée.

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

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé du 20 décembre 2021 au 3 avril 2022 en qualité de moniteur de ski par K._____. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès d'U._____ SA (ci-après : U._____ SA ou l'intimée).

Le 23 mars 2022, l'assuré a subi un accident de ski ; il avait chuté sur le dos et l'arrière de la tête et avait subi une déchirure de l'épaule gauche (cf. déclaration d'accident du 25 mars 2022 remplie par son employeur [traduction libre]).

Le lendemain de l'accident, l'assuré s'est rendu aux urgences de l'hôpital cantonal du canton d'[...] ([...])

Dans son rapport du 24 mars 2022, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, du [...], a diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche (diagnostic différentiel : rupture de la coiffe des rotateurs). Il n'a pas décelé de signe de fracture ; l'articulation et le centrage gléno-huméraux étaient sans particularité. Il a revanche observé une chondrocalcinose du cartilage (diagnostic différentiel : CPPD : en français : arthropathie à cristaux de pyrophosphate de calcium) et une exostose sur le bord inférieur antérieur de l'acromion (traduction libre).

Selon un rapport du 14 avril 2022 du Dr O._____, spécialiste en radiologie, l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche effectuée le même jour n'avait pas montré de fracture visible mais avait mis en évidence des signes de bursite sous acromiale. Une déchirure partielle de la région prés insertionnelle du tendon du sus-épineux touchant sa moitié bursale était également suspectée. L'examen avait toutefois dû être écourté en raison de la claustrophobie de l'assuré.

Dans un rapport du 28 avril 2022 à U._____ SA, le Dr F._____ a retenu le diagnostic de tendinopathie du sus-épineux gauche avec bursite sous acromiale, pour laquelle l'assuré était traité par antalgie simple et physiothérapie.

Dans un rapport du 21 juin 2022, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a indiqué que l'IRM ouverte de l'épaule gauche effectuée le même jour avait mis en évidence une tendinopathie insertionnelle du sus-épineux gauche, sans franche déchirure (clivage interstitiel non exclu au vu des artéfacts cinétiques), de minimes tendinopathies non fissuraires intra-articulaire du long biceps, du sous-scapulaire et du sous-épineux, une bursite sous-acromiale pouvant faire l'objet d'une infiltration sous échoguidage, des signes de conflit sous acromial et d'impingement postéro-supérieur avec une fine déchirure chondro-labrale postéro-supérieure du labrum de 9 h à 11 h ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire.

U._____ SA a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 6 octobre 2022, ce dernier a indiqué que l'IRM effectuée le 21 juin 2022 montrait une tendinopathie, soit une pathologie dégénérative banale dans la population générale après 60 ans. Il a considéré que l'événement du 23 mars 2022 n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de cet état dégénératif antérieur. Tout en retenant une contusion de l'épaule gauche dont le bilan n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique récente, il a considéré que le *statu quo sine* pour ce genre d'affection était atteint au bout de trois mois, soit en l'occurrence le 21 juin 2022 au vu des conclusions de l'IRM.

Par décision du 9 novembre 2022, U._____ SA a indiqué à l'assuré qu'elle n'était plus tenue de verser les prestations d'assurance à compter du 21 juin 2022, indiquant qu'à partir de cette date, le lien de causalité entre les troubles qu'il présentait et l'évènement du 23 mars

2022 ne pouvait plus être établi avec un degré de vraisemblance prépondérante.

Le 28 novembre 2022, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision précitée réclamant la prise en charge par U._____ SA des frais de traitement jusqu'à la fin du mois d'octobre. Il a fait valoir que ses douleurs à l'épaule étaient dues à l'accident, précisant qu'avant l'évènement du 23 mars 2022, il n'avait jamais eu le moindre problème ou la moindre douleur à l'épaule.

Par décision sur opposition du 16 mars 2023, U._____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré. Tout en relevant qu'il ressortait de la déclaration d'accident et de plusieurs pièces médicales que l'assuré avait chuté en pratiquant du ski et impacté le sol avec le dos et la partie arrière de la tête, elle a exposé que cet évènement n'avait pas impliqué de mouvement reconnu comme apte à générer une lésion de la coiffe des rotateurs. L'imagerie avait permis d'une part, d'exclure tout signe de traumatisme récent et, d'autre part, de mettre en évidence d'atteintes à caractère dégénératif. L'évènement du 23 mars 2022 avait uniquement causé une contusion de l'épaule gauche, laquelle avait temporairement décompensé un état dégénératif préexistant, déclenchant les douleurs sans pourtant être à l'origine de la lésion à la coiffe des rotateurs.

B. Le 14 avril 2023, Z._____ a interjeté recours contre cette dernière décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il contestait que ses troubles soient en lien avec une maladie préexistante. Il soutenait que c'était la bursite de l'épaule gauche, déclenchée par la tentative d'un mouvement de réception brusque en tombant, qui avait provoqué les douleurs. En outre, il a déclaré qu'il avait pu enseigner toute la saison d'hiver 2022/2023 sans aucun problème.

Dans sa réponse du 24 mai 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux motifs contenus dans sa décision sur opposition.

Le 15 juin 2023, le recourant a répliqué, réitérant que la bursite de l'épaule gauche était la cause de ses douleurs, aujourd'hui résorbées grâce à une « injection ». Si au-delà du 21 juin 2022 les atteintes devaient être considérées comme dégénératives, alors il devrait logiquement encore présenter des douleurs, ce qui n'était pas le cas.

Il a indiqué les coordonnées de deux témoins de son accident le 23 mars 2022. Il a également produit un rapport du 13 juin 2023 de son physiothérapeute, M._____, indiquant que les douleurs à son épaule gauche n'étaient pas en lien avec la lésion de la coiffe des rotateurs au niveau structurel tendineux - laquelle était, comme jusqu'alors, asymptomatique - mais à une importante inflammation de la bourse sous-acromiale, laquelle avait clairement été inflammée lors de l'accident puisque son patient n'avait jamais eu de douleur auparavant.

Par duplique du 11 juillet 2023, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours. Elle exposait en particulier que le rapport du 13 juin 2023 de M._____ ne faisait que confirmer l'appréciation de son médecin-conseil, à savoir que l'épaule gauche du recourant présentait déjà, avant l'accident du 23 mars 2022, des atteintes d'origine dégénérative. Par ailleurs, son médecin-conseil, qui avait connaissance des documents d'imagerie et des rapports y afférents, a bien tenu compte de la bursite - clairement visible, respectivement décrite - avant de rendre ses conclusions.

Dans ses déterminations du 21 juillet 2023, le recourant a confirmé ses précédentes écritures. Il reprochait en outre à l'intimée d'avoir fixé arbitrairement la fin de la prise en charge au 21 juin 2022 et de l'en avoir informé plus de quatre mois plus tard, soit le 25 octobre 2022 (cf. courrier de l'intimée du 25 octobre 2022).

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.

c) Vu la valeur litigieuse, tenant à l'interruption de la prise en charge d'un traitement temporaire n'atteignant manifestement pas le montant de 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 21 juin 2022 pour les suites de l'accident survenu le 23 mars 2022.

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).

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 (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 ; 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. En l'espèce, le Dr C._____, médecin-conseil de l'intimée, a retenu que l'évènement du 23 mars 2022 a causé au recourant une contusion de son épaule gauche. Il a constaté que le recourant présentait un état dégénératif préexistant que l'accident avait décompensé durant trois mois, raison pour laquelle l'intimée a mis fin à la prise en charge au 21 juin 2021. De son côté, le recourant estime que ses douleurs à l'épaule gauche ne sont pas dues à une symptomatologie dégénérative mais à une bursite sous-acromiale, consécutive à sa chute à ski.

Cela étant, les éléments au dossier ne permettent pas de douter des conclusions du médecin-conseil. Son appréciation se fonde sur la base d'un dossier complet ; il a pris connaissance des imageries et des rapports y afférents et a également tenu compte de l'âge du recourant. L'instruction du cas sur le plan médical par le Dr C._____ échappe donc à la critique. A cet égard, il y a en particulier lieu de relever que les deux IRM de l'épaule gauche effectuées (cf. rapports des 14 avril et 21 juin 2022) ont mis en évidence l'existence d'une bursite sous-acromiale, ce dont le Dr C._____ avait parfaitement connaissance. Cependant, l'IRM du 21 juin 2022 a également montré de nombreux signes d'atteintes dégénératives dans la région de la coiffe des rotateurs et de la bourse sous-acromiale susceptibles d'expliquer la bursite sous-acromiale. Etant donné que le Dr C._____ n'a pas constaté de lésion traumatique récente, notamment de déchirure transfixiante, il en a conclu que l'atteinte à la

bourse sous-acromiale n'était pas dû à l'accident du 23 mars 2022 mais à une pathologie dégénérative.

Le rapport du 13 juin 2023 de M. _____, physiothérapeute du recourant, ne permet pas d'infirmier ce constat. En effet, celui-ci expose que les imageries ont montré une bursite sous-acromiale très épaisse d'origine inflammatoire, apparue après l'évènement du 23 mars 2022. Selon lui, - tout comme le recourant d'ailleurs - l'inflammation de la bourse sous-acromiale était due audit évènement dans la mesure où le recourant n'avait jamais eu de douleur avant cette date. Cependant, et comme cela a été rappelé ci-dessus (cf. *supra* consid. 3b), un tel raisonnement, qu'il convient de qualifier de *post hoc ergo propter hoc*, n'est pas à lui seul suffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 23 mars 2022 et les douleurs du recourant à son épaule.

C'est par conséquent de manière conforme au droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations sur la base de l'appréciation probante de son médecin-conseil en retenant que l'état de santé du recourant tel qu'il aurait été sans l'accident du 23 mars 2022 était atteint le 21 juin 2022 au plus tard et que les troubles subsistant au-delà de cette date n'étaient plus liés à l'accident mais à une maladie. A cet égard, c'est le lieu de rappeler que la jurisprudence (TF 8C_167/2018 du 28 février 2019 consid. 6.5) considère qu'il n'est pas possible de déterminer au jour près la date du *statu quo sine* et admet ainsi un certain schématisme dans ce cadre. Dès lors le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il argue que le *statu quo sine* a été fixé de manière arbitraire par l'intimée.

Enfin, l'on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir rétroactivement mis un terme à la prise en charge des prestations pour soins. En effet, de telles prestations ne sont pas considérées par la jurisprudence comme des prestations durables au sens de l'art. 17 LPGA - qui ne pourraient être modifiées que pour l'avenir - et peuvent donc à l'instar des indemnités journalières être ajustées, y compris supprimées, de manière rétroactive (ATF 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7 ; Margit Moser-

Szeless in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 39 s. ad art. 17). L'intimée était donc autorisée à mettre un terme aux prestations pour soins à compter du 21 juin 2022 par une décision rendue ultérieurement, soit en l'occurrence le 9 novembre 2022.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} 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,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 16 mars 2023 par U._____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Z._____, à [...],
- U._____ SA, à [...],

- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :