

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juin 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Gutmann et Berthoud  
Greffier : M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**ASSURANCE Y.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, recourante,

**N.** \_\_\_\_\_, à Versonnex, recourant,

et

**ASSURANCE A.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Martigny, intimée,

---

**Art. 49 al. 4, 59 LPG; 6 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 26 février 1961, enseignant à l'école [...] de Genève, est assuré auprès du Assurance A. \_\_\_\_\_ SA (ci-après: Assurance A. \_\_\_\_\_ SA) contre les accidents professionnels et non professionnels et auprès d'Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA (ci-après: Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA) pour l'assurance obligatoire des soins.

Le 25 juin 2008, durant un match de football, l'assuré est tombé et a tapé l'épaule droite au sol. Il a consulté le service médical de l'école le lendemain, puis le 27 juin 2008 le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale ainsi qu'en médecine physique et réadaptation à l'Hôpital [...] à Meyrin. Celui-ci a effectué des radiographies et a retenu le diagnostic de contusion de l'épaule droite.

**b)** Les vacances scolaires ayant débuté le 28 juin 2008, l'assuré n'a pas subi d'incapacité de travail. De retour de vacances, qu'il a passées au Canada, l'assuré a de nouveau consulte à fin août 2008 le Dr C. \_\_\_\_\_. L'IRM du 30 septembre 2008 organisée par ce médecin a révélé une rupture complète avec rétraction du tendon du muscle sus-épineux et une atrophie de la masse charnue, une rupture partielle de la partie supérieure du muscle sous-épineux et des signes de tendinopathie du reste du tendon, une tendinopathie du muscle sous-scapulaire avec tendance de subluxation du long chef du biceps dans sa gouttière en direction interne et des kystes de type dégénératif au niveau de la tête de l'humérus. Une injection de cortisone a été pratiquée pour calmer la douleur.

**c)** Le 31 octobre 2008, l'assuré a consulté le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital [...] à Meyrin, qui a posé le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs et a retenu une étiologie accidentelle et chronique.

Le 24 novembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu au Assurance A.\_\_\_\_\_ SA que l'étiologie de l'affection était : "accident + chronique", avec un pronostic réservé.

**d)** Le 5 février 2009, le Assurance A.\_\_\_\_\_ SA a rendu une décision de refus de prise en charge au-delà du 30 septembre 2008, au motif que selon son médecin-conseil, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les lésions de l'épaule droite existaient déjà avant l'accident du 25 juin 2008, lequel n'avait fait qu'aggraver momentanément un état dégénératif préexistant.

Par certificat du 13 février 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté que les différentes investigations effectuées avaient mis en évidence une déchirure complète du tendon du muscle du sus-épineux, avec rétraction du tendon, jusqu'à la hauteur du bourrelet supérieur et que cette condition n'était en aucun cas d'origine dégénérative ou préexistante au traumatisme subi par le patient, en précisant que l'IRM mentionnait l'absence d'amyotrophie graisseuse du muscle, témoin qu'il s'agissait d'un événement récent, soit celui du 27 (recte : 25) juin 2008, compatible avec le traumatisme.

Par fax du 19 février 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu à Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA , qui s'étonnait que N.\_\_\_\_\_ refuse de considérer que la rupture du tendon du muscle sus-épineux de son épaule droite était la conséquence de l'accident du 25 juin 2008 : "En fait il est effectivement très probable que des lésions dégénératives étaient pré-existantes chez ce patient; par contre l'état antérieur au traumatisme n'est pas du tout retrouvé et il est impossible de dire que ce choc n'a pas pu causer l'étendue de la rupture actuelle. Donc il s'agit strictement d'une appréciation et de point de vue entre 2 assurances ... (...)".

**e)** Le 19 février 2009, l'assuré a formé opposition contre la décision du 5 février 2009. Dans le cadre de son opposition, il a produit un certificat médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 13 février 2009, selon lequel c'était

l'événement du 25 juin 2008 qui était responsable de la rupture tendineuse, laquelle entrerait dans le cadre des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. Il a en outre produit un certificat médical du 26 février 2009 du Dr F. \_\_\_\_\_, selon lequel son état actuel était strictement lié au traumatisme du 27 juin 2008, même s'il n'était pas exclu que certains troubles dégénératifs aient pu préexister. Enfin, il a produit un certificat médical du 24 mars 2009 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel la lésion qu'il présentait était très vraisemblablement d'origine traumatique.

**f)** Par certificat médical du 26 février 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que l'état actuel de l'assuré était strictement lié au traumatisme subi le 27 (recte : 25) juin 2008, sans exclure que certains troubles dégénératifs aient pu pré-exister, mais que ceux-ci étaient probablement d'une importance mineure et n'avaient eu aucune influence sur la fonction du patient.

Dans une lettre du 24 mars 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a relevé que l'épaule de N. \_\_\_\_\_ n'avait "jamais été symptomatique auparavant", que la musculature ne présentait aucune signe d'infiltration graisseuse et qu'au vu du traumatisme adéquat et du jeune âge du patient, de l'absence d'antécédent et de l'absence d'image radiologique parlant en faveur d'un processus récent, la lésion à l'épaule droite était très vraisemblablement d'origine traumatique.

Dans un rapport des 16 février et 4 avril 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a constaté notamment ce qui suit :

"En fin de compte, même si on peut à l'extrême limite admettre une relation causale toute rudimentaire entre l'événement incriminé et la pathologie de cette épaule, cette relation causale devrait être reconnue comme aléatoire. En effet, il faut se résoudre à accepter que, compte tenu de l'état dégénératif avancé de cette épaule, une symptomatologie douloureuse se serait assurément installée, à brève échéance, spontanément ou même suite à un banal geste quotidien (ce qui est très souvent le cas).

Pour la seule **contusion/entorse bénigne de l'épaule**, avec possible contusion sous-acromiale, qu'a subi ce patient le 25 juin 2008, le **status quo ante/sine** aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai maximal de 1-2 mois. Une extension dans le temps peut être admise compte tenu de l'état dégénératif sous-jacent avancé, impliquant une possible fragilité tissulaire exagérée et partant, un rétablissement plus lent, par ex. pour 2 mois supplémentaires (incluant donc l'infiltration sous-acromiale faite en début septembre). Au-delà, l'évolution de l'épaule droite de N.\_\_\_\_\_ fut manifestement régie par un état pathologique sous-jacent, évoluant depuis de nombreuses années."

Dans une lettre adressée le 25 mai 2009 au Assurance A.\_\_\_\_\_ SA, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré que l'argumentation du Dr X.\_\_\_\_\_ était "édifiante de subjectivité et de parti pris" et que l'analyse de celui-ci, "lacunaire et pathétique", n'était pas le reflet des connaissances scientifiques actuelles, en sollicitant l'établissement d'un nouveau rapport auprès d'un chirurgien orthopédiste sérieux.

Dans une lettre adressée le 2 juin 2009 au Dr X.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ a contesté le rapport de son confrère et requis une nouvelle appréciation du cas à l'aide d'une expertise orthopédique neutre.

**g)** Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2009, Assurance A.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 5 février 2009, qu'il a confirmée, en considérant en substance que l'avis de son médecin-conseil, confirmé dans un rapport médical détaillé du 4 avril 2009 rédigé après examen de l'assuré le 16 février 2009, devait être préféré à celui des médecins consultés par l'assuré.

**h)** Par lettre du 6 janvier 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté que N.\_\_\_\_\_ présentait une rupture massive de la coiffe de ses rotateurs sans état pré-existant dans le cadre d'un traumatisme adéquat et que les lésions conséquentes desdites coiffes restaient l'apanage du traumatisme subi lors de la chute du 26 (recte : 25) juin 2008, si bien qu'il était extrêmement probable que la lésion ait eu une origine traumatique.

**B. a)** Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 8 janvier 2010 (cause AA 3/10). Elle soutient que

dans la mesure où il n'est pas prouvé que les lésions sont d'origine exclusivement dégénératives, le cas doit être à la charge de l'assureur-accidents. Elle estime que le lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel du 25 juin 2008 et les troubles de l'épaule droite de l'assuré a persisté au-delà du 30 septembre 2008, de sorte que l'intimée est tenue à prestation, pour les suites de l'atteinte à l'épaule droite, au-delà de cette date. Elle conclut principalement à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens que tous les frais de traitement en lien avec l'événement du 25 juin 2008, notamment l'opération du muscle sus-épineux de l'épaule droite encore à réaliser, sont à la charge du Assurance A.\_\_\_\_\_ SA sans restriction temporelle; à titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier au Assurance A.\_\_\_\_\_ SA pour nouvelle décision au sens des considérants.

**b)** L'assuré a également recouru contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2009 par acte du 12 janvier 2010 (cause AA 6/10). Il met en cause le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2009 – pièce centrale pour la justification de l'atteinte du status quo ante ou sine – en invoquant le comportement surprenant de l'expert et les remarques douteuses contenues dans son rapport et en soutenant que la valeur probante de ce document est réduite et insuffisante pour motiver une décision légale. Par ailleurs, le recourant relève que le Tribunal fédéral a considérablement pondéré la valeur probante des rapports provenant de médecins internes à la compagnie (TF 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009, destiné à la publication). Dans l'arrêt en question, la Haute cour rappelle que les rapports provenant de médecins internes à la compagnie ont une valeur probante présumée moindre qu'une expertise externe mandatée dans le cadre de l'art. 44 LPG; la valeur probante de ces rapports internes à l'assureur est de surcroît encore plus affaiblie si le(s) avis du (des) médecin(s) traitant(s) met(tent) sérieusement en cause le bien-fondé des constatations du médecin interne à l'assureur, quand bien même il(s) ne respectera(en)t pas les exigences de valeur probante posées par l'ATF 125 V 351 ; l'assureur ne pourra pas simplement balayer ces doutes en renvoyant à la seule provenance – potentiellement prévenue – du rapport du médecin traitant, mais doit poursuivre l'instruction et ordonner une

expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA. Or selon le recourant, tel est le cas ici, puisque pas moins de quatre médecins spécialisés (en tenant compte d'un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2009) ont émis des arguments concrets (notamment l'absence de signes d'infiltration graisseuse au niveau du muscle, la compatibilité du bilan radiologique avec une avulsion osseuse et la rétraction du tendon jusqu'à la hauteur du bourrelet supérieur) tendant clairement à mettre en doute le bien-fondé de l'avis de l'expert. Le Dr X. \_\_\_\_\_ ne s'est par ailleurs pas prononcé sur les différents points évoqués par les trois premiers spécialistes impliqués.

Le recourant conclut ainsi, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens que les prestations LAA sont octroyées au-delà du 30 septembre 2008 et que le status quo ante/sine de l'accident du 25 juin 2008 n'est pas atteint à ce jour, et subsidiairement à l'annulation de cette décision, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour complément d'instruction en vue de déterminer le droit éventuel aux prestations légales, notamment la mise sur pied d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA.

**c)** Le 19 février 2010, l'intimée Assurance A. \_\_\_\_\_ SA a déposé deux mémoires de réponse séparés dans les causes AA 3/10 et AA 6/10, dont elle a requis la jonction. Sur le fond, Assurance A. \_\_\_\_\_ SA conclut au rejet tant du recours d'Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA que de celui de l'assuré et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

Exposant qu'est litigieuse la question de savoir si les troubles de l'épaule droite de l'assuré au-delà du 30 septembre 2008 sont en relation de causalité avec l'événement du 25 juin 2008, et à ce titre à la charge du Assurance A. \_\_\_\_\_ SA, l'intimée renvoie à sa décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2009, avec quelques compléments. En particulier, elle relève que l'IRM du 30 septembre 2009 a révélé une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs atteignant un stade avancé, évoluant donc depuis de nombreuses années, ainsi qu'une atrophie importante du muscle sus-épineux. Ces éléments parlent en faveur d'une évolution dégénérative de longue date suffisamment

importante pour qu'à partir du 30 septembre 2009 l'évolution de l'épaule droite doive être considérée comme « manifestement régie par un état pathologique sous-jacent, évoluant depuis de nombreuses années ». A cette date, il y a donc lieu de considérer que le status quo sine est atteint, le caractère exclusivement maladif ou dégénératif étant manifeste, conformément à la jurisprudence (TFA U 162/06). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_, en page 7 de son rapport du 4 avril 2009. L'événement du 25 juin 2009 a causé une simple contusion de l'épaule droite. En revanche, les lésions constatées le 30 septembre 2009 ne peuvent être considérées comme étant en relation de causalité avec l'accident, mais sont d'origine manifestement dégénérative.

Le 23 février 2010, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AA 3/10 et AA 6/10.

**d)** Dans sa réplique du 10 mars 2010, Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA expose que selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, et que, s'agissant dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). Or en l'espèce, aucun rapport médical versé au dossier ne permettrait de retenir le retour au status quo ante/sine le jour de l'arthrographie-IRM, c'est-à-dire le 30 septembre 2008. Par ailleurs, comme l'intervention chirurgicale prévue le 23 février 2009 a déjà eu lieu le 2 octobre 2009, Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA modifie sa conclusion principale en réforme en ce sens que tous les frais de traitement en lien avec l'événement du 25 juin 2008, notamment l'intervention chirurgicale du 2 octobre 2009, sont à la charge de l'Assurance A.\_\_\_\_\_ SA sans restriction temporelle. Pour le reste, elle maintient en tous points sa position telle qu'exposée dans son acte de recours du 8 janvier 2010.

L'assuré a également déposé une réplique le 18 mars 2010, et l'intimée a déposé une duplique le 23 avril 2010.

e) Le 29 avril 2010, une expertise orthopédique a été ordonnée et confiée au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Lausanne. Le rapport d'expertise, daté du 30 novembre 2010, contient une anamnèse (p. 3-4), les plaintes subjectives de l'expertisé (p. 5), le status clinique (p. 5-7), l'interprétation du bilan radiologique (p. 7), une appréciation du cas (p. 8-11) et les réponses aux questions (p. 12-15). Il en ressort en particulier ce qui suit :

#### **« Appréciation du cas**

Il s'agit d'un homme de 49 ans en date de l'expertise, qui a fait une chute de sa hauteur sur le côté droit à l'occasion d'un match de football, à la suite de laquelle il a présenté des douleurs à l'épaule droite et pour lesquelles il consulte un jour plus tard. Il peut encore bouger l'épaule, le bilan radiologique ne met pas en évidence de fracture, l'assuré part deux jours plus tard au Canada pour ses vacances prévues de longue date. Durant son séjour de près de deux mois au Canada, il continue à présenter des douleurs, mais il a retrouvé rapidement une mobilité totale de son membre supérieur. Il ne consultera pas sur place, malgré le fait qu'il devra aller à l'hôpital en raison d'une bursite infectée au coude gauche traitée par antibiothérapie, survenue dans les suites d'un coup en coupant du petit bois pour allumer le feu dans son chalet au Canada.

De retour en Suisse, les douleurs perdurent, des investigations sont faites, mettant en évidence une rupture complète rétractée à la glène du tendon sus-épineux avec une atrophie de la musculature. Le diagnostic initial posé par le Dr. C.\_\_\_\_\_ qui était une contusion de l'épaule droite, devient alors celui de rupture de la coiffe des rotateurs, une infiltration est pratiquée, mais avec peu d'effet, N.\_\_\_\_\_ est alors adressée au Dr. F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, qui propose une intervention chirurgicale. Le patient est vu par le Dr. F.\_\_\_\_\_ à la fin du mois d'octobre 2008, qui fixe l'intervention fin février 2009 soit quatre mois plus tard. L'assureur LAA refuse la prise en charge deux semaines avant l'intervention, il s'en suit le litige, à savoir si la pathologie présentée par N.\_\_\_\_\_ est une pathologie maladie dégénérative dans un contexte de contusion comme le déclare le Dr. X.\_\_\_\_\_ médecin conseil de l'assureur LAA, ou une maladie purement traumatique comme le déclare le chirurgien des HUG le Dr. Q.\_\_\_\_\_, ou alors mixte comme l'a déclaré initialement le Dr. F.\_\_\_\_\_ dans son rapport initial du 24.11.08, rapport écrit avant la problématique assécurologique, où il déclare

«Diagnostic: rupture massive de la coiffe des rotateurs. Etiologie de l'affection en cause: accident + chronique. Participation d'un état antérieur: probable. Et surtout pronostic: réservé ».

Je pense que le plus important est cette remarque dite sous pronostic réservé: qui se révèle en fait à l'état antérieur, à la notion de chronique. Dans le même sens, le Dr. P.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, déclare que l'avis ne pourra être fait que sur la consultation de tous les éléments, compte tenu que les troubles dégénératifs sont certes présents, mais la chute n'est pas [à] négliger.

On voit donc d'emblée qu'il n'existe pas deux avis différents, mais une nuance d'avis allant du tout dégénératif au tout traumatique.

Avant de m'avancer plus loin dans la discussion, j'aimerai[s] rappeler quelques éléments importants concernant les épaules, en particulier la coiffe des rotateurs, de son évolution au cours du temps et de l'importance des maladies qu'elle présente et de leurs expression cliniques.

La coiffe des rotateurs est soumise au fil du phénomène naturel du vieillissement à un processus dégénératif (12), qui s'échelonne sur différents stades caractéristiques (2, 17-20). Quoique le vieillissement biologique ne soit pas dépendant de l'âge chronologique, il est néanmoins admis de façon unanime que les pertes de substance de la coiffe d'étiologie dégénérative s'accroissent, l'âge aidant, en ce qui concerne leur fréquence, leur épaisseur et leur étendue, ce qui a pu être démontré dans une recherche de la littérature pratiquée dans ce contexte (21). Sur le plan microscopique, le processus débute déjà avant l'âge de 30 ans (12-20, 22). Cependant, les lésions partielles sont rares avant l'âge de 35 à 40 ans mais leur nombre s'accroît dans la cinquième décennie pour aboutir après 50 ans aux pertes de substance totales, transfixiantes. (Selon les études, leur taux s'élève de 5 à 25%). Pieper et collaborateurs (23, 24) constatent qu'il existe une unité d'opinion dans la littérature selon laquelle les altérations dégénératives débutent entre la trentième et la trente-cinquième année d'existence. Leur nombre s'accroît par la suite : ainsi, Neer (25) situe le stade III de l'impingement, dans lequel s'inscrivent les pertes de substance partielles ou complètes, au-delà de 40 ans. Dans ce scénario d'altérations progressives, Breazeale et Craig (9) considèrent que les pertes de substance partielles de la coiffe des rotateurs sont extrêmement courantes. Pour ce type de lésions partielles (localisées du côté de la bourse sous-acromiale, dans la substance du tendon ou - le plus fréquemment - sur l'aspect articulaire) une incidence de 6 à 33% a été calculée à la suite d'étude cadavériques, ce nombre se situant de 6 à 19% pour les lésions transfixiantes. Beickert et Btihren (6) concluent : avant 40 ans, les pertes de substances partielles de la coiffe des rotateurs sont rares (moins de 5%); entre 40 et 50 ans, le nombre des lésions partielles symptomatiques s'accroît; entre 50 et 60 ans, la plupart des pertes de substance de la coiffe deviennent symptomatiques et ont comme

corollaires une nécessité de traitement et une incapacité de travail. Chez les sujets asymptomatiques, il est possible de démontrer dans 13 à 30% des cas des pertes de substance partielles ou complètes de la coiffe des rotateurs. Au-delà de 60 ans, la vraisemblance d'être confronté à une perte de substance de la coiffe des rotateurs s'accroît rapidement. Toutefois, son taux varie - selon les études, les patients inclus et l'âge - fortement. Il est intéressant d'observer que la solution de continuité de la coiffe des rotateurs n'est pas subite, comme dans le cas de la rupture du tendon d'Achille, mais qu'elle s'installe de façon graduelle et progressive au fil des mois et des ans écoulés (8-10, 12, 20, 26).

Sur la base de ces éléments, on peut conclure: moins l'action vulnérante est importante, plus la lésion dégénérative ou malade du tendon du sus-épineux doit être importante afin qu'une rupture puisse se produire.

Si l'on en revient au cas présenté par N. \_\_\_\_\_ il s'agit d'un homme en bonne santé de la cinquantaine, sans antécédent à son épaule droite. Lors d'un match de football le 25 juin 2008 il chute de sa hauteur sur l'épaule droite. Il ne s'agit pas d'un mécanisme à haute énergie, il va présenter d'emblée des douleurs à l'épaule droite, mais sans impotence fonctionnelle majeure de son épaule droite comme l'on trouve lors des ruptures complètes traumatiques récentes du tendon du sus-épineux. Dans ces cas il existe une absence totale d'élévation du bras qui perdure, persistante à plus de trois semaines, pour lesquelles les patients se plaignent clairement en disant qu'ils ne peuvent pas du tout bouger l'épaule.

Dans le cas des contusions d'épaules présentant des ruptures anciennes partielles ou complètes asymptomatiques du tendon du sus-épineux, dès la diminution de la douleur due à la contusion, soit quelques jours à une semaine, les patients présentent à nouveau une élévation active mais douloureuse.

Dans le cas de N. \_\_\_\_\_, il a récupéré rapidement une mobilité pratiquement totale, mais les douleurs ont persistés. Il a eu l'occasion, en raison de la plaie à son coude gauche qu'il s'est faite en coupant du bois, de consulter pour son épaule droite, mais il ne l'a pas fait. Ce n'est que trois mois après l'événement, que le bilan par IRM a montré l'étendue des lésions soit une rupture complète du tendon du sus-épineux rétracté à la glène, associée à une amyotrophie importante de son chef musculaire, une rupture partielle également du tendon du muscle sus-épineux et sous-scapulaire, et des lésions du tendon du long chef du biceps. Cette lésion n'a pu se faire lors de l'événement du 25 juin 2008, car une rupture complète d'un tendon et partielle de deux autres tendons entraîne une impotence fonctionnelle totale qui perdure ce qui n'a pas été le cas chez N. \_\_\_\_\_.

L'amyotrophie importante du muscle sus-épineux en rapport avec la rétraction à la glène, n'a pu également se faire en trois mois, il s'agit

de lésions dégénératives progressives se faisant sur plus d'une année, de même que les lésions kystiques, la sclérose et les irrégularités du trochiter.

Chez N.\_\_\_\_\_, le bilan arthroscopique du Dr. Q.\_\_\_\_\_ a confirmé l'importance des lésions de la coiffe et malgré l'intervention chirurgicale et la suture des tendons, l'évolution de la maladie n'a pu être interrompue puisque dix mois après l'intervention chirurgicale, on constate non seulement à nouveau une rupture du muscle du sus-épineux, mais la poursuite de la maladie avec une involution graisseuse stade III selon Goutallier (classification de I à IV) du muscle sus-épineux associée à une amyotrophie massive du muscle du sous-épineux et une poursuite de la lésion du tendon du sous-scapulaire, ceci malgré une récupération de la mobilité de l'épaule droite.

Ceci montre clairement une poursuite de la maladie des tendons de la coiffe des rotateurs que la suture chirurgicale n'a pu arrêter. Il s'agit clairement d'un échec précoce massif, pour lequel le geste chirurgical n'empêche pas la poursuite de la maladie qui est prépondérante.

Dans le cas de N.\_\_\_\_\_, l'ensemble des éléments soit une chute relativement mineure, un bilan radiologique standard initial pratiqué deux jours après la chute montrant des signes dégénératifs indirects d'une rupture de la coiffe des rotateurs, rupture étendue, massive, confirmée trois mois plus tard à l'IRM, une récupération de la mobilité complète après quelques jours mais avec une persistance des douleurs, et enfin une rerupture rapide avec poursuite de la maladie dégénérative des muscles de la coiffe des rotateurs, font que sur le plan de la LAA, la causalité naturelle entre l'événement et la mise en évidence de cette lésion n'est que possible. La seule relation de causalité chronologique n'est pas suffisante pour affirmer la causalité. (« post hoc ergo propter hoc »).

L'événement du 25 juin 2008 a entraîné une contusion de l'épaule droite, avec un statu quo sine que je fixerai à trois mois après l'événement. Au-delà de cette date, l'évolution de l'épaule droite de N.\_\_\_\_\_ est déterminée de façon prépondérante par l'état antérieur de la coiffe des rotateurs même si l'épaule droite était asymptomatique.

## **Réponses aux questions**

(...)

### **Question 4 : Diagnostics?**

- Contusion de l'épaule droite le 25.06.08.
- Ancienne rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec actuellement amyotrophie et dégénérescence graisseuse stade III selon Goutallier du sus-épineux.
- Rerupture du sus-épineux droit après suture chirurgicale.

**Question 5: Les troubles constatés par l'arthro-IRM du 30 septembre 2008 sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 25 juin 2008 de façon: certaine, probable (>50%), seulement possible ou exclue ? Merci d'étayer votre réponse.**

L'événement du 25.06.08 a entraîné une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et a révélé une ancienne rupture asymptomatique, maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour laquelle la suture chirurgicale du tendon, n'a pu enrayer la poursuite de la dégradation du tendon, l'amyotrophie et la dégénérescence graisseuse du muscle sus-épineux et l'amyotrophie des autres muscles de la coiffe. C.f. appréciation du cas.

(...)

**Question 6: Des facteurs étrangers à cet accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure (%) ?**

La chute n'a entraîné qu'une contusion de l'épaule droite et a révélé la symptomatologie sous-jacente asymptomatique.

**En particulier, l'arthro-IRM du 30 septembre 2008 a-t-elle révélé des troubles d'origine dégénérative? Si oui, lesquels et quelle est leur importance dans le tableau général?**

L'événement du 25.06.08 a entraîné une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et a révélé une ancienne rupture asymptomatique, maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour laquelle la suture n'a pu enrayer la poursuite de la dégradation du tendon, l'amyotrophie et la dégénérescence graisseuse du muscle sus-épineux et l'amyotrophie des autres muscles de la coiffe. C.f. appréciation du cas.

**Question 7 : Quand le statu quo ante resp. sine, a-t-il été atteint?**

Je fixerai un statu quo sine trois mois après la chute du 25 juin 2008, date au-delà de laquelle les éléments antérieurs deviennent prépondérants.

(...)

**Question 13 : Remarque?**

Si les maladies silencieuses sont particulièrement bien connues des médecins internistes et des patients (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, hyperglycémie), ces maladies asymptomatiques entraînant subitement et brusquement des symptômes bruyants comme des infarctus ou des ictus, les maladies silencieuses dégénératives ostéo-articulaires sont nettement moins connues.

Quand ces symptomatologies sont révélées à l'occasion d'une contusion banale, ceci crée des problèmes majeurs d'acceptation de la pathologie dégénérative sous-jacente, particulièrement lorsqu'elle était totalement asymptomatique. »

**f)** Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport de l'expert judiciaire du 30 novembre 2010.

**aa)** Dans ses déterminations du 18 janvier 2011, l'intimée estime que l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, complète et détaillée, a pleine valeur probante et qu'au vu des conclusions de cette expertise, force est de constater que l'événement du 25 juin 2008 n'a pu causer qu'une contusion de l'épaule et que le retour au status quo sine est atteint au plus tard à fin septembre 2008 ; au-delà de cette date, l'évolution de l'épaule droite est « manifestation régie par un état pathologique sous-jacent » (TFA U 162/06) et n'est donc pas à la charge de l'assureur-accidents.

**bb)** Dans ses déterminations du 18 janvier 2011, Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA relève que si la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel du 25 juin 2008 et les troubles de l'épaule droite de l'assuré fait débat, tous les praticiens consultés - y compris l'expert judiciaire - s'accordent sur le type de lésion dont souffre l'assuré, à savoir une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Une rupture de la coiffe des rotateurs constituant une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, la jurisprudence concernant cette disposition est par conséquent applicable au cas d'espèce. Or selon la jurisprudence, il suffit pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle que l'événement accidentel soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé ; un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Par ailleurs, les lésions évoquées à l'art. 9 al. 2 OLAA, let. a à h, doivent avoir eu une cause extérieure (un facteur déclenchant), sans laquelle on ne saurait parler d'une atteinte assimilée à un accident. Dans ce sens, une rupture (ou une déchirure), totale ou partielle, de la coiffe des rotateurs de

l'épaule est assimilée à un accident, même si elle n'a pas été causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire mais fait suite à un événement en soi relativement ordinaire (ATF 123 V 44).

Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA relève ensuite que le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fixé le status quo sine trois mois après la chute du 25 juin 2008, « date au-delà de laquelle les éléments antérieurs deviennent prépondérants ». Or selon la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 OLAA, si un facteur extérieur n'a fait que déclencher les symptômes d'une lésion assimilée à un accident, le droit aux prestations prend fin lorsque le retour à un status quo ante ou à un status quo sine, c'est-à-dire le caractère désormais exclusivement dégénératif ou maladif de l'atteinte à la santé, est clairement établi ; le degré de la vraisemblance prépondérante ne suffit pas, sans quoi l'on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (cf. TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2). Au regard de cette jurisprudence, l'argumentation de l'expert se fondant exclusivement sur le caractère dégénératif marqué des lésions en cause n'est pas déterminante pour conduire à la négation des prestations, dans la mesure où l'on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle ou si elles revêtent une origine dégénérative, mais bien plutôt si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. En tout état de cause, les raisons permettant de tenir compte d'un status quo sine de trois mois post événement accidentel ne font l'objet d'aucune explication de la part de l'expert. Dans ces conditions, l'expertise judiciaire ne permettrait pas de retenir que les lésions subsistant à fin septembre 2008 auraient désormais un caractère exclusivement dégénératif.

**cc)** Dans ses déterminations du 9 février 2011, l'assuré relève que l'anamnèse contenue dans le rapport d'expertise contient plusieurs erreurs. En outre, dans l'appréciation du cas, l'expert minimiserait clairement l'événement accidentel, puisqu'il n'évoque qu'une chute de l'assuré de sa hauteur, alors qu'il s'agissait d'une collision pendant une action de jeux avec une chute, dans laquelle l'énergie déployée est bien

supérieure. Par ailleurs, toujours dans l'appréciation du cas, l'expert indique que le recourant présentait une mobilité totale de son membre supérieur endommagé, ce qui serait complètement faux et ne trouverait aucun support dans le dossier médical. Or si l'affirmation de l'expert selon laquelle «moins l'action vulnérante est importante, plus la lésion dégénérative ou malade du tendon du sus-épineux doit être importante afin qu'une rupture puisse se produire» est en soi logique, elle ne l'est que pour autant que les deux éléments-clés (état de l'épaule et action vulnérante) soient correctement évalués, ce qui ne serait pas le cas en l'espèce. Le recourant estime qu'il convient ainsi de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, dont les conclusions seraient mal motivées. Il produit en outre un nouveau rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 2 février 2011, rédigé ensuite de la nouvelle intervention que ce praticien avait pratiquée une semaine auparavant sur l'épaule droite du recourant, et dans lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_ conteste les conclusions de Dr Z.\_\_\_\_\_.

**g)** Le 14 février 2011, le juge instructeur a invité l'expert judiciaire à se déterminer sur les éléments ressortant de l'écriture du recourant du 9 février 2011 et du rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 7 février 2011 et à indiquer les motifs pour lesquels ces éléments étaient ou non de nature à modifier son appréciation.

Dans son rapport complémentaire du 11 mars 2011, l'expert judiciaire s'est déterminé sur les éléments ressortant de l'écriture du recourant du 9 février 2011 et du rapport médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 7 février 2011. S'agissant en particulier du déroulement de l'événement accidentel, il indique que le recourant n'a pas précisé clairement le mécanisme lésionnel, ayant parlé d'une collision puis d'une chute. Concernant la récupération de la mobilité complète, l'expert indique s'être fondé sur ce que le recourant lui a dit lors de l'expertise, mais également sur le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2008, écrit avant le litige asséculogique, où il est noté sous constatations subjectives et objectives des douleurs aux tests de coiffe. Concernant les remarques sur son raisonnement des pages 9 et 10, l'expert relève qu'il ne fait que citer la

littérature pour laquelle il a mentionné les références. Concernant la lettre du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 7 février 2011, l'expert indique que s'il est vrai qu'une prise en charge rapide doit être faite pour les ruptures traumatiques, car les patients présentent une impotence fonctionnelle complète qui perdure, le délai de prise en charge pour les lésions des coiffes chroniques est tout à fait différent, puisque l'on acquiert dans un délai d'une semaine à dix jours une mobilisation pratiquement complète, mais certes douloureuse, de sorte que le délai de l'indication opératoire change tout à fait ; concernant la dégénérescence de stade III selon Goutallier, l'expert expose que le radiologue qui a pratiqué l'arthro-IRM le 30 septembre 2010 déclare clairement dans ses conclusions en haut de la 2<sup>e</sup> page qu'il existe une « importante atrophie volumique du muscle supra-épineux, infiltration graisseuse de stade III selon Goutallier au moins » ; enfin, concernant la récurrence immédiate de la rupture, l'expert indique qu'il s'agit soit d'une insuffisance majeure de technique opératoire, ce qu'il ne pense pas, mais plutôt clairement d'une récurrence en relation avec la fréquence élevée des reruptures associées aux lésions dégénératives chroniques anciennes de la coiffe des rotateurs.

**h)** Les parties ont été invitées à se déterminer sur ce rapport d'expertise complémentaire du 11 mars 2011.

**aa)** Dans ses déterminations du 4 avril 2011, Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA indique n'avoir pas de remarque particulière à formuler sur le rapport d'expertise complémentaire. Relevant que le Dr Z. \_\_\_\_\_ se contente de répondre directement aux remarques émises par l'assuré dans son écriture du 9 février 2011, sans apporter d'élément modifiant la position qu'il soutenait dans le cadre du rapport d'expertise du 30 novembre 2010, Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA expose que les remarques qu'elle avait exprimées dans son écriture du 18 janvier 2011 restent ainsi pleinement valables.

**bb)** Dans ses déterminations du 4 avril 2011, l'intimée expose qu'il ressort très clairement de l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ que l'assuré présente une maladie dégénérative grave de la coiffe des rotateurs. Le Dr

Q.\_\_\_\_\_ tente d'en minimiser l'importance dans son rapport du 7 février 2011. Cette dégénérescence de stade III selon Goutailler n'est toutefois pas signalée uniquement par le Dr Z.\_\_\_\_\_, puisqu'elle ressort très clairement de l'IRM du 30 septembre 2008, comme le relève l'expert : « importante atrophie volumique du muscle supra-épineux, infiltration graisseuse de stade III selon Goutailler au moins ». Selon l'expert, la rupture de la coiffe est antérieure à l'accident et n'a donc pas été causée par celui-ci, mais est due à la maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs. Ainsi donc, l'événement du 25 juin 2008 n'a pu causer qu'une contusion de l'épaule, de sorte que le retour au status quo sine est atteint au plus tard à fin septembre 2008. Au-delà de cette date, l'évolution de l'épaule droite est «manifestement régie par un état pathologique sous-jacent» et n'est donc pas à la charge de l'assureur accidents. S'agissant de l'affirmation d'Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA, dans ses déterminations du 18 janvier 2011, selon laquelle les raisons permettant de tenir compte d'un status quo sine de trois mois post événement accidentel ne feraient l'objet d'aucune explication, l'intimée fait valoir que le Dr Z.\_\_\_\_\_ fonde son appréciation sur la présence et la gravité de la maladie dégénérative et que cette appréciation échappe à la critique.

**cc)** Le 7 avril 2011, sur demande de l'assuré, le juge instructeur a accordé la prolongation au 14 avril 2011 du délai imparti à l'assuré pour déposer ses déterminations ; il a informé l'assuré qu'il n'y aurait pas d'autre prolongation.

Le 15 avril 2011, l'assuré a adressé au Tribunal de brèves déterminations auxquelles il a joint la copie d'un rapport d'échographie de l'épaule droite du 29 mars 2011, réalisé six semaines après révision d'une coiffe pour vérifier la cicatrisation, dont il résulte qu'il n'y a pas d'argument échographique en faveur d'une récurrence de déchirure.

Le 27 avril 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et le dossier serait prochainement mis en circulation auprès de la cour.

Le 13 mars 2011, l'assuré a encore transmis au Tribunal un courrier du 12 mai 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci réagit aux déterminations de l'intimé du 4 avril 2011 et réaffirme que l'assuré ne présente pas une maladie dégénérative grave de sa coiffe des rotateurs mais une lésion de sa coiffe à la suite d'un traumatisme.

Le 14 juin 2011, l'intimée a indiqué avoir pris bonne note des remarques formulées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ mais a estimé que rien ne permettait de douter de l'appréciation motivée de l'expert judiciaire.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, les recours d'Assurance Y.\_\_\_\_\_ SA et de l'assuré, interjetés respectivement le 8 et le 12 janvier 2010 (cf. lettres B.a et B.b supra), l'ont été dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition attaquée - compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) - et auprès du tribunal compétent selon l'art. 58 al. 2 LPGA, puisque l'assuré, domicilié en France, a eu son dernier domicile en Suisse à Gland, dans le canton de Vaud.

**c)** Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en

communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. En particulier, l'assureur-maladie social a ainsi qualité pour recourir contre une décision (sur opposition) de refus de prestations prise par un assureur-accident social (cf. ATF 125 V 339 ; 127 V 107 ; TFA U 83/01 du 12 octobre 2001, consid. 2). En l'espèce, tant Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA que l'assuré ont donc qualité pour recourir contre la décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2009 par le Groupe Mutuel.

**d)** La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Dès lors qu'il ne peut être exclu que la valeur litigieuse dépasse 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. 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. 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 (art. 4 LPGA).

Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré (cf. art. 6 al. 1 LAA) suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se

présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références; TF 8C\_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;

- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 ; TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, une rupture (ou une déchirure), totale ou partielle, de la coiffe des rotateurs de l'épaule constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA ; elle est assimilée à un accident, même si elle n'a pas été causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant toutefois que la lésion en question ait été provoquée, du moins partiellement, par un événement dommageable soudain, involontaire et extérieur (ATF 123 V 43 consid. 2b et les références citées ; TF U 171/05 du 23 mai 2006, consid. 4 et 5.1). En d'autres termes, il faut que la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'événement en cause, à défaut de quoi il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

**d)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les

références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**3. a)** En l'espèce, confrontée à des avis médicaux contradictoires - le médecin-conseil de l'intimée estimant que les lésions révélées par l'arthro-IRM du 30 septembre 2008 existaient déjà avant l'événement du 25 juin 2008, lequel n'avait fait d'aggraver momentanément un état dégénératif préexistant (cf. lettres A.d et A.f supra), tandis que les médecins consultés par le recourant estiment que ces lésions sont dues au moins partiellement à l'événement du 25 juin 2008 (cf. lettres A.c et A.e supra) -, une expertise médicale judiciaire a été ordonnée et confiée au Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Lausanne (cf. lettre B.e supra). Le rapport de l'expert judiciaire, daté du 30 novembre 2010, a été établi en pleine connaissance du dossier. L'expert s'est fondé sur des examens complets - comprenant un status clinique détaillé et l'interprétation de l'ensemble des documents radiologiques à disposition - et a également pris en considération les plaintes du recourant pour se prononcer de circonstanciée sur le point litigieux. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont parfaitement claires et les conclusions de l'expert sont soigneusement motivées et convaincantes. Le rapport d'expertise judiciaire, qui est nettement plus fouillé et motivé que les certificats médicaux établis par les médecins consultés par le recourant, remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 2d supra). Il n'existe ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, qui emportent la conviction par leur motivation détaillée et rigoureuse, contrairement aux affirmations peu motivées contenues dans les certificats médicaux invoqués par le recourant, lesquels ne font état d'aucun élément qui serait de nature à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert judiciaire. En outre, l'expert judiciaire s'est déterminé, dans son rapport d'expertise complémentaire du 11 mars 2011 (cf. lettre B.g supra), sur les éléments ressortant de l'écriture du recourant du 9 février 2011 et du rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 7 février 2011 (cf. lettre B.f/cc supra), en expliquant

clairement pour quelles raisons ces éléments n'étaient pas de nature à modifier son appréciation.

**b)** Il ressort du rapport d'expertise judiciaire que l'événement du 25 juin 2008 a entraîné uniquement une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, pour laquelle le status quo sine peut être fixé à trois mois après l'événement, soit à fin septembre 2008. La rupture massive de la coiffe des rotateurs qui a été révélée par l'arthro-IRM du 30 septembre 2008 n'a pas été provoquée, même partiellement, par l'événement du 25 juin 2008 ; celui-ci n'a fait que révéler une ancienne rupture asymptomatique, maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour laquelle la suture chirurgicale du tendon n'a pu enrayer la poursuite de la dégradation du tendon, l'amyotrophie et la dégénérescence graisseuse du muscle sus-épineux et l'amyotrophie des autres muscles de la coiffe. Les lésions subsistant après la fin septembre 2008, date à laquelle la contusion survenue le 25 juin 2008 avait cessé de déployer ses effets, ne peuvent ainsi pas être rattachées à l'événement du 25 juin 2008, mais sont d'origine exclusivement dégénérative (cf. lettre B.e supra).

Ces conclusions sont motivées de manière circonstanciée et convaincante par l'expert judiciaire, qui relève en particulier que dans le cas des contusions d'épaules présentant des ruptures anciennes partielles ou complètes asymptomatiques du tendon du sus-épineux, dès la diminution de la douleur due à la contusion, soit quelques jours à une semaine, les patients présentent à nouveau une élévation active mais douloureuse. Or en l'espèce, le recourant a récupéré rapidement une mobilité pratiquement totale, mais les douleurs ont persisté, comme en attestent les différents rapports médicaux établis ensuite de l'événement du 25 juin 2008, en particulier le rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2008 (qui sous constatations subjectives et objectives fait état uniquement de douleurs au test de coiffe). Ce n'est que trois mois après l'événement, après que le recourant eut passé ses vacances d'été au Canada, que le bilan par IRM a montré l'étendue des lésions, soit une rupture complète du tendon du sus-épineux rétracté à la glène, associée à

une amyotrophie importante de son chef musculaire, une rupture partielle également du tendon du muscle sus-épineux et sous-scapulaire, et des lésions du tendon du long chef du biceps. Cette lésion n'a pu se faire lors de l'événement du 25 juin 2008, car une rupture complète d'un tendon et partielle de deux autres tendons entraîne une impotence fonctionnelle totale qui perdure, ce qui n'a pas été le cas chez le recourant. L'amyotrophie importante du muscle sus-épineux en rapport avec la rétraction à la glène n'a pas non plus pu se faire en trois mois, car il s'agit de lésions dégénératives progressives se faisant sur plus d'une année, de même que les lésions kystiques, la sclérose et les irrégularités du trochiter. Enfin, malgré l'intervention chirurgicale et la suture des tendons, l'évolution de la maladie n'a pas pu être interrompue puisque dix mois après l'intervention chirurgicale, on constate non seulement à nouveau une rupture du muscle du sus-épineux, mais la poursuite de la maladie avec une involution graisseuse stade III selon Goutallier (classification de I à IV) du muscle sus-épineux associée à une amyotrophie massive du muscle du sous-épineux et une poursuite de la lésion du tendon du sous-scapulaire, ceci malgré une récupération de la mobilité de l'épaule droite. Cela montre une poursuite de la maladie des tendons de la coiffe des rotateurs que la suture chirurgicale n'a pu arrêter ; il s'agit clairement d'un échec précoce massif, pour lequel le geste chirurgical n'empêche pas la poursuite de la maladie qui est prépondérante (cf. lettre B.e supra).

**c)** Sur le vu des conclusions soigneusement motivées et convaincantes de l'expert judiciaire, dont il n'existe aucun motif de s'écarter, il y a ainsi lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions de l'épaule droite du recourant subsistant après le 30 septembre 2008 - soit la rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec actuellement amyotrophie et dégénérescence graisseuse stade III selon Goutallier du sus-épineux - ne peuvent pas être rattachées à l'événement du 25 juin 2008, mais sont d'origine exclusivement dégénérative. Par conséquent, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 2b supra), on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer des prestations au-delà du 30

septembre 2008, date à laquelle la contusion provoquée par l'événement du 25 juin 2008 avait cessé de déployer ses effets.

En effet, il résulte des constatations de l'expert que la rupture de la coiffe des rotateurs ne peut pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, être rattachée à l'événement du 25 juin 2008, de sorte que la question du retour au status quo ante ou au status quo sine ne se pose pas en relation avec cette lésion, mais bien avec la seule lésion qui soit en relation de causalité naturelle avec l'événement du 25 juin 2008, à savoir la contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Or, contrairement aux griefs formulé par Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA (cf. lettre B.f/bb supra), l'expert judiciaire n'avait pas besoin de longs développements pour expliquer que cette contusion avait en tous les cas cessé de produire ses effets trois mois plus tard, soit au 30 septembre 2008, date à laquelle seules les lésions d'origine exclusivement dégénérative continuaient de se manifester. A cet égard, il peut être renvoyé au rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 16 février/4 avril 2009, à la fin duquel ce spécialiste a donné les explications détaillées suivantes (cf. lettre A. f supra), qui sont parfaitement conformes avec les conclusions de l'expert judiciaire :

« Pour la seule contusion/entorse bénigne de l'épaule, avec possible contusion sous-acromiale, qu'a subit ce patient le 25 juin 2008, le status quo ante/sine aurait du être considéré comme atteint à l'issu d'un délai maximal de 1-2 mois. Une extension dans le temps peut être admise compte tenu de l'état dégénératif sous-jacent avancé, impliquant une possible fragilité tissulaire exagérée et partant, un rétablissement plus lent, par ex. pour 2 mois supplémentaires (incluant donc l'infiltration sous-acromiale faite en début septembre). Au-delà, l'évolution de l'épaule droite de N. \_\_\_\_\_ fut manifestement régie par un état pathologique sous-jacent, évoluant depuis de nombreuses années. »

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que les recours interjetés par Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA et par l'assuré se révèlent mal fondés et doivent

être rejetés, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que les recourants n'obtiennent pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours interjeté le 8 janvier 2010 par Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA est rejeté.
- II.** Le recours interjeté le 12 janvier 2010 par N. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- III.** La décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2009 par Assurance A. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice 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 :

- Assurance Y. \_\_\_\_\_ SA,
- N. \_\_\_\_\_,

- Assurance A. \_\_\_\_\_ 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).

Le greffier :