

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

E. _____, au [...], recourante,

et

U. _____, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à
Lausanne

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, travaille en qualité de concierge d'infrastructures sportives pour le compte de [...]; à ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès d'U._____ (ci-après : [...] ou l'intimée). Il est en outre assuré au titre de l'assurance-maladie auprès d'E._____ (ci-après : [...] ou la recourante) depuis le 1^{er} janvier 2001.

b) Le 20 juillet 2018, l'assuré a glissé dans la rue ; après s'être rattrapé sur les mains, il a présenté une forte douleur à l'épaule droite. Il a bénéficié de premiers soins à la permanence [...] à Lausanne le 21 juillet 2018. Dans son rapport médical initial, la Dre [...], médecin-assistante, a constaté que l'épaule droite était douloureuse à la face antérieure lors de l'abduction et présentait un Jobe positif. Les radiographies réalisées n'ont pas montré d'atteinte osseuse et le diagnostic de contusion et d'atteinte du muscle supra épineux de l'épaule droite a été posé. L'assuré a été mis au bénéfice d'un traitement conservateur avec une mise au repos du membre en question dans une bretelle et a été en arrêt de travail à 100% jusqu'au 27 juillet 2018.

Le 7 août 2018, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a remis au bénéfice d'un arrêt de travail. Dans son rapport du 27 août 2018, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome acromio-claviculaire avec possible déchirure de la coiffe des rotateurs. Il a constaté que son patient avait récupéré la mobilité de son épaule grâce à la physiothérapie, mais que celui-ci restait gêné par la persistance de douleurs lors d'efforts en hauteur.

L'assuré a repris son travail le 3 septembre 2018. Dès le 1^{er} novembre 2018, il a toutefois à nouveau été en incapacité de travail. Début novembre 2018, il a consulté le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a

constaté la présence d'une amyotrophie de la fosse sus et sous-épineuse de l'épaule droite, une faiblesse dans les rotations et une élévation complète avec des signes de conflit sous-acromial.

Une IRM de l'épaule droite de l'assuré a été réalisée le 12 novembre 2018. Le rapport rédigé le jour même par le Prof. B._____, médecin spécialiste en radiologie ostéo-articulaire et interventionnelle, retient ce qui suit sous les rubriques « description » et « Conclusion »:

Description

L'IRM en abduction rotation externe montre une désinsertion complète avec déchirure transfixiante remontant dans le tendon supra-épineux et s'étendant sur toute la largeur du tendon supra-épineux jusqu'au niveau du tiers supérieur de l'infra-épineux.

Désinsertion distale totale de ce tendon qui est rétracté jusqu'à mi-tête.

Déchirure du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire.

Importante tendinopathie du tendon du long chef du biceps venant s'insinuer dans la déchirure supérieure du sous-scapulaire.

Excellente trophicité musculaire des muscles de la coiffe des rotateurs sans signe d'amyotrophie ni d'infiltration graisseuse.

Bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Pas d'évidence de lésion capsulo-labrale antéro-inférieure ou postérieure ni de lésion gléno-humérale cartilagineuse.

Conclusion

Déchirure par désinsertion complète du tendon supra-épineux avec extension de la déchirure antérieurement au niveau du tiers supérieur du sous-scapulaire.

Tendinopathie du long chef du biceps discrètement subluxée.

Pas de répercussion musculaire.

A la suite du résultat de l'IRM, le Dr H._____ a proposé à son patient une intervention chirurgicale consistant en une arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse du long biceps, réparation du sus-épineux et du sous-scapulaire et infiltration de cellules souches.

Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'U._____, a retenu que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite de l'assuré et l'accident du 20 juillet 2018 devait clairement être nié pour les raisons suivantes :

- 1.** L'âge de l'assuré où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques rares.
- 2.** L'action vulnérante est celle d'un choc axial à travers les membres supérieurs pouvant pincer l'espace sous-acromial de l'épaule mais qui est totalement inappropriée pour solliciter les tendons de la coiffe des rotateurs au-delà de leur point de rupture, même d'une partie de leurs fibres.
- 3.** Pas de notion d'épaule pseudo paralytique immédiate.
- 4.** Le bilan radiologique montre une atteinte étendue de la coiffe des rotateurs touchant plusieurs tendons dont certains sont antagonistes et, par conséquent, pas susceptibles de se rompre simultanément dans une action vulnérante simple. Par contre, cette association se retrouve fréquemment dans les stades avancés de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs avec une tendinopathie perforante du sus-épineux et du sous-scapulaire, par ailleurs très souvent associée à une tendinopathie du long biceps.
- 5.** Présence d'une amyotrophie des fosses sus et sous-épineuses droites à l'examen du Dr H._____.

En conclusion, cet assuré présentait certainement un état pathologique préexistant de son épaule droite sous forme d'une tendinopathie perforante chronique de la coiffe des rotateurs dont la symptomatologie a été révélée et non pas causée lors d'une chute de sa hauteur sur les deux mains le 20.07.2018. La symptomatologie aurait pu débuter n'importe quand, soit par la dynamique des lésions dégénératives elles-mêmes, soit en réponse à un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie courante tel qu'un choc. Pour ces raisons, on ne peut retenir que le diagnostic de contusions des deux mains avec choc axial à travers les membres supérieurs lors de l'événement du 20.07.2018. Sachant qu'une

contusion simple guérit sans séquelles en moins d'un mois dans l'immense majorité des cas, on peut raisonnablement partir du principe que le statu quo sine a dû être retrouvé à cette échéance. A la limite, le délai du statu quo sine pourrait être prolongé à 3 mois pour tenir largement compte du fait que la contusion est survenue sur une épaule déjà manifestement dégénérative. Dans tous les cas, l'opération prévue ainsi que les suites seront clairement à charge de son assurance-maladie.

L'assuré a été opéré le 17 décembre 2018 par le Dr H._____.

Par décision du 5 février 2019, U._____ a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 20 octobre 2018, renoncé à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au 31 octobre 2018 et retiré l'effet suspensif pour tout recours éventuel. Elle a considéré, en se référant à l'avis du Dr P._____, qu'il n'existait plus de lien de causalité naturelle entre l'accident en question et l'état de santé de l'assuré dès le 19 octobre 2018.

Par acte du 14 février 2019, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.

Par acte du 25 février 2019, complété le 8 mai 2019, E._____ a également formé opposition à la décision précitée. Elle a produit les préavis de ses médecins-conseils, les Drs X._____, spécialiste en chirurgie générale, et D._____, spécialiste en radiologie.

Dans son préavis du 21 février 2019, le Dr X._____ a retenu ce qui suit :

Malgré que cliniquement le Dr H._____ ait noté une amyotrophie de la fosse supra et intra épineux à l'examen clinique, l'arthro-IRM du 12.11.2018 ne montre elle aucune amyotrophie ni infiltration graisseuse, mais au contraire une excellente trophicité musculaire au dire du Prof. B._____.

Cette excellente trophicité musculaire n'est pas compatible avec une rupture complète ancienne du tendon du supra-épineux.

Je pense donc que l'accident du 20.07.2018 a décompensé de façon déterminante une pathologie dégénérative préexistante, en transformant en particulier une lésion dégénérative probable du sus-épineux en une rupture complète.

Je pense donc que la décision LAA n'est pas correcte et que l'intervention du Dr H. _____ du 17.12.2018 est en relation de causalité avec l'accident du 20.07.2018.

Pour mieux argumenter cela, svp CD de l'ARTHRO-IRM du 12.11.2018. En fonction des images, je verrais si j'ai besoin d'un 2^{ème} avis radiologique ou non, pour défendre ma position.

Dans son préavis du 30 avril 2019, rédigé en allemand, le Dr D. _____, a admis que l'assuré présentait de multiples lésions d'origine dégénérative. S'agissant du tendon sus-épineux, il a constaté en particulier qu'il avait subi une déchirure partielle de sa partie antérieure (« *eine ansatznahe transmurale Partialruptur des ventralen Anteiles des Tendo musculi supraspinati* »), qu'il présentait des signes de délamination clairement associés à des modifications dégénératives, mais qu'il était fortement oedémateux et présentait un trajet légèrement ondulé, deux éléments qui plaidaient en faveur d'une origine traumatique de la déchirure. Il a également relevé que l'œdème constaté présentait un kinking au niveau de la déchirure et que celle-ci ne se trouvait pas à l'insertion du tendon avec l'humérus - comme cela est généralement le cas lors de lésions dégénératives - mais à quelques millimètres de cette insertion. Il a par ailleurs retenu qu'il était très probable qu'une partie de cette lésion soit récente (« *ziemlich frisch* »). Constatant encore l'absence d'atrophie du muscle sus-épineux et d'infiltration graisseuse, il a considéré, avec une certitude qu'il a qualifiée de quasi absolue (« *mit fast absoluter Sicherheit* »), que la déchirure était au moins partiellement d'origine macro-traumatique, même si une tendinopathie existait déjà clairement au moment de l'accident.

Au vu des éléments précités, U. _____ a soumis le dossier à un autre de ses médecins-conseils, le Dr T. _____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu un rapport médical le 11 juin 2019. Ce médecin a tout d'abord retenu, sur le plan clinique et conformément aux données récentes de la littérature médicale suisse, l'absence de pseudo-paralysie immédiate du membre supérieur dans les suites de cette chute et admis que ce signe était pathognomonique d'une rupture traumatique de la coiffe, que ceci avait été confirmé lors de l'examen en urgence à la permanence de [...] du 21 juillet 2018 où l'abduction était simplement notée douloureuse et qu'en l'absence de pseudo-paralysie de l'épaule, ce tableau était compatible avec une contusion de la coiffe des rotateurs. Sur le plan du mécanisme, l'absence d'énergie cinétique élevée lors de la chute ne pouvait selon lui pas provoquer une rupture tendineuse par étirement. Sur le plan iconographique, il a ensuite retenu que l'existence de stigmates de lésion labrale, qualifiée de SLAP I par le Dr D. _____, était classiquement une déchirure de type dégénératif, que l'œdème constaté au niveau des zones de rupture du tendon pouvait également se rencontrer dans un contexte dégénératif, que l'on ne constatait pas d'œdème musculaire au niveau du muscle infra-épineux, signe d'une rupture traumatique récente de la coiffe des rotateurs et que la délamination tendineuse était également en faveur d'un processus dégénératif. Sur le plan lésionnel, le mécanisme à lui seul n'était pas susceptible de provoquer les lésions subies et un ensemble de signes préexistants étaient d'origine dégénérative. S'agissant en particulier du tendon sous-scapulaire, une lésion étendue de celui-ci était souvent séquelle d'une première lésion qui s'était répercutée au niveau des autres tendons de la coiffe provoquant indirectement et progressivement une déchirure par usure. Quant à la datation de la lésion du tendon sus-épineux, une infiltration graisseuse n'était en principe provoquée qu'en présence d'une rupture complète du sus-épineux, ce qui n'était pas le cas en l'espèce selon le rapport opératoire. Sur la base de ces éléments, le Dr T. _____ a considéré que l'on se trouvait en présence d'un traumatisme survenu sur une épaule présentant des signes dégénératifs non traduits cliniquement auparavant, de sorte que l'on ne pouvait pas conclure que les lésions anatomiques structurelles étaient dues à l'accident en question.

Par décision sur opposition du 4 juillet 2019, U._____, en se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, a rejeté les oppositions et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

B. Par acte du 4 septembre 2019, E._____ a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant à ce que celle-ci soit annulée et à ce qu'U._____ prenne en charge les suites de l'accident du 20 juillet 2018, en particulier l'intervention chirurgicale du 17 décembre 2018 et ses suites.

A l'appui de son recours, E._____ a transmis un nouveau rapport médical du Dr X._____ du 11 juillet 2019, qui tient compte de l'entier du dossier et dont la teneur est la suivante :

Il est vrai que l'assuré n'a pas eu d'épaule pseudo-paralytique dans les suites de son accident. Il est vrai qu'il ne présente pas de rupture complète de tendon (ce qui peut expliquer l'absence d'amyotrophie même en présence de lésion tendineuse présente de longue date). Mais l'article du Dr Lädermann & al. auquel se réfère le Dr T._____ (Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs [<https://doi.org/10.4414/fms.2019.03247>]) dit effectivement qu'une proportion importante de patients ayant eu une lésion de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique présentent une épaule pseudoparétique, mais pas tous, et que tous les patients avec une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs présentaient une perte de l'élévation ou de la rotation interne. Chez le patient ici concerné la symptomatologie douloureuse a été suffisamment importante pour qu'il consulte le lendemain, avec à l'examen clinique une abduction douloureuse (cf. RM du 19.10.2018 du Dr [...]) puis une abduction limitée (cf. RM du Dr C._____ du 27.08.2018). Lors de son examen du 25.11.2018, le Dr H._____ relève que depuis l'accident le patient a en plus des douleurs nocturnes de la peine à mobiliser son bras D et en particulier à faire certain mouvement comme servir du vin, prendre quelque chose en hauteur (= mouvements de rotation interne et d'élévation). Le Dr H._____ constate en outre à l'examen clinique, non seulement des

douleurs ++ en abduction, mais une rotation interne limitée de plus d'un travers de main.

Notons encore que dans son article, le Dr Lädermann retient comme facteur pouvant entraîner une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs, entre autre, un impact axial lors d'une réception sur le coude ou la main, tel qu'il a eu lieu lors de l'accident du 20.07.2018 (chute de sa hauteur et réception sur les 2 mains, douleurs épaule D (cf. RM du 19.10.2018 du Dr [...]). Et pour le Dr D._____, il est très probable qu'une partie de la rupture du sus-épineux mise en évidence sur l'arthro-IRM du 12.11.2018 soit récente. En effet, il existe un oedème du tendon, ce dernier présente un kinking au niveau de la rupture et la rupture ne se trouve pas à l'insertion du tendon avec l'humérus (comme c'est classiquement le cas lors de lésions dégénératives) mais à quelques millimètres de son insertion. Enfin pour le Dr H._____, les lésions des tendons du sus-épineux, du long chef du biceps et du sous-scapulaire sont des lésions traumatiques, (bien que pour le Dr D._____, les lésions du tendon du biceps et du sous-scapulaire soient plutôt d'origine dégénérative).

En ce qui concerne l'interprétation de l'arthro-IRM il y a lieu de noter que le Dr D._____ est un spécialiste en radiologie.

Le Dr H._____ est quant à lui un orthopédiste spécialisé dans la chirurgie de l'épaule.

Le tendon du sus-épineux présentait probablement déjà lors de l'accident des lésions dégénératives avec rupture d'un certain nombre de ses fibres, mais la probabilité que l'accident du 20.07.2018 ait entraîné une détérioration déterminante de cette situation dégénérative préexistante par la rupture de fibres jusqu'alors intact de ce tendon atteint la vraisemblance prépondérante. Du reste, et même si cela n'est pas déterminant, il existe clairement un avant et un après l'accident, avec suite à l'accident et jusqu'à l'intervention du Dr H._____ une symptomatologie douloureuse et déficitaire constante de cette épaule D.

U._____ a déposé sa réponse le 11 décembre 2019, en concluant au rejet du recours.

Dans sa réplique du 8 janvier 2020, E. _____ a maintenu ses conclusions. U. _____ en a fait de même dans sa duplique du 27 février 2020.

F. _____ a déposé des déterminations le 23 mars 2020 en concluant à l'admission du recours.

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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; 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. 56 et 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 20 juillet 2018, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 20 octobre 2018. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si l'assuré a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 20

octobre 2018, en particulier à la prise en charge de l'opération réalisée le 17 décembre 2018 et ses suites.

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.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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, 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la

partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2)

5. a) En l'espèce, on relève en premier lieu que l'assuré a, dans les suites directes de sa chute survenue le 20 juillet 2018, présenté des douleurs à son épaule droite, en particulier à l'abduction avec manœuvre de Jobe et à la face antérieure de l'épaule, qui se présentaient également la nuit. Si l'arthro-IRM du 12 novembre 2018 a mis en évidence d'importantes atteintes dégénératives - notamment une tendinopathie du long chef du biceps, une lésion du labrum de type SLAP 1 et une arthrose acromio-claviculaire -, elle a également révélé la présence d'une déchirure du tendon sus-épineux.

Il y a lieu de rappeler ici que, selon la jurisprudence rendue dans le cadre de l'art. 36 LAA, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé. Autrement dit, le fait que l'événement traumatique ait aggravé une déchirure préexistante et asymptomatique est suffisant pour justifier l'intervention de l'assurance-accidents.

b) Trois médecins ont exprimé un avis circonstancié quant à la question de savoir si les lésions constatées relèvent d'un processus dégénératif ou d'un événement traumatique.

aa) Dans son appréciation du 30 novembre 2018, le docteur P._____ a estimé qu'il convenait de nier tout lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule de l'assuré et l'événement accidentel. Sans être totalement catégorique, ce médecin estimait que l'assuré présentait « certainement un état pathologique préexistant de son épaule droite sous forme d'une tendinopathie perforante chronique de la coiffe des rotateurs dont la symptomatologie a été révélée et non pas causée lors d'une chute de sa hauteur sur les deux mains ». Le point de vue de ce médecin doit cependant être écarté, au motif qu'il repose principalement sur des règles d'expérience assénées de manière péremptoire plutôt que sur des éléments cliniques objectifs. A suivre ce médecin, il y aurait lieu de présumer, au vu de l'âge de l'assuré, que les atteintes ont une origine dégénérative, au motif que les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs seraient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares. La littérature médicale la plus récente souligne toutefois que les critères d'âge sont désormais désuets et ne sauraient constituer des indices pertinents (cf. Alexandre Lädermann et *alii*, Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, *in* Swiss Medical Forum, 2019, p. 262). Ensuite, le docteur P._____ déduit du mécanisme accidentel que celui-ci serait totalement inapproprié pour solliciter les tendons de la coiffe des rotateurs au-delà de leur point de rupture. Outre que le dossier ne contient pas de description précise de la chute subie par l'assuré – on sait tout au plus que l'assuré a chuté en arrière de sa hauteur et s'est rattrapé sur les mains –, la littérature médicale précitée met en évidence qu'il existe une multitude d'actions vulnérantes susceptibles d'entraîner une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs (cf. Alexandre Lädermann et *alii*, *op. cit.*, p. 263), comme, par exemple, en cas d'impact axial lors d'une réception sur le coude ou la main. A cela s'ajoute que l'analyse du docteur P._____ ne semble pas tenir compte du fait que la chute est survenue alors que l'épaule droite de l'assuré était déjà affaiblie par l'existence de lésions dégénératives préexistantes, ce qui pouvait

faciliter la survenance de lésions supplémentaires causées par un simple choc. En outre, le docteur P._____ souligne l'absence d'épaule pseudo-paralytique immédiate. A nouveau, la littérature médicale la plus récente précise qu'une atteinte immédiate de la mobilité active en élévation ou en rotation externe est suffisante (cf. Alexandre Lädemann et *alii*, op. cit., p. 262). Au surplus, on relèvera que le docteur P._____ admet lui-même qu'un choc peut être à l'origine de la symptomatologie de l'assuré en affirmant que la symptomatologie aurait pu débiter n'importe quand, soit par la dynamique des lésions dégénératives elles-mêmes, soit en réponse à un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie courante tel qu'un choc.

bb) Dans son appréciation radiologique détaillée du 4 mai 2019, le docteur D._____ a procédé à une analyse minutieuse de l'arthro-IRM réalisée le 12 novembre 2018 et a constaté - entre autres atteintes - l'existence d'une déchirure partielle de la partie antérieure du tendon sus-épineux. Si, pour ce médecin, le tendon présentait des signes de délamination clairement associés à des modifications dégénératives, il était également fortement œdémateux et présentait un trajet légèrement ondulé, deux éléments qui plaidaient en faveur d'une origine traumatique de la déchirure. Compte tenu par ailleurs de l'absence de signes d'atrophie du muscle sus-épineux et d'infiltration graisseuse (voir également l'analyse faite par le Professeur B._____ dans son rapport du 12 novembre 2018), il pouvait être retenu, avec une certitude quasi absolue, que la déchirure avait été causée, du moins partiellement, par un événement traumatique. Pour le reste, le docteur D._____ admettait que l'assuré présentait de multiples lésions d'origine dégénérative. Or force est d'admettre que les explications données par ce médecin sont particulièrement claires et convaincantes, dans la mesure où ce médecin fournit une analyse détaillée et explique pour chaque lésion constatée, sans procéder à une appréciation globale et indifférenciée de la situation, les raisons pour lesquelles il y a lieu d'estimer qu'elle a une origine dégénérative ou accidentelle.

cc) L'analyse du docteur D._____ n'est pas remise en question par l'appréciation faite par le docteur T._____. Dans son bilan assécurologique du 11 juin 2019, ce médecin a, dans un premier temps, repris les arguments développés par le docteur P._____ en lien avec le mécanisme accidentel et l'absence d'épaule pseudo-paralytique immédiate. Or, comme on l'a vu, ces arguments ne sont pas pertinents à la lumière de la littérature médicale la plus récente. Le docteur T._____ s'est attardé ensuite sur plusieurs lésions dont il n'est pas contesté qu'elles ont une origine exclusivement dégénérative (lésion du labrum de type SLAP 1, arthrose acromio-claviculaire, tendinopathie du long chef du biceps, lésion du tendon du sous-scapulaire). En ce qui concerne plus spécifiquement la question de la rupture partielle du sus-épineux, ce médecin a expliqué, d'une part, que l'absence d'infiltration graisseuse pouvait être (« *probablement* ») la conséquence du caractère partiel de la déchirure et, d'autre part, que l'œdème n'était pas spécifique. Il n'a toutefois pas examiné les autres éléments retenus par le docteur D._____ (trajet légèrement ondulé ; absence de signes d'atrophie du muscle), si bien que son appréciation, incomplète et formulée sous forme d'hypothèses, n'est pas susceptible de semer le doute quant au bien-fondé de l'appréciation faite par le docteur D._____.

c) En définitive, il y a lieu de retenir qu'il existe une relation probable entre l'accident et la rupture partielle du tendon sus-épineux de l'épaule droite de l'assuré. Partant, l'intimée n'était pas fondée, eu égard à l'art. 36 al. 1 LAA, à refuser de prendre en charge le cas pour la période postérieure au 20 octobre 2018, en particulier l'intervention chirurgicale du 17 décembre 2018 et ses suites.

6. a) Bien fondé, le recours doit en conséquence être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la

recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 4 juillet 2019 est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- E. _____
- Me Patrick Moser (pour U. _____)
- F. _____
- 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 :