

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mars 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

**U.** \_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

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

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, travaille en qualité de conseiller en assurances pour les entreprises pour le compte d'Y.\_\_\_\_\_ ; à ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès d'U.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : U.\_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

**b)** Le 10 décembre 2017, A.\_\_\_\_\_ a chuté à ski et a présenté dans les suites immédiates de cet accident des douleurs à l'épaule droite.

Après consultation de son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré a été adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un premier rapport du 20 mars 2018, ce médecin a posé le diagnostic de probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et requis la réalisation d'une arthro-IRM.

Dans son rapport du 29 mars 2018 établi à la suite de l'arthro-IRM réalisée le jour précédent, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une opacification de la bourse sous-acromio-deltoïdienne en rapport avec une déchirure transfixiante et distale du tendon sub-scapulaire, une déchirure sub-transfixiante de la moitié antérieure du tendon supra-épineux, une petite déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon infra-épineux (prenant moins de 20 % de l'épaisseur tendineuse), une subluxation médiale du tendon du long chef du biceps à la partie haute de la gouttière bicipitale (sans signe de tendinopathie franche du tendon ni désinsertion de son attache labrale supérieure), une lésion labrale de type SLAP V et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire marquée (en poussée congestive).

Par courrier du 27 avril 2019 adressé à U.\_\_\_\_\_ SA, le Dr C.\_\_\_\_\_ a demandé une confirmation de la prise en charge d'une opération - prévue le 14 août 2018 - de réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie.

U.\_\_\_\_\_ SA a soumis la situation à son médecin-conseil, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a, dans une prise de position du 16 juillet 2018, indiqué que l'accident avait engendré une décompensation traumatique d'une coiffe dégénérative et que l'opération prévue le 14 août 2018 ne présentait pas de lien avec l'accident survenu le 10 décembre 2017.

Par décision du 18 juillet 2018, U.\_\_\_\_\_ SA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 28 mars 2018, motif pris que les traitements prodigués au-delà de cette date n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé.

Le 10 août 2018, A.\_\_\_\_\_ s'est opposé à la décision d'U.\_\_\_\_\_ SA.

Dans un rapport du 22 août 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exprimé son incompréhension à l'égard de la décision rendue par U.\_\_\_\_\_ SA. Il estimait que les réponses données par le Dr E.\_\_\_\_\_ ne contenaient aucune raison médicale ou scientifique qui expliquait le refus de prise en charge du cas. A son avis, il s'agissait dans le cas d'espèce d'une lésion de la partie antérieure du tendon sus-épineux associée à une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire et à une lésion SLAP V qui rentrait dans le cadre d'une lésion traumatique.

U.\_\_\_\_\_ SA a alors confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 16 janvier 2019, ce médecin a procédé aux constatations suivantes :

L'essentiel de l'histoire de ce patient a été étayé plus haut.

Le 10 décembre 2017, il fut donc victime d'une contusion de son épaule droite, éventuellement d'un mécanisme de torsion de cette articulation.

S'en est suivi une symptomatologie douloureuse durable lors de mouvements actifs, assortie quelques jours après la chute d'une certaine faiblesse, et de douleurs nocturnes.

Le bilan radiologique a mis en évidence une tendinopathie partiellement rompue du sus-épineux, peut-être récente (à caractère inflammatoire).

Lésion survenant très probablement dans un contexte de surmenage (tendinopathie), pathologie qui semble toucher les deux épaules. Cette pathologie n'a rien d'exceptionnel à l'âge de 54 ans. En effet, elle débute généralement avec le vieillissement. Ses stigmates macroscopiques sont appréciables sur des radiographies standard (sclérose du trochiter, kystes sous-chondraux réactionnels, ostéophytose), voire sur les images CT ou IRM (hétérogénéité ou usure tendineuse, etc.) dès les 4<sup>ème</sup>, voire 5<sup>ème</sup> décennie. Sa prévalence va crescendo par la suite.

Entre 2,5 et 15 % de la population asymptomatique semble présenter des lésions transfixiantes de la coiffe des rotateurs, les lésions partielles (non transfixiantes) ayant probablement une prévalence double.

L'âge n'est pas le seul facteur responsable de cette pathologie, finalement assez fréquente. Les contraintes biomécaniques exagérées, entre autres sportives, semblent jouer un rôle pénalisant. Il en est de même pour des pathologies systémiques (ex. le diabète), en raison de leur répercussion négative sur la micro-vascularisation (dont celle des tendons). Enfin, une prédisposition génétique, théorie de plus en plus en vogue (expliquant peut-être les atteintes chez des sujets particulièrement jeunes, expliquant peut-être aussi l'atteinte bilatérale, souvent symétrique), est aussi suspectée.

Le plus souvent (entre 70 et 85 % des cas), c'est le tendon sus-épineux qui s'use en premier, le muscle correspondant étant en réalité le premier (de la coiffe) à être mis à contribution. La maladie peut ensuite s'étaler en arrière, vers le sous-épineux, et/ou en avant, vers le sous-scapulaire.

Afin de reconnaître une responsabilité significative d'un événement traumatique dans la survenue d'une rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs, un certain nombre de critères devraient être remplis. Il faut un traumatisme significatif. Une solution de continuité brusque d'un tendon génère une douleur immédiate. S'y associe, assez rapidement, une certaine impotence fonctionnelle, son importance dépendant de l'étendue de la lésion aiguë, impotence qui peut s'avérer durable. La survenue de douleurs nocturnes est fréquente. Le bilan radiologique, plus précisément l'IRM, si elle est faite rapidement, peut démontrer des stigmates d'une lésion récente (hématome, œdème des tissus mous, œdème osseux, etc.).

Chez Mr A. \_\_\_\_\_, la chute subie, telle qu'elle a été rapportée, peut générer une énergie suffisante pour léser un tendon de la coiffe des rotateurs, éventuellement un tendon déjà partiellement usé. La clinique qui a suivi semble corroborer une lésion structurelle aiguë, survenue au moment de la chute, lésion semblant cependant d'envergure relativement limitée (l'impotence fonctionnelle étant modeste).

Le bilan radiologique a démontré des stigmates d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, prédominante au sus-épineux,

qui présentait une lésion transfixiante juxta-insertionnelle, peut-être récente, lésion susceptible de refléter les plaintes alléguées.

Comparée au côté gauche, l'atteinte à droite semble un peu plus importante, encore une fois assortie d'une lésion transfixiante.

Le lecteur appréciera qu'il existe un doute significatif quant à l'implication de l'événement qui nous concerne dans le cursus de l'épaule droite de Mr A.\_\_\_\_\_. Le scénario clinique rapporté peut correspondre à une dégradation abrupte d'une coiffe des rotateurs (sus-épineux) déjà quelque peu usée.

La différence d'usure entre les deux épaules est significative, suffisante pour faire renforcer ce doute.

La récente IRM de l'épaule droite montre une discrète atrophie du corps charnu du muscle sus-épineux. Elle rentre probablement dans le cadre du status post-opératoire, éventuellement potentialisé par le long délai pris entre le diagnostic et le rétablissement de la continuité tendineuse. Une récupération du volume musculaire est probable à terme, le tendon correspondant étant en continuité.

En ce qui concerne la lésion SLAP, elle pourrait aussi avoir fait suite à l'événement qui nous concerne, compte tenu de son étendue et du mécanisme annoncé (mouvement de rétroimpulsion forcé). Les lésions SLAP V sont rares. Elles peuvent refléter une extension antérieure d'une SLAP II (décollement limité au complexe bicipito-labral) préexistante, l'extension pouvant être soit brusque, soit progressive (par micro-traumatismes répétés). En général, ces lésions ont des répercussions fonctionnelles, responsables d'une micro-instabilité, mécanisme qui peut décompenser une coiffe usée, voire créer un conflit sous-acromial.

On a choisi de traiter la lésion SLAP par ténotomie du long chef du biceps. Tendon ensuite amarré à l'humérus. Geste qui ne semble pas avoir des complications. Geste qui de toute évidence n'aura pas d'influence significative dans le processus de guérison, celui en lien avec la réparation du sus-épineux.

La lésion du tendon sous-scapulaire, circonscrite, dans le sens des fibres (split), paraît refléter une tendinopathie chronique.

L'arthrose acromio-claviculaire est clairement indépendante du traumatisme qui nous occupe. Elle touche les deux épaules, et de manière similaire. Elle n'a non plus rien d'exceptionnel à cet âge (cf. études de De Palma). Plus encore, elle ne semble pas (et, du côté droit, n'a jamais semblé depuis la chute du 10 décembre 2017) cliniquement bruyante.

Interrogé sur la question de la causalité, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante :

Antécédents : très probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs, pathologie touchant les deux épaules. Lésion SLAP du côté droit ? Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale.

Une décompensation de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) semble possible/probable, suite à l'événement

annoncé. Un doute quant à l'implication de cet événement dans la genèse, ou l'aggravation, d'une lésion SLAP, existe aussi.

Le lien de causalité naturel entre, l'événement du 10 décembre 2017 et, l'intervention chirurgicale du 14 août 2018, paraît ainsi possible/probable.

On ne déplore pas de complication y relative susceptible d'influer négativement et de manière pérenne dans la fonction de cette épaule.

Usuellement, et en l'absence de complication, le retour au status fonctionnel usuel (similaire au côté opposé, tenant compte du substrat dégénératif) est jugé obtenu après un délai de 9-12 mois post-opératoires.

Interpellé le 24 janvier 2019 par U. \_\_\_\_\_ SA sur ce qu'il entendait par l'expression « possible/probable », le Dr F. \_\_\_\_\_ a expliqué que, pour lui, il y avait un doute et qu'il ne pouvait pas trancher entre possible et probable ; c'était du « 50/50 ».

Invité à se déterminer sur le contenu de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_ a, par courrier du 28 février 2019, produit une expertise privée réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 20 février 2019, ce médecin a tenu les considérations suivantes :

**Appréciation du cas de Monsieur A. \_\_\_\_\_**

Parlons maintenant de l'état de l'épaule droite du patient juste avant l'événement survenu, le 10 décembre 2017. Rappelons que Monsieur A. \_\_\_\_\_ avait alors 52 ans.

La première question que l'on peut se poser, est de savoir si le patient avait des troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs avant l'événement incriminé. La réponse est affirmative avec une grande probabilité, car comme mentionné plus haut les changements dégénératifs des tendons de la coiffe des rotateurs peuvent déjà être détectés aussi tôt que lors de la troisième décennie.

Comme le patient n'avait aucune gêne à son épaule avant l'événement du 10 décembre 2017, pouvait-il avoir une déchirure asymptomatique pré-existante ? Si l'on considère les différents articles qui ont étudié cela, on peut dire que le *risque d'avoir une déchirure asymptomatique, entre 50 et 59 ans*, ce qui correspond à la tranche d'âge de Monsieur A. \_\_\_\_\_, est situé entre 2-13 %. Donc pour conclure ce point, les chances que le patient n'ait pas eu de déchirure de la coiffe des rotateurs, préexistante à l'événement du 10 décembre 2017, est situé entre 87-98 %.

Prenons quand même l'hypothèse que Monsieur A. \_\_\_\_\_ avait bien une déchirure asymptomatique de la coiffe préexistante à l'événement mentionné, malgré les chiffres ci-dessus. On peut se poser la question de savoir ce qui rend la déchirure symptomatique. Lorsque ces déchirures deviennent symptomatiques, cela est lié à une *extension de la déchirure*. Dans ce cas, l'événement traumatique est donc responsable d'une aggravation de la lésion, et le traitement doit donc être pris en charge par l'assureur accident.

Par ailleurs, Monsieur A. \_\_\_\_\_ n'a aucun des facteurs prédisposants connus pour favoriser la survenue d'une déchirure de la coiffe : la génétique, l'obésité, la nicotine (le patient n'a jamais fumé), les pathologies thyroïdiennes, la consommation d'alcool (il ne boit qu'un verre de vin en société), la goutte et l'ostéoporose.

*Le seul facteur prédisposant à une déchirure de la coiffe d'origine dégénérative chez le patient est le Critical Shoulder Angle (CSA).* En effet, le CSA mesuré en préopératoire est de  $36.4^\circ$ , ce qui dépasse les valeurs d'une épaule normale ( $33.1^\circ \pm 2.1^\circ$ ).

Rappelons les lésions constatées à l'épaule droite de Monsieur A. \_\_\_\_\_. En combinant les lésions constatées à l'arthro-IRM, du 28 mars 2018, et à l'opération, du 14 août 2018, on constate : une subluxation médiale du tendon du long chef du biceps ce qui est un signe de lésion de la poulie bicipitale, une rupture subtransfixiante du tendon supra-épineux, une lésion SLAP V, et un split au niveau du tendon sous-scapulaire.

Est-ce que l'action vulnérante subie par Monsieur A. \_\_\_\_\_ était adéquate pour provoquer les lésions constatées à son épaule droite ? Souvenons-nous du mécanisme survenu le 10 décembre 2017. Alors que le patient s'arrêtait sur une piste de ski, il a vu quelqu'un qu'il croyait reconnaître, et il a perdu l'équilibre. En voulant s'arrêter, il a mis le bâton en arrière et a fait un mouvement de rotation, et il est tombé. Vu la sangle du bâton, la chute a entraîné une torsion de l'épaule. Comme discuté plus haut, des forces de rotation externe excessives peuvent résulter d'un bâton de ski planté chez un skieur en train de tomber.

L'épaule est alors soumise à une abduction et une rotation externe forcée, qui peuvent provoquer une luxation de l'épaule, une fracture ou une lésion sérieuse du membre supérieur. Le bâton agit comme une extension du membre supérieur en augmentant le bras de levier ce qui peut faciliter la luxation de l'épaule. Les lésions de la poulie et de l'intervalle des rotateurs peuvent également survenir lors de chutes à ski.

Le patient a donc presque eu une luxation de l'épaule, vu la lésion SLAP V, mais, il a aussi eu une lésion de la poulie. L'action vulnérante est donc tout à fait adéquate pour provoquer les lésions constatées. D'ailleurs, les lésions SLAP V et les lésions de la poulie bicipitale, avec déchirure des tendons adjacents (sous-scapulaire et supra-épineux) sont majoritairement d'origine traumatique.

D'ailleurs, l'arthro-IRM de l'épaule droite, du 28 mars 2018, a montré que la trophicité musculaire de la coiffe reste conservée,

sans signe d'involution graisseuse significative. Ceci signifie que la déchirure de la coiffe est récente.

En tenant compte de ce qui précède, on peut donc conclure que la **relation de causalité** entre *l'événement accidentel, du 10 décembre 2017*, et les lésions constatées et opérées à l'épaule droite de A.\_\_\_\_\_, est située entre vraisemblable (> 50 %) et certaine (100 %).

Invité par U.\_\_\_\_\_ SA à prendre position sur le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a, dans ses observations du 15 mars 2019, retenu ce qui suit :

En conclusion, on note finalement que la démonstration de la causalité naturelle probable entre les lésions de l'épaule et l'événement, repose pour le Dr G.\_\_\_\_\_, essentiellement sur sa description du traumatisme, différente des autres versions, et sur le terme de « déchirure » retenu par le radiologue. Elle n'est d'ailleurs faite que sur une page et demi [...], le reste de la discussion dans son expertise n'étant que des références littéraires multiples générales.

Nulle part ce médecin ne tient compte du fait que la première consultation n'a eu lieu qu'à mi-février 2018, soit plus de 2 mois après l'événement, ni que durant ce laps de temps le patient a continué à fonctionner sans limitations, autres que quelques douleurs lors de certain mouvement.

Je mentionne que j'ai effectivement reconnu qu'il s'agissait d'une décompensation traumatique d'une déchirure dégénérative.

Mais le fait que les plaintes subjectives sont apparues après l'événement, alors qu'avant l'assuré était asymptomatique, n'est pas un critère suffisant pour reconnaître une causalité au long cours.

Il n'a jamais été prouvé que l'apparition de douleur est en relation systématiquement avec une aggravation d'une déchirure. Lors d'un problème chronique dégénératif, il est clair que des plaintes vont survenir à un moment ou à un autre inévitablement. Le problème est donc de démontrer objectivement que l'événement n'a pas été que le déclencheur de la symptomatologie, mais qu'il a entraîné une aggravation déterminante des lésions préexistantes. Ceci n'a pas été étayé de manière probante par le Dr G.\_\_\_\_\_.

Je ne peux pas non plus admettre que des déchirures multiples des tendons de la coiffe, du long chef du biceps et du labrum sont majoritairement d'origine traumatique. Au contraire ces structures étant souvent antagonistes ne peuvent pas se léser en même temps.

Comme je l'ai mentionné ci-dessus à propos du LCB, il s'agit le plus souvent d'une cascade de problème, qui commence par une atteinte unique qui va petit à petit déstabiliser toute l'articulation. Le fait que les tendons du sus-épineux, du sous-scapulaire, du LCB et le labrum soient touchés va beaucoup plus vraisemblablement dans le sens d'une atteinte chronique.

En conclusion finale, si l'on ne peut exclure une aggravation au niveau de cette coiffe dégénérative suite à l'événement du 10.12.2017, on ne peut pas démontrer de manière probante médicalement, que cet événement a induit une aggravation déterminante et durable. Dans ce cadre, on est obligé d'admettre que la relation de causalité naturelle entre les lésions objectivées et le traumatisme n'est que possible (> 50 %).

Les Drs G.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont complété leurs observations les 5 avril et 9 mai 2019, respectivement les 25 avril et 22 mai 2019.

Par décision du 25 juin 2019, U.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition formée par A.\_\_\_\_\_ contre sa décision du 18 juillet 2018.

**B.**           **a)** Par acte du 9 août 2019, A.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Alexandre Guyaz, déféré la décision sur opposition rendue le 25 juin 2019 par U.\_\_\_\_\_ SA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la prise en charge par U.\_\_\_\_\_ SA, d'une part, des suites de l'événement du 10 décembre 2017 au-delà du 28 mars 2018 et, d'autre part, des frais de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ et du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ à hauteur de 5'129 fr. 40, subsidiairement au renvoi de la cause à U.\_\_\_\_\_ SA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En substance, il estimait que c'était à tort qu'U.\_\_\_\_\_ SA avait considéré que le lien de causalité entre la chute du 10 décembre 2017 et les lésions présentées n'était plus possible à compter du 28 mars 2018. Il n'était pas possible de se fonder sur le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ et les remarques de son médecin-conseil : le premier ne pouvait avoir une pleine valeur probante au regard des nombreuses inexactitudes qu'il contenait ; les secondes émanaient d'une personne qui était, dès le départ, juge et partie. A l'inverse, les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ venaient corroborer celles du Dr C.\_\_\_\_\_. Si U.\_\_\_\_\_ SA estimait que l'on était en présence d'une aggravation d'un état antérieur, c'était à elle qu'il incombait d'apporter la preuve que l'accident ne jouait plus de rôle à compter du 28 mars 2018, ce à quoi elle n'était pas parvenue.

**b)** Dans sa réponse du 4 septembre 2019, U.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours. En substance, elle considérait que l'expertise réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante, si bien qu'elle n'avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions.

**c)** Dans sa réplique du 7 octobre 2019, A.\_\_\_\_\_ a, tout en prenant position sur les différents arguments avancés par U.\_\_\_\_\_ SA, confirmé les conclusions de son recours du 9 août 2019.

**d)** Dans sa duplique du 22 octobre 2019, U.\_\_\_\_\_ SA a confirmé sa position.

**e)** Dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> novembre 2019, A.\_\_\_\_\_ a, en réponse à la duplique d'U.\_\_\_\_\_ SA, fourni d'ultimes précisions à l'appui de son 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 10 décembre 2017, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 28 mars 2018. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) pour la période postérieure au 28 mars 2018, soit en particulier à la prise en charge de l'arthroscopie réalisée le 14 août 2018 et des traitements subséquents (physiothérapie).

**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).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 avec les références citées).

**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)** Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** 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)** Depuis sa chute survenue le 10 décembre 2017, il est établi que le recourant a présenté des douleurs constante à son épaule droite (rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2018, qui fait mention de douleurs en abduction et en flexion ainsi que de douleurs nocturnes). L'arthro-IRM du 28 mars 2018 a mis en évidence, en sus d'une arthrose acromio-claviculaire clairement dégénérative, la présence d'une rupture sub-transfixiante du tendon sus-épineux, d'une lésion transfixiante de la partie haute du tendon sous-scapulaire ainsi que d'une lésion de type SLAP V.

**b)** Il n'est pas nécessaire en l'espèce de s'interroger sur la compatibilité des lésions subies avec le mécanisme de l'accident. Sur la base des avis exprimés par les experts, il n'est pas contesté que le mécanisme accidentel décrit par le recourant pouvait être à l'origine des atteintes constatées. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a lui-même admis que la chute subie par le recourant pouvait être à l'origine d'une lésion d'un tendon de la coiffe des rotateurs (*« Chez Mr A. \_\_\_\_\_, la chute subie, telle qu'elle a été rapportée, peut générer une énergie suffisante pour léser un tendon de la coiffe des rotateurs, éventuellement un tendon déjà partiellement usé. La clinique qui a suivi semble corroborer une lésion structurelle aiguë, survenue au moment de la chute, lésion semblant cependant d'envergure relativement limitée (l'impotence fonctionnelle étant modeste) »*) et d'une lésion SLAP V (*« En ce qui concerne la lésion SLAP, elle pourrait aussi avoir fait suite à l'événement qui nous concerne, compte tenu de son étendue et du mécanisme annoncé (mouvement de rétropulsion forcé) »*). Cela étant, il n'y a pas lieu de s'attarder sur les commentaires du Dr E. \_\_\_\_\_ relatifs au mécanisme accidentel.

**c)** Ce nonobstant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a expliqué que les lésions constatées pouvaient tout autant être d'origine dégénérative au regard du tableau clinique présenté, si bien qu'il n'était pas possible de trancher la question de l'origine de ces lésions. D'après lui, il ressortait du bilan

radiologique initial des stigmates d'une tendinopathie chronique de l'épaule droite (rapport du 29 mars 2018 [arthro-IRM de l'épaule droite]), stigmates que l'on retrouvait également à l'épaule gauche (rapport du 14 janvier 2019 [IRM des deux épaules]) ; le recourant présentait également une discrète arthrose acromio-claviculaire bilatérale, laquelle était toutefois clairement indépendante du traumatisme. D'après cet expert, le scénario clinique pouvait correspondre à une « *dégradation abrupte d'une coiffe des rotateurs déjà quelque peu usée* ». L'hypothèse formulée par le Dr F. \_\_\_\_\_ - et partagée par le Dr E. \_\_\_\_\_ - suppose néanmoins, pour qu'elle soit reconnue, qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie douloureuse consécutive à l'accident n'était qu'un phénomène transitoire et que l'accident n'a eu aucune influence sur les lésions objectives constatées à l'arthro-IRM du 28 mars 2018. Autrement dit, il doit ressortir des pièces médicales versées au dossier que les lésions sont antérieures à l'événement traumatique du 10 décembre 2017 ou qu'elles ne sont apparues qu'après cette date. Or force est de constater que le dossier ne contient aucun bilan de l'épaule droite antérieur à l'accident. A cela s'ajoute que le recourant a présenté dans les suites immédiates de son accident des douleurs ainsi que des limitations fonctionnelles (cf. *supra* consid. 5a), douleurs qui ne se sont pas amendées par la suite. Enfin, la différence d'usure entre les deux épaules, qualifiée de « significative » par le Dr F. \_\_\_\_\_, ne semble guère pouvoir se justifier par une sollicitation plus accrue du bras droit par rapport au bras gauche, étant précisé que le recourant exerce une activité - principalement sédentaire - de conseiller en assurances pour les entreprises. Dans ces conditions, il semble difficile de rattacher les lésions constatées, au vu de leur ampleur, à un phénomène strictement dégénératif, si bien que la Cour de céans peine à comprendre les hésitations exprimées par le Dr F. \_\_\_\_\_.

**d)** Comme l'a relevé à bon droit le Dr G. \_\_\_\_\_, il suffit que l'événement traumatique ait aggravé une déchirure préexistante et asymptomatique pour que l'assurance-accidents soit tenue d'intervenir. Or force est de constater que le Dr F. \_\_\_\_\_ a, comme on l'a vu, évoqué une telle hypothèse (cf. *supra* consid. 5b) et que le recourant a présenté dans

les suites immédiates de l'accident des limitations fonctionnelles typiques (douleurs en abduction et en flexion ainsi que douleurs nocturnes ; cf. ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, *in* Swiss Medical Forum, 2019, p. 262). Ces éléments plaident dans le sens d'une lésion traumatique.

**e)** Ainsi que le souligne l'intimée, il est vrai que le recourant n'a pas consulté un médecin dans les suites immédiates de sa chute. Un tel comportement ne saurait toutefois porter préjudice au recourant. Le fait de ne pas consulter signifie uniquement que l'atteinte n'entraînait pas au quotidien une gêne importante. Comme l'enseigne l'expérience générale de la vie, il n'est pas rare que les patients attendent de voir comment les douleurs évoluent avant de consulter un médecin. La Cour de céans peine par ailleurs à comprendre le raisonnement du Dr E. \_\_\_\_\_ selon lequel le caractère traumatique d'une lésion de la coiffe des rotateurs devrait nécessairement être lié à une impotence fonctionnelle majeure. Si tel était le cas, il y aurait lieu d'exclure l'intervention de l'assurance-accidents dans tous les cas où l'assuré ne consulte pas un médecin de premier recours dans les quelques jours qui suivent l'événement traumatique.

**f)** Pour pouvoir admettre l'hypothèse suivie par le Dr E. \_\_\_\_\_, selon laquelle les lésions qui ont nécessité une intervention chirurgicale seraient d'origine exclusivement dégénérative, il faudrait que celle-ci soit étayée par des éléments cliniques objectifs ressortant des pièces du dossier et non par de simples règles d'expérience assénées de manière péremptoire. On est en droit d'attendre d'un médecin qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées qu'il motive son point de vue par des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine, d'une part, des douleurs ressenties par le recourant et, d'autre part, de l'ensemble des lésions constatées, ainsi que sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pas pu entraîner qu'une aggravation transitoire, sans lien - même très partiel - avec les lésions constatées.

**g)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'il existe une relation « probable » entre l'accident et les lésions constatées à l'arthro-IRM du 28 mars 2018, si bien que l'intimée n'était pas fondée à refuser de prendre en charge le cas pour la période postérieure au 28 mars 2018.

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

**7. a)** Dès lors que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

**b)** Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA) qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 du tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**c)** Le recourant requiert en outre la prise en charge par l'intimé des notes d'honoraires établies par les Drs G. \_\_\_\_\_ (5'100 fr.) et C. \_\_\_\_\_ (29 fr. 40).

**aa)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du

litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**bb)** En l'occurrence, le rapport d'expertise privée du Dr G.\_\_\_\_\_ n'a eu, comme le démontre la motivation du présent arrêt, aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans lui, le résultat aurait été le même. Il n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

**cc)** En revanche, il appartient à l'intimée de rembourser les frais d'établissement par le Dr C.\_\_\_\_\_ de son rapport médical du 22 août 2018, dès lors qu'elle avait expressément requis la production de ce rapport (cf. courrier du 23 août 2018 d'U.\_\_\_\_\_ SA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 25 juin 2019 par U.\_\_\_\_\_ SA est annulée.
- III.** Les frais d'établissement du rapport médical du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 août 2018 par 29 fr. 40 (vingt-neuf francs et quarante centimes) sont mis à la charge d'U.\_\_\_\_\_ SA.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- V.** U.\_\_\_\_\_ SA versera à A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alexandre Guyaz (pour le recourant),
- U. \_\_\_\_\_ SA (intimée),
- 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 :