

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 468 vom 24. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_468](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__468)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 468 du 24 mai 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 468 del 24 maggio 2012

### Regeste

ACCIDENT, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, APPRÉCIATION DES PREUVES, EXPERTISE | 6 LAA, 4 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.05.2012 Arrêt / 2012 / 468

ACCIDENT, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, APPRÉCIATION DES PREUVES, EXPERTISE | 6 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 24/08 - 57/2012 ZA08.005885 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 24 mai 2012

\_\_\_\_\_ Présidence de \_\_\_\_\_ Mme Di Ferro Demierre Juges : \_\_\_\_\_ Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur Greffier : Mme \_\_\_\_\_ Matile \*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne, et P. \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 4 LPGA; 6 LAA E n f a i t : A. E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaille comme professeur de sport auprès de l'Ecole A. \_\_\_\_\_. A ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès d'P. \_\_\_\_\_ SA (ci-après: P. \_\_\_\_\_ SA). B. Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 19 septembre 2007, l'assuré a annoncé s'être blessé (torsion/foulure de l'épaule droite) pendant une leçon de sport, au moment où il cherchait à faire une démonstration de renversement avant aux anneaux, le 21 mars 2007. Il a déclaré ceci: "ses mains étant humides par transpiration, il a glissé et il est tombé sur l'épaule droite. Il ne pouvait plus lever le bras. Il s'est soigné lui-même. La douleur revenant pendant les grandes vacances, il a pris rendez-vous pour consulter un médecin". Dans un rapport médical initial LAA du 9 octobre 2007, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la première consultation avait eu lieu le 21 septembre 2007, à la suite d'une torsion de l'épaule droite lors d'exercices aux anneaux. Faisant état d'une petite limitation de la mobilité de l'épaule droite et de douleurs de la coiffe modérées, le médecin a diagnostiqué une rupture partielle profonde de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le traitement consistait en l'état en repos et en physiothérapie. Aucune intervention n'était prévue à ce stade. Dans un questionnaire complémentaire rempli le 30 octobre 2007, l'assuré a exposé qu'il avait voulu faire le 21 mars 2007 une démonstration de renversement avant aux anneaux. Ses mains étaient humides, il a glissé et est tombé sur l'épaule, ressentant une très forte douleur. Il a aussitôt mis de la glace puis continué à en mettre durant plusieurs jours. La douleur était apparue conjointement à l'événement et avait été accompagnée d'un craquement et d'une impossibilité immédiate de tout mouvement. L'assuré n'avait jamais ressenti de telles douleurs ni consulté auparavant pour des problèmes similaires. La première consultation médicale pour ce problème remontait au 21 septembre

2007 auprès du Dr I.\_\_\_\_\_. Une autre consultation était prévue au début du mois de janvier 2008 auprès du même médecin. Dans une note du 8 novembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assureur, a estimé que les lésions constatées étaient en l'état dans un rapport de causalité possible avec l'accident du 21 mars 2007, car il n'y avait pas de preuve de déchirure de la coiffe. Il a souligné que la première consultation avait eu lieu six mois après l'événement, l'amélioration des plaintes dans un premier temps avant l'apparition de nouvelles douleurs faisant plutôt penser à un problème dégénératif chronique. Dans un rapport du 6 décembre 2007, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a rendu compte de l'arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 1<sup>er</sup> octobre 2007 à l'Hôpital F.\_\_\_\_\_, à Meyrin. Cet examen avait été recommandé par le Dr I.\_\_\_\_\_ en raison d'une suspicion de rupture de la coiffe des rotateurs. La spécialiste a conclu à des résultats parlant en faveur d'une tendinopathie sévère du sus-épineux avec rupture tendineuse touchant sa face articulaire sur son tiers postérieur, sans rétraction tendineuse, d'atrophie volumique ou graisseuse du corps charnu. Les diagnostics posés sont ceux de tendinopathie du sous-épineux à sa jonction avec le sus-épineux, de bursite sous-acromio-déltôïdienne avec épanchement dans la bourse sous-acromiale ainsi que de discrète arthrose acromio-claviculaire. Dans une note interne du 13 décembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que les conclusions de cet IRM ne modifiait pas son appréciation, dès lors que l'examen avait confirmé l'absence de déchirure transfixiante de la coiffe et mettait en évidence uniquement des tendinopathies multiples. C. Par décision du 14 décembre 2007, P.\_\_\_\_\_ SA a refusé de prendre en charge les suites liées à l'annonce de sinistre du 19 septembre 2007 dès lors que, sur la base des rapports médicaux à disposition, les troubles présentés par l'assuré n'étaient qu'en relation de causalité possible avec l'accident, ce qui n'était pas suffisant pour donner lieu à l'octroi de prestations. L'assuré a formé opposition contre la décision précitée par acte déposé le 22 décembre 2007, expliquant avoir contacté le Dr I.\_\_\_\_\_, qui confirmait son premier diagnostic ainsi que la nécessité d'une intervention chirurgicale. Dans sa correspondance, l'assuré a rappelé que la douleur ressentie lors de l'accident l'avait fait vomir en raison de sa violence. Comme son épaule ne l'avait jamais fait souffrir avant cet événement, il lui paraissait logique de lier à cet accident les douleurs qu'il ressentait depuis lors quotidiennement. Il était culturellement peu consommateur de soins médicaux et avait tenté de soigner la douleur par l'application de glace et en évitant certains mouvements. Sans amélioration après six mois, il avait dû se résigner à consulter un spécialiste. L'assuré alléguait que le rapport de causalité entre ses troubles et l'événement du 21 mars 2007 était avéré, la décision entreprise ne pouvant pas se fonder sur la seule interprétation de l'arthro-IRM pratiquée le 1<sup>er</sup> octobre 2007. L'assuré a déclaré en dernier lieu être prêt à se soumettre à de nouveaux examens auprès d'un spécialiste de son choix. Dans une note interne du 21 janvier 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit: "Si le radiologue – rapport du 6 décembre 2007 – parle de rupture tendineuse, il s'agit d'une interprétation et non d'une preuve. Dans le cas nous occupant, le patient a des atteintes de plusieurs tendons de manière importante. Qu'il y ait une perte de substance à la face articulaire du sus-épineux est probable. Mais il faut savoir que cette région est la plus mal vascularisée et que c'est souvent dans les épaules dégénératives qu'un trou apparaît en premier lieu. Cela n'est donc pas une preuve de déchirure traumatique, d'autant plus que la lésion n'est pas transfixiante. L'IRM montrant une tendinopathie sévère, cette dernière était préexistante, même si elle dérangeait moins ou peu. De plus, comme d'autres tendons sont également touchés, cela implique qu'un seul événement ne peut pas

provoquer toutes ces pathologies, car ces tendons sont antagonistes. Au vu de l'importance de la tendinopathie, une aggravation des plaintes serait de toute façon survenue dans un proche avenir. Ceci entraîne que l'événement a révélé ce problème mais ne l'a pas provoqué." Par décision sur opposition du 23 janvier 2008, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et confirmé la décision entreprise. D. Agissant désormais par l'entremise d'un conseil, l'avocat Nicolas Gillard, l'assuré a recouru le 25 février 2008 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice des prestations de l'assureur-accidents s'agissant des troubles dont est frappée son épaule droit depuis l'accident du 21 mars 2007. Le recourant conclut subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. A l'appui de son mémoire, le recourant produit notamment un rapport médical établi le 13 février 2008 par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans sa réponse du 25 mars 2008, l'intimée conclut au rejet du recours, estimant qu'elle n'avait pas à prendre en charge les suites de l'événement du 21 mars 2007. P. \_\_\_\_\_ SA se réfère notamment à la prise de position de son médecin-conseil, qui a commenté de la manière suivante les différents aspects du rapport établi par le Dr V. \_\_\_\_\_ : "Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 2: "Au vu de ce qui précède, j'ai relu attentivement le dossier de M. E. \_\_\_\_\_ (...)" — il s'agit d'une analyse sur dossier, sans que le Dr V. \_\_\_\_\_ ait vu le patient. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 3: "En premier lieu, il convient de rappeler que M. E. \_\_\_\_\_ n'a jamais formulé de plainte douloureuse au niveau de son épaule avant l'événement du 21 mars 2007". — Cela n'a pas été confirmé par le patient, et même dans ce cas, ceci n'est pas un critère absolu. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 3: "Au moment de l'accident, M. E. \_\_\_\_\_, professeur de gymnastique, effectuait une démonstration de renversement antérieur aux anneaux. Cet exercice ne peut être démontré que par une personne qui se sent en confiance avec ses épaules, car il exige une excellente force et des coiffes des rotateurs intactes. En cas d'absence de ces deux paramètres (force et coiffe des rotateurs), il est impossible d'exécuter cette figure aux agrès". — C'est faux, une lésion partielle n'est pas équivalente à une déchirure totale. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 3: "Le fait de glisser des anneaux, donc de les lâcher de manière non-contrôlée, dégage une force appliquée importante, force suffisante intrinsèquement pour provoquer une déchirure. La survenue d'une déchirure est d'autant plus probable qu'il y a eu chute sur l'épaule. Il s'agit du cumul de deux forces: la première est une violente traction-élévation, la deuxième un choc direct sur l'épaule. La combinaison de ces forces est suffisante pour provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs intacte." — Il n'y a pas de déchirure transfixiante prouvée. Mais seulement une lésion partielle du sus-épineux, au plan radiologique, dont on ne sait pas si elle résulte de l'usure ou d'une déchirure. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 3: "Le fait que M. E. \_\_\_\_\_ ait patienté plusieurs mois avant de consulter un médecin n'est pas un facteur à retenir pour évincer une déchirure d'origine traumatique. Lors d'une lésion de la coiffe des rotateurs, les douleurs violentes initiales s'atténuent au fil des jours et des semaines." — Comment peut-on continuer à travailler comme professeur de sport dans ces conditions? Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Je rappelle que les déchirures tendineuses ne guérissent pas spontanément et qu'elles évoluent progressivement vers une aggravation. Cela ne correspond pas à la réalité de prétendre qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs induit une consultation immédiate. Cette consultation est aussi tributaire, comme mentionné plus haut, de la psychologie du patient et de sa propension à consulter." — Faux: chez une personne jeune, par exemple, une déchirure surtout partielle se guérit complètement sans

séquelles. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Rapport de la Dresse N. \_\_\_\_\_, radiologue: les tendinopathies décrites peuvent être une réponse au traumatisme violent subi par l'épaule droite de M. E. \_\_\_\_\_, six mois auparavant." — Le terme "peuvent" est à souligner. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Une tendinopathie n'est pas nécessairement le reflet de l'existence de phénomènes dégénératifs. En règle générale, les états dégénératifs au niveau des épaules surviennent entre 55 et 60 ans. Je rappelle que M. E. \_\_\_\_\_ est âgé de 45 ans". — Oui, mais une usure précoce est fréquente chez les sportifs. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Lors de son examen, la radiologue n'a pas constaté la présence d'une déchirure transfixiante qui est souvent l'apanage des phénomènes dégénératifs". — Justement pas! Une déchirure transfixiante est le signe d'une lésion traumatique. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "En présence d'une coiffe solide, et malgré un choc violent, une déchirure de la coiffe peut être incomplète. Le fait que l'IRM n'ait pas objectivé de déchirure transfixiante ne doit en aucun cas occulter la présence de la déchirure partielle du sus-épineux en tant que lésion accidentelle". — Il a été vu une lésion partielle du sus-épineux dans la zone mal vascularisée du tendon dont il est impossible de faire la distinction entre une perte de substance et, à l'opposé, une déchirure accidentelle. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "La Dresse N. \_\_\_\_\_ décrit une rupture tendineuse et non une suspicion de rupture, ce qui constitue une différence essentielle". — A propos de "rupture tendineuse", il s'agit là d'une interprétation radiologique sans preuve anatomique. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Lors de l'arthro-IRM, la Dresse N. \_\_\_\_\_ décrit une déchirure du tendon du sus-épineux. Le fait que la radiologue ne constate pas de rétraction tendineuse, ni d'atrophie graisseuse ou volumique du muscle, parle également en faveur d'une rupture récente." — Non. Une perte de substance d'origine dégénérative ne fait pas d'atrophie ou de rétraction tendineuse, laquelle intervient seulement en cas de rupture complète. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 4: "Le tendon du sus-épineux a subi un traumatisme accompagné d'une rupture tendineuse et peut évoluer vers une tendinopathie, ceci d'autant plus que l'examen radiologique a été pratiqué six mois après l'accident." — Oui, mais justement, il faut prouver que c'est l'accident qui a provoqué la rupture tendineuse et qu'il ne s'agit pas d'une tendinopathie primaire. Rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, page 5: "Ceci est d'autant plus invraisemblable que M. E. \_\_\_\_\_ est relativement jeune, qu'il n'a jamais souffert de son épaule qu'il est en excellente santé et qu'il pratique les agrès." — Bien au contraire, puisque le patient est un sportif - ce qui entraîne une usure prématurée des articulations - qu'il est résistant à la douleur et se traite lui-même." Le recourant a déposé ses déterminations le 8 mai 2008. A l'appui de son écriture, il produit un deuxième rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 8 avril 2008, qui conclut ce qui suit, en maintenant clairement l'analyse à laquelle il avait d'ores et déjà procédé dans son rapport du 13 février 2008: "Les affirmations de M. E. \_\_\_\_\_ doivent être retenues lorsqu'il affirme n'avoir jamais souffert de son épaule droite avant l'événement du 21.03.2008 [recte: 2007]. Le dossier médical qui m'a été soumis ne contient aucun élément pertinent qui permette de mettre en doute cette affirmation. La déchirure du tendon du sus-épineux, mise en évidence par l'arthro-IRM du 01.10.2007, est une conséquence directe de l'événement survenu le 21.03.2007. En absence de toute pathologie et de toute plainte douloureuse antérieures à l'accident du mois de mars 2007, on ne peut affirmer qu'il s'agit d'une déchirure dégénérative ancienne. Les tendinopathies dégénératives qui résultent de la pratique du sport provoquent des douleurs progressives et, cliniquement, on est en présence d'une tendinite chronique symptomatique. Rien de tel n'a été relevé dans le cas de M. E. \_\_\_\_\_." Dans sa duplique du 27 mai 2008, l'intimée soutient qu'il est frappant de

constater l'espace libre de six mois entre l'événement du 21 mars 2007 et la première consultation du 21 septembre 2007. Au demeurant, une déchirure traumatique de la coiffe des rotateurs devrait entraîner des douleurs avec pseudo-paralysie et impotence immédiate. Or, l'assuré a pu continuer à exercer son activité de professeur de sport durant les six mois qui ont suivi. L'intimée ajoute qu'il n'existe pas de preuve, dans le cas particulier, de l'origine traumatique de l'affection en raison de l'absence de lésion transfixiante. Elle est ainsi d'avis qu'on se trouve en présence d'une tendinopathie sévère de l'épaule d'origine non traumatique, soit sans preuve de déchirure de la coiffe autre que dégénérative. Dans ses déterminations du 25 août 2008, l'intimée a estimé que les pièces dont elle avait eu connaissance par le tribunal, soit le dossier du Dr I. \_\_\_\_\_, n'apportait pas d'élément nouveau parlant en faveur d'une lésion accidentelle plutôt que dégénérative. Elle se réfère en cela à l'avis médical établi le même jour par son médecin-conseil dont il ressort ce qui suit: "Les pièces fournies par le Tribunal n'apportent aucun nouvel argument en faveur d'un problème accidentel. Au contraire, le rapport de l'IRM [du 2 octobre 2007] confirme bien que la coiffe n'est pas perforée puisqu'à l'arthrographie il n'y a pas de fuite. Cet examen montre aussi des troubles dégénératifs: géode dans le trochiter et arthrose acromio-claviculaire. Dans un tel contexte, il n'est donc pas surprenant de constater une anomalie de signal du tendon sus-épineux à sa face articulaire puisque c'est cette région qui est la plus mal vascularisée et qui dégénère en premier avec l'âge. Attention aux conclusions du radiologue [cf. Dr N. \_\_\_\_\_, page 2 du rapport du 2 octobre 2007]: la rupture tendineuse est une interprétation, mais ne correspond à aucune preuve de déchirure. Il peut s'agir d'un effilochage progressif." E. a) Une audience d'instruction, le cas échéant, de débats et de jugement s'est tenue le 25 juin 2009, au cours de laquelle le Dr I. \_\_\_\_\_ a été entendu comme témoin. Il s'est exprimé en ces termes: "Je suis spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans ma pratique, j'ai souvent l'occasion de voir des lésions dues au sport. J'ai diagnostiqué une rupture partielle de la coiffe des rotateurs. A la suite des résultats de l'arthro-IRM, effectué par la Dresse N. \_\_\_\_\_, j'ai eu la confirmation de ce diagnostic. L'absence d'une déchirure transfixiante n'exclut pas une lésion accidentelle surtout dans l'hypothèse d'une épaule saine. L'arthrographie ne permet pas toujours de mettre en évidence des lésions transfixiantes. Seul un statut opératoire permet de confirmer une lésion transfixiante. Dans ma pratique et en cas d'absence de douleurs avant l'accident, je retiens en général un diagnostic de rupture post-traumatique et c'est ce que j'ai diagnostiqué dans la situation de M. E. \_\_\_\_\_, dans la mesure où les douleurs étaient toujours présentes malgré que le patient s'était mis au repos sportif. Je n'ai pas été surpris que le patient me consulte six mois après l'événement accidentel. Cela arrive souvent. En général, une déchirure partielle n'induit pas forcément une consultation immédiate. M. E. \_\_\_\_\_ avait récupéré une bonne mobilité fonctionnelle. Sa consultation était induite par la persistance des douleurs et la diminution de force. Je n'étais pas le médecin de M. E. \_\_\_\_\_ avant sa consultation. A la demande de la représentante de l'intimée, le témoin indique: je n'ai pas déclaré que l'épaule était saine, mais que la fonction de l'épaule était normale et que le patient n'émettait aucune plainte avant l'accident. Des tendons peuvent présenter des signes dégénératifs, toutefois sans limitation fonctionnelle, un accident pouvant causer la déchirure de ces tendons et provoquer des troubles fonctionnels. Certains patients qui n'utilisent pas beaucoup leur épaule peuvent récupérer la fonction spontanément, les tendons ne guérissant en principe pas spontanément. Il est possible qu'une épaule comportant des lésions dégénératives puisse aussi avoir des déchirures sans traumatisme direct dans des cas de patients âgés, c'est moins

probable pour les cas de patients âgés de moins de cinquante ans. Je ne peux pas l'exclure à 100 % pour un sportif, mais c'est beaucoup moins probable. Il y a eu une amélioration de la mobilité depuis le traumatisme et une diminution des douleurs. Toutefois, le patient a jugé son état insuffisant et ressentait des gênes qui l'empêchaient de reprendre toutes les activités qu'il pouvait faire dans son travail. L'intervention prévue début 2008 n'a pas eu lieu mais n'était pas urgente. En général, avant une intervention je prescris un traitement conservateur et de la physiothérapie entre trois et six mois après l'accident. En l'espèce, le patient n'étant venu me consulter que six mois après l'accident, je n'ai pas mis en oeuvre ce traitement étant donné que le patient s'était déjà mis au repos et qu'il ressentait toujours des douleurs. Je n'ai pas revu ce patient depuis le mois d'octobre 2007. Sa situation pourrait ne pas avoir évolué depuis 2007. J'interprète la présence d'altérations kystiques d'une sclérose du trochiter en raison de la surcharge d'activités physiques répétées." b) À l'issue de l'audience, d'entente entre les parties, la procédure a été suspendue afin de leur permettre de finaliser une solution transactionnelle. Après plusieurs demandes de prolongation de la procédure, les parties ont convenu de mettre en oeuvre une expertise, qui a été confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. L'expert, qui a vu l'assuré à sa consultation le 24 mai 2011, a rendu son rapport le 8 juin 2008. L'appréciation du cas et les diagnostics formulés par ce spécialiste sont les suivants: "Il s'agit d'un homme de 47 ans de nationalité hollandaise, professeur de sport au bénéfice d'une licence d'éducation physique hollandaise. Sportif de haut niveau, il a pratiqué durant près de treize ans du volley-ball professionnel, droitier, avant de devenir porte-parole de la ligue professionnelle de volley-ball et d'obtenir un poste de cadre au sein de la Fédération Internationale de volley-ball, en tant que directeur technique. Il a poursuivi ses activités sportives mais de loisirs après l'arrêt de la compétition de volley-ball en tant que professionnel, et il travaille actuellement comme doyen des professeurs de sport à l'Ecole A. \_\_\_\_\_ qui comprend quatre professeurs à plein temps. Il enseigne vingt-quatre périodes de sport hebdomadaire et gère toutes les activités sportives telles que les camps de ski, au sein de l'Ecole A. \_\_\_\_\_. Il ne déclare aucun antécédent, ni de problèmes douloureux à son épaule droite jusqu'à l'événement du 21 mars 2007. Ce jour-là, en pratiquant une activité aux anneaux, dans un mouvement de renversement antérieur du corps, il lâche les anneaux, et chute en avant en se retenant avec les deux bras, mais surtout le bras droit. Il va présenter des douleurs immédiates qu'il déclare comme très importantes, mais ne l'empêchant toutefois pas de continuer ses activités professionnelles, puisqu'il se traitera uniquement par de la glace localement à son épaule droite. Il ne consultera pas le médecin traitant attaché à son école, ni d'autres médecins en ville. Les mois passeront, y compris les vacances, et les douleurs persistant c'est seulement six mois après la chute qu'il va consulter directement le chirurgien orthopédiste le Dr. I. \_\_\_\_\_ qui lui a été recommandé par des parents d'élèves. Il est suspecté une lésion de la coiffe des rotateurs, un bilan par arthro-IRM est pratiqué, mais l'examen n'est pas demandé par le même médecin puisque c'est le Dr M. \_\_\_\_\_ qui demande l'examen, médecin que l'assuré n'a pas consulté selon ses dires. Cet arthro-IRM met en évidence des lésions partielles du tendon du sus-épineux à son insertion, sans rupture de celui-ci, avec plusieurs temps de clivage, l'ensemble parlant pour une tendinopathie non rompue du tendon du sus-épineux à son insertion, soit loco-classico en s'insérant sur une zone osseuse présentant un important remodelé sclérogéodique, l'ensemble témoignant de l'ancienneté de la lésion, la sclérose et les géodes étant des lésions dégénératives chroniques d'apparition très progressive. Mon interprétation personnelle de l'IRM montre une zone d'irrégularité cartilagineuse, mais également une

ostéophytose inférieure de la tête humérale. J'ai pratiqué un bilan radiologique standard des épaules, bilan qui n'a pas été pratiqué par le Dr. I. \_\_\_\_\_ ou le Dr. M. \_\_\_\_\_, et ce bilan montre clairement une importante ostéophytose inférieure de la glène, de même qu'une calcification circonscrite, visualisée dans l'interligne gléno-huméral inférieur, ne changeant pas selon la rotation interne ou externe, témoignant donc d'une position probablement intra-articulaire. Ces éléments permettent de dire qu'il ne s'agit pas simplement d'une tendinopathie partielle non rompue du sous-épineux, mais en fait d'une lésion dégénérative globale de l'épaule, touchant à la fois les tendons, mais également le cartilage et l'os sous-chondral. Ces éléments permettent de poser clairement un diagnostic d'arthrose gléno-humérale droite stade I selon Samilson. Il est clairement décrit des lésions tendineuses, de même que des lésions gléno-humérales chez les sportifs professionnels de haut niveau. La littérature internationale parle déjà depuis plus de vingt ans, des lésions partielles du tendon du sus-épineux, chez les sportifs pratiquant intensivement les sports d'armes et d'armes/contrer. Déjà il y a plus de vingt ans, Andrews, Snyder, Jobe et Walch, (1, 2, 3, 4), ont parlé de l'importance des lésions du sus-épineux lors de ces mouvements. Lyon 1952, il s'agit d'une entité connue qui a été affinée ces dernières années, en particulier par les études systématiques arthroscopiques. Les sports de lancer et les sports d'armes sont extrêmement délétères pour les épaules lorsqu'ils sont pratiqués de façon intensive, ce qui a été le cas chez Monsieur E. \_\_\_\_\_ puisqu'il a pratiqué du volley-ball en tant que joueur professionnel durant treize ans. Concernant l'épaule du volleyeur, il s'agit soit de lésions du sus-épineux par conflit postéro-externe lors de l'armes, soit de lésions du sus-épineux par instabilité secondaire sur distension progressive lors du mouvement de translation violent de la tête humérale lors du mouvement du fin d'armes du bras. D'autres mécanismes sont également imputables selon le type de mouvements. Si l'on en revient à Monsieur E. \_\_\_\_\_, on retrouve vraiment avec la constellation des éléments suivants - Antécédent de sport professionnel d'armes et d'armes/contrer, - Chute relativement bénigne pour une personne entraînée et en bonne santé, - Une absence de pseudo paralysie, - Des douleurs qui ne l'ont pas empêché de continuer toutes ses activités de professeur de gymnastique à raison de vingt-quatre périodes hebdomadaires, ni ses activités sportives de loisirs. - Une 1<sup>ère</sup> consultation six mois après l'événement, où il a été mis en évidence une tendinopathie non rompue du sus-épineux droit, lésion typique survenant chez les sportifs pratiquant intensément les sports d'armes et d'armes/contré ce qui était le cas de Monsieur E. \_\_\_\_\_. Si l'on regarde attentivement l'arthro-IRM du 6 décembre 2007, on voit non seulement une tendinopathie du sous-épineux, mais d'autres lésions anciennes et dégénératives telle qu'une sclérose, une importante lésions sclérogéodique du trochiter, et surtout une ostéophytose inférieure de la tête que l'on voit clairement sur l'IRM, mais non décrite par le radiologue. Mon bilan radiologique pratiqué lors de l'expertise confirme ces lésions dégénératives gléno-humérales. Il ne s'agit non pas d'une tendinopathie isolée partielle non rompue du sus-épineux droit, mais d'une lésion dégénérative globale de l'épaule droite côté dominant chez un ancien volleyeur professionnel. L'ensemble de ces éléments permet clairement de poser un diagnostic d'arthrose gléno-humérale droite de type I selon Samilson, associée à une tendinopathie dégénérative non rompue du tendon du sus-épineux droite. La chute du 21 mars 2007 a entraîné une contusion simple de l'épaule droite avec un statu quo sine que je fixerai au plus tard trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie douloureuse qui perdure est en relation avec des lésions dégénératives multiples de l'épaule droite et non plus avec une contusion simple. Sur le plan thérapeutique, il ne s'agit donc plus d'une prise en charge d'une tendinopathie

partiellement rompue du sous-épineux droit, mais d'une arthrose gléno-humérale de l'épaule droite. [...] Question 4 : Diagnostics? - Arthrose gléno-humérale de type I selon Samilson. - Tendinopathie partiellement non rompue du sus-épineux droit et plus modérément du sous-épineux droit. Question 4.1: Une rupture partielle non-transfixiante du sus-épineux correspond-elle à une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA? Non, il ne s'agit pas d'une lésion assimilée selon la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA. Question 5 : Question relative à la causalité. Question 5.1 L'état de santé actuel est-il dû à l'accident (=50% ou plus)? Pour quelle raison? Sinon, quels sont les autres facteurs intervenants dans l'évolution qui jouent un rôle prépondérant? Quelle est leur importance? La mise en évidence de l'arthrose gléno-humérale droite et de la tendinopathie non rompue du sus-épineux droite n'est que de relation de causalité naturelle que possible avec l'événement du 21 mars 2007, c.f. appréciation du cas. Question 5.2: Existe-t-il des facteurs, étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies; maladies concomitantes, etc.) lesquels? Il existe clairement un état antérieur, qui est une arthrose gléno-humérale droite préexistante à l'événement. Question 6 : Traitement médical: Question 6.1. : L'état de santé est-il actuellement stabilisé? Je retiendrai vis-à-vis de l'événement du 21 mars 2007, une contusion 'simple de l'épaule droite avec statu quo sine au plus tard trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie douloureuse est en relation avec un état antérieur. Il n'y a plus de traitement médical en relation avec l'événement. L'état de santé n'est actuellement pas stabilisé, comme toute arthrose celle-ci va évoluer inexorablement avec le temps. Le traitement actuel doit être conservateur, avec anti-inflammatoires, antidouleurs voire physiothérapie à la demande si nécessaire. Cette prise en charge relève de la LAMal et de l'assurance perte de gain maladie." Le 24 juin 2011, P. \_\_\_\_\_ SA a adressé à la Cour des assurances sociales copie du courrier qu'elle envoyait le même jour à l'assuré, lui confirmant qu'elle se considérait fondée à refuser toute prestation pour le sinistre annoncé le 19 septembre 2007 et lui impartissant un délai pour se déterminer et, le cas échéant, retirer son recours. Le 1<sup>er</sup> février 2012, l'intimée a informé la Cour de céans qu'elle était restée sans nouvelle du recourant. Elle sollicitait le prononcé d'un jugement, au vu des conclusions de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_. Invité à se déterminer sur le courrier d'P. \_\_\_\_\_ SA, le recourant a précisé le 23 mars 2012 n'avoir pas de déterminations à apporter dans ce dossier. En d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1

let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 francs. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances ne peut en principe entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a). Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'intimée est tenue de verser des prestations au recourant à raison de l'événement du 21 mars 2007. b) 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins des assureurs, ou à une expertise confiée par l'assureur-accidents à un médecin indépendant, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee). Selon la jurisprudence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2). Au demeurant, il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 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, 402 consid. 4.3 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3). 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 la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s. ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a; cf. dans le même sens TF 8C\_211/2011 du 22 août 2011 consid. 3.2, 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4.2 et 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1; cf. également Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 87 p. 867). Au demeurant, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base des appréciations médicales,

le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé, à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante. En effet, la causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement incriminé présuppose la causalité naturelle (sur ces questions, cf. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, thèse Genève 1991, pp. 62 ss). d) 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. D'après l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140), sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : 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 I 36 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b, p. 147). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. A défaut, 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 dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. arrêts 8C\_551 /2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2, 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3, U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; TFA U 60/03 du 28 juin 2004, consid. 3.2; Bühler, loc. cit., p. 87). 4. a) Selon l'intimée, les troubles relevés dès la première consultation du 21 septembre 2007 ne sont que possiblement en relation de causalité avec cet événement, ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit à des prestations LAA. De l'avis de l'intimée et du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'arthro-IRM en question confirme l'absence de déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs et met uniquement en évidence des tendinopathies multiples, soit des affections dégénératives. L'épaule présente une tendinopathie sévère qui serait forcément préexistante à l'événement du 21 mars 2007, dans la mesure où il n'y a pas de preuve de déchirure traumatique, la lésion n'étant pas transfixiante. Au surplus, l'absence de preuve de déchirure de la coiffe des rotateurs et le fait que la première consultation ait eu lieu six mois après l'événement parlent en faveur d'un problème dégénératif chronique de l'épaule révélé, même si les douleurs étaient moins

ou peu présentes avant l'événement annoncé. A cet égard, le fait que l'assuré ne présentait pas de douleurs à cette épaule avant l'événement n'est pas déterminant. Force est d'ailleurs de faire remarquer, selon l'intimée, que le long laps de temps — six mois — entre la survenance de l'événement du 21 mars 2007 et la première consultation du 21 septembre 2007 distend considérablement le lien de causalité naturelle entre ceux-ci, quand bien même les douleurs sont apparues conjointement à l'événement. En effet, en cas de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, la consultation médicale se devrait d'être immédiate et peut tout au plus être reportée de quelques jours. La consultation tardive du cas d'espèce parle en faveur d'une épaule présentant un problème dégénératif chronique préexistant à l'événement du 21 mars 2007, avec apparition de douleurs prononcées à l'occasion de l'événement en question. Toujours selon l'intimée, l'art. 9 al. 2 let. f OLAA ne trouve pas application dans le cas d'espèce, du fait de sa subsidiarité par rapport à la notion d'accident prévue par l'art. 4 LPGA, laquelle a été reconnue pour qualifier l'événement du 21 mars 2007, et en particulier du fait de l'absence de lien de causalité entre cet événement et le diagnostic posé six mois plus tard. Au surplus, quand bien même l'événement du 21 mars 2007 serait interprété comme un événement déclencheur au titre de l'art. 9 al. 2 OLAA, force est de constater que l'on se trouve en présence d'une affection d'origine exclusivement dégénérative, ce qui exclut l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA dans le cas particulier.

b) Se fondant sur l'avis de son médecin traitant ainsi que sur une analyse de son dossier conduite par le Dr V. \_\_\_\_\_, le recourant parvient à des conclusions opposées, estimant que la cause de ses douleurs actuelles sont en lien de causalité avec l'accident du 21 mars 2007 et que l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de cet événement.

c) En ce qui concerne l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne saurait suivre le raisonnement de l'intimée sur la subsidiarité de l'art. 9 al. 2 OLAA en cas d'application de l'art. 4 LPGA. En effet, les règles énumérées ci-dessus sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doit pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt 8C\_357/2007). En l'espèce, il n'est pas litigieux que l'accident du 21 mars 2007 a déclenché les symptômes ressentis par le recourant et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence une rupture/déchirure partielle de la coiffe des rotateurs. Cette atteinte n'a pas besoin d'être transfixiante pour constituer une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43).

d) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'un accident lors d'une leçon de gymnastique, le 21 mars 2007. Reste à déterminer si les lésions subies sont en relation de causalité avec l'événement litigieux ou non et si, pour le cas de la lésion assimilée, les lésions de la coiffe revêtent un caractère exclusivement dégénératif trois mois après l'événement. En l'occurrence, il ressort très clairement des examens complémentaires effectués et de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, qui remplit tous les réquisits fixés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante, que l'arthrose gléno-humérale droite et la tendinopathie partiellement non rompue du sus-épineux droit dont souffre le recourant ne

sont en relation de causalité naturelle que possible avec l'événement du 21 mars 2007. Il convient de souligner à cet égard que l'assuré a modifié la version qu'il avait donnée de l'accident devant l'expert, en soutenant à ce moment-là être tombé hors du tapis de protection. Ces déclarations ultérieures ne seront pas prises en compte, conformément à la jurisprudence. En effet, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 c. 2a; ATF 115 V 143 c. 8c; TF 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 c. 3.2). Le recourant présente ainsi clairement un état antérieur, savoir une arthrose gléno-humérale droite, qui était préexistante à l'événement du 21 mars 2007. Il s'ensuit que le statu quo sine de l'épaule droite a été atteint au plus tard trois mois après l'événement, date à laquelle la symptomatologie douloureuse est en relation avec l'état antérieur et non plus avec l'accident en raison de l'état manifestement dégénératif de la lésion de l'épaule clairement établi par l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. L'assuré n'ayant pas eu de traitement médical dans ce laps de temps en relation avec l'événement, l'assureur-accidents n'a pas de frais à prendre en charge en relation avec celui-ci. 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 23 janvier 2008 par P.\_\_\_\_\_ SA est confirmée. III. La présente décision est rendue sans frais, ni dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Nicolas Gillard, avocat (pour E. \_\_\_\_\_), ■ P. \_\_\_\_\_ 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). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.