

VD_GERICHTE ZA13.008818 vom 1. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.008818

FR: VD_GERICHTE ZA13.008818 du 1 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.008818 del 1 settembre 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 22/13 - 90/2014 ZA13.008818 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 1er septembre 2014 _____ Présidence de Mme DESSAUX Juges :
M. Métral et M. Gutmann, assesseur Greffier : Mme Parel ***** Cause pendante entre :
D. _____, à Cheseaux-sur-Lausanne, recourant, représenté par Me Paul- Arthur
Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains, et P. _____ Compagnie d'Assurances SA, à
Lausanne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA; 9 al. 2 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. D. _____, né en 1952 (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait
comme chef de cuisine à l'EMS N. _____ depuis le 2 avril 1984. En cette qualité, il était
assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de
la P. _____ Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la P. _____ ou l'intimée). Selon
une déclaration de sinistre établie le 29 novembre 2011 par son employeur, l'assuré a été
victime d'un accident de la circulation, le 26 novembre 2011. L'événement est ainsi décrit :
alors qu'il s'était arrêté à un passage piéton pour laisser traverser deux personnes, sa moto a
été heurtée par l'arrière par une automobile, provoquant sa chute. L'assuré a consulté le Dr
X. _____ au Centre Q. _____ le même jour. Dans un rapport médical du 13 janvier
2012 adressé à la P. _____, le Dr X. _____ posait le diagnostic de contusion en regard
de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en précisant que la radiographie n'avait pas
révélé de lésion osseuse post trauma. Il attestait que la lésion était uniquement due à
l'accident, expliquait que le traitement consistait en une médication antalgique et le port
d'un gilet d'immobilisation et estimait que l'assuré serait probablement en incapacité totale
de travail du 26 novembre 2011 au 26 décembre 2011. Une IRM a été effectuée le 9
décembre 2011 par le Dr L. _____ du V. _____. Dans son rapport radiologique du
même jour, ce praticien concluait ce qui suit : "Rupture complète avec rétraction du tendon
du sus-épineux, subtotale du tendon du sous-épineux avec ascension de la tête et conflit
sous-acromial. Important œdème spongieux de la tête, en rapport avec une importante
contusion osseuse considérant le traumatisme. Remaniement sévère de l'articulation
acromio- claviculaire, probablement mixte sur ostéo-arthropathie dégénérative (amyloïde ?)
pré-existante décompensée par le traumatisme. Epanchement articulaire et de la bourse
sous-acromio- sous-delhoïdienne. Amyotrophie musculaire touchant essentiellement le
sus-épineux et le sous-épineux."

- 3 - L'assuré a consulté le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert
certifié SIM, qui, le 9 décembre 2011, a écrit au physiothérapeute U. _____ ce qui suit :
"J'ai revu votre patient après son IRM qui a montré une large rupture de coiffe ancienne,
avec amyotrophie et dégénérescence graisseuse du sus-épineux droite. Cet examen n'a pas
mis en évidence de fracture in-situ occulte. J'ai intensifié la rééducation
physiothérapeutique, et je l'ai sevré rapidement de sa bretelle, l'ensemble permettant de

retrouver au plus vite la mobilité qu'il avait avant son accident de la voie publique. Je l'ai laissé à l'arrêt de travail à 90% et je le reverrai en contrôle le 23 décembre 2011." Dans un rapport médical du 21 décembre 2011 à l'attention du médecin conseil de la P. _____, le Dr C. _____ posait comme diagnostic une contusion du membre supérieur droit et indiquait sous la rubrique 3b "Etat général – Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité)" : "état dégénératif préexistant au membre supérieur droit. Cf. lettre à M. U. _____ + rapport IRM". Il précisait que l'assuré avait été en incapacité totale de travail du 26 novembre au 5 décembre 2011, mais qu'il pouvait reprendre son activité professionnelle à 10 % (administrative seulement) dès le 5 décembre 2011, la situation devant être réévaluée le 23 décembre 2011. Le 12 avril 2012, la Dresse G. _____, spécialiste en médecine interne et en néphrologie, a attesté au médecin conseil de l'intimée qu'elle avait établi un certificat médical pour l'arrêt de travail à 100% de la capacité habituelle concernant l'assuré du 13 janvier 2012 au 21 février 2012 pour des raisons orthopédiques (90%) et médicales (10%). Elle exposait que son patient lui avait transmis que sa situation orthopédique (status après fracture de l'épaule de nature accidentelle) justifiait 90% (selon l'avis de l'orthopédiste) auquel elle avait associé 10% d'arrêt maladie pour cette même période en raison d'une insuffisance rénale aigue sur un fond d'insuffisance rénale chronique chez un patient présentant un déséquilibre glycémique et tensionnel justifiant l'arrêt de travail. La Dresse G. _____ précisait que l'arrêt de travail pour raisons

- 4 - médicales s'était poursuivi du 21 février 2012 au 24 avril 2012, date de la prochaine consultation prévue chez le diabétologue et médecin traitant de l'assuré. Le 20 avril 2012, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la P. _____, a écrit au Dr C. _____ notamment ce qui suit : "Dans votre rapport du 9 décembre 2011, vous prévoyiez, grâce à la physiothérapie, une évolution vers le statu quo ante, sine. Cependant, depuis le 26 novembre 2011, l'incapacité de travail se poursuit à 90% alors qu'une contusion de l'épaule devrait entraîner une incapacité limitée à quelques mois. Je vous remercie donc de bien vouloir me préciser la date à partir de laquelle l'assurance-accident peut considérer que l'incapacité de travail n'est plus en rapport avec l'accident du 26 novembre 2011 mais avec la sérieuse atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs." Par courrier du 26 avril 2012, le Dr C. _____ a répondu au médecin conseil de la P. _____ en ces termes : "J'a revu Monsieur D. _____ à ma consultation en date du 21 février 2012 et du 24 avril 2012 où enfin l'évolution est nettement favorable, avec une amélioration, une diminution des douleurs spontanées, mais toujours une faiblesse nette avec manque de force. Il a été décidé d'une reprise du travail à 50 % à partir du 1er mai 2012 dans son activité de cuisinier. Sur le plan de la causalité naturelle, au vu de sa chute à moto, d'un état antérieur important, je pense qu'on peut accepter le cas durant quatre mois comme suites d'accident, et vu que l'accident a eu lieu le 26 novembre 2011, je pense que l'on peut stopper la causalité au 31 mars 2012, date du statu quo sine, date au-delà de laquelle, la persistance de la symptomatologie est en rapport de causalité avec l'état antérieur." Par décision du 6 décembre 2012, la P. _____ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2012. L'intimée indiquait que, l'assuré présentant des atteintes préexistantes à l'événement du 26 novembre 2011, si celui-ci avait certes momentanément décompensé la situation, le statu quo sine avait cependant été rétabli au plus tard 4 mois après l'accident, soit au 31 mars 2012.

- 5 - Le 7 janvier 2013, l'assuré a formé opposition à dite décision par l'intermédiaire de son conseil, Me Paul-Arthur Treyvaud. Il niait l'existence d'une atteinte préexistant à l'accident,

non démontrée, faisant valoir qu'avant l'événement du 26 novembre 2011, il n'avait jamais ressenti aucune douleur. Il soutenait qu'il était inexact de prétendre qu'une lésion telle que la rupture de la coiffe des rotateurs, même sans état antérieur, ne produise des effets que durant 4 mois, d'autant que pour rétablir le statu quo sine une intervention chirurgicale était nécessaire, qui entraînait à elle seule quelques mois d'incapacité de travail. L'assuré requérait la mise en œuvre d'une expertise aux fins de déterminer s'il existait un état antérieur, le cas échéant l'origine de celui-ci, son importance et ses conséquences éventuelles en relation avec l'accident de la circulation du 26 novembre 2011 et partant la durée de l'incapacité de travail à la charge de l'assurance LAA. Par décision sur opposition du 29 janvier 2013, la P. _____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de mettre fin aux prestations à compter du 1er avril 2012. L'intimée a considéré que l'existence d'atteintes préexistantes à l'événement du 26 novembre 2011 était avérée par le rapport de l'examen IRM de l'épaule droite de l'assuré du 9 décembre 2011. C'est sur la base de ces considérations objectives (déchirures du tendon du sus-épineux, du sous-épineux ainsi que du sous-scapulaire anciennes puisque totalement rétractée pour le sus-épineux et avec la présence d'une amyotrophie musculaire touchant le sus-épineux et le sous-épineux ainsi qu'une ascension de la tête humérale) que les Drs R. _____ et C. _____ avaient estimé que l'accident n'avait pas causé ces lésions mais les avait seulement révélées. Cela étant, l'intimée considérait que si, en sa qualité d'assureur-accidents, elle était tenue de prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli, force était de considérer dans le cas de l'assuré que la contusion de l'épaule droite subie lors de l'événement du 26 novembre 2011 était rétablie 4 mois après l'accident,

- 6 - le 31 mars 2012 au plus tard, et que seul l'état maladif préexistant était susceptible de jouer un rôle dans les plaintes subséquentes de l'assuré. B. Par acte de son conseil du 1er mars 2013, D. _____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition de la P. _____ du 29 janvier 2013. Il a conclu à la réforme en ce sens qu'il y a une relation de causalité naturelle et adéquate entre l'état du recourant et l'accident dont il a été victime le 26 novembre 2011 (I) et que le cas continue à relever de l'assurance LAA et la P. _____ Compagnie d'Assurances SA reste tenue au paiement des indemnités journalières. Le recourant fait valoir qu'il n'a aucun souvenir de lésions anciennes et déclare qu'il n'a jamais ressenti la moindre douleur à l'épaule avant son accident de la circulation. Il considère que, à supposer même que l'interprétation par l'intimée corresponde à la réalité – ce qu'il conteste – la révélation elle-même de ces lésions correspond à un dommage. Il soutient en conséquence que l'on ne saurait considérer que l'accident n'est pas une des causes de l'atteinte, cela d'autant plus qu'aucune expertise neutre n'a été ordonnée. Par ailleurs, toujours dans l'hypothèse de lésions préexistantes, le recourant conteste la durée de la prise en charge par l'intimée, fixée au 30 avril 2012 (sic), soit pendant 5 mois. Il estime que, eu égard à son état à cette date-là et à la date de rédaction du présent recours, il est fortement prématuré d'affirmer, comme le fait l'intimée, que son état de santé est redevenu similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). Enfin, le recourant conteste que, sans l'accident, l'évolution naturelle de son état aurait abouti à une situation telle que celle dont il souffre aujourd'hui. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer s'il présente un état préexistant tel que décrit par les Drs C. _____ et R. _____, la durée de retour au statu quo sine et si l'évolution de son

état de santé, sans l'accident, devait nécessairement aboutir à la situation dont il souffre aujourd'hui.

- 7 - Par réponse du 28 mars 2013, la P. _____ Compagnie d'Assurances SA a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. Elle renvoie pour l'essentiel à la motivation de sa décision sur opposition, en relevant pour le surplus que vu les avis concordants de son médecin conseil et du médecin traitant du recourant sur la question de la causalité naturelle, respectivement sur la détermination du statu quo sine, il appartient à la Cour de céans de trancher la question en ordonnant une expertise judiciaire (ATF 137 V 210, cons id. 4.4) si elle ne s'estime pas en mesure de trancher en l'état du dossier. Le 10 septembre 2013, le recourant a produit une copie du projet d'acceptation de rente rendu le 23 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) lui allouant une demi-rente dès le 1er février 2013 ainsi que l'avis médical établi le 29 juillet 2013 par le Dr W. _____ [réd. : médecin généraliste et spécialiste en gériatrie cf. registre des professions de médicales] du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) à l'attention du Service de recours contre le tiers responsable de l'accident du 26 novembre 2011. Cet avis médical a la teneur suivante : "Module 2 Questionnaire lié à la problématique de la causalité naturelle Quel est, selon vous, le degré d'incapacité de travail ? 1) Une capacité de travail partielle est-elle raisonnablement exigible et, si oui, à quel pourcentage, dans quelle activité et à quelles conditions? 50% dans l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée 2) Au vu du diagnostic établi (cf. module 1, question 1), quels sont les facteurs propres à l'événement dommageable du 26 novembre 2011? L'incapacité de travail durable a pour seule cause l'accident du 26 novembre 2011. (...) 4) La causalité naturelle de ces facteurs propres avec l'événement dommageable du 26 novembre est certaine. Par ailleurs, pour quelle période en cause (durée et taux d'incapacité de travail correspondants)? IT 100% dès le 26 novembre 2011; 50 % dès le 14 février 2012. 5) S'il y a des facteurs étrangers à l'événement dommageable précité, quels sont-ils? Aucun. (...)" C. _____ Par écriture complémentaire du 26 septembre 2013, l'intimée fait valoir que l'avis SMR du 29 juillet 2013 n'a aucune valeur probante,

- 8 - dès lors que d'une part ce médecin ne retient pas de facteurs étrangers à l'accident alors qu'il est établi que l'assuré présente un état dégénératif préexistant à l'accident du 26 novembre 2011 et que d'autre part, il ne justifie pas sa prise de position selon laquelle la causalité est certaine, contrairement aux Drs R. _____ et C. _____. Dans son mémoire complémentaire du 21 novembre 2013, le recourant insiste sur la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, en faisant valoir qu'il n'a jamais été victime d'un accident qui aurait pu causer une rupture de la coiffe des rotateurs et qu'il ne sait pas sur quelle base le Dr C. _____ s'est fondé pour affirmer que cette rupture existait et qu'elle aurait préexisté à l'accident. Il relève que si, certes, le V. _____ qui a pratiqué l'IRM fait état d'un remaniement sévère de l'articulation, probablement mixte sur ostéo-arthropathie dégénérative préexistante, il souligne également que celle-ci a été décompensée par le traumatisme récent, de sorte qu'il est manifestement inexact d'affirmer, comme le fait l'intimée, que l'entier des troubles serait dû à un accident ou d'autres causes antérieures. Pour le surplus, le recourant allègue qu'il pratiquait des sports, qu'en août 2011, il avait pris un abonnement de fitness et qu'il n'a jamais ressenti de douleurs à l'épaule ou aux bras avant son accident. Enfin, soulignant le fait qu'il résulte du projet de décision AI qu'il présente une incapacité de travail à 50 %, il fait valoir qu'une partie prépondérante de cette invalidité doit être mise en relation avec l'accident du 26 novembre 2011. Suit une liste de questions à

poser à l'expert judiciaire. Dans ses déterminations du 7 janvier 2014, l'intimée relève que de l'avis des Drs R. _____ et C. _____, la rupture [réd. : de la coiffe des rotateurs] mise en évidence par imagerie du 9 décembre 2011 est ancienne, ce qui ne signifie pas obligatoirement qu'elle a une origine traumatique, le Dr R. _____ estimant d'ailleurs qu'il s'agit plutôt d'une sérieuse atteinte d'origine dégénérative. Elle fait en outre valoir que, de jurisprudence constante, l'apparition de symptômes postérieurement à un accident ne suffit pas encore pour retenir qu'ils sont d'origine accidentelle et que déduire que des troubles sont consécutifs à un accident parce qu'ils

- 9 - surviennent après un tel événement est "un raisonnement impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé" (ATF 119 V 341 cons id. 2b/2bb et TF, 8C_115/2009 cons id. 5.1 notamment). En conséquence, elle confirme ses conclusions tendant au rejet du recours. E n 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). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si les lésions présentées par le recourant au niveau de son épaule droite doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 31 mars 2012.

- 10 - 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). 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. 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 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

- 11 - (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a 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

- 12 - 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). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts 8C_698/2007 du 27 octobre 2008

consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles 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. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le 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 doive 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

- 13 - lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt 8C_357/2007, déjà cité, consid. 3.2). c) En ce qui concerne plus spécifiquement la question de la lésion de la coiffe des rotateurs, le Tribunal fédéral a rendu récemment deux arrêts qui précisent quelles conditions doivent être remplies pour que l'on puisse considérer qu'une telle lésion est assimilable à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (TF, 8C_347/2013, arrêt du 18 février 2014 et 8C_714/2013, arrêt du 23 juillet 2014). Dans le cas ayant donné lieu à l'arrêt 8C_347/2014, il n'était pas contesté que l'accident avait déclenché les symptômes ressentis par l'assuré et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes avaient mis en évidence, outre une contusion, une déchirure de la coiffe des rotateurs. Selon le Tribunal fédéral, dès lors qu'on ne pouvait déduire des conclusions d'aucun des spécialistes ayant examiné l'assuré que les lésions constatées seraient imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, la déchirure de la coiffe des rotateurs devait être considérée comme une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (consid. 4.1) et que dans la mesure où ces praticiens ne faisaient pas état non plus d'aucun élément qui pourrait fonder un retour au statu quo quatre mois après l'accident (comme une dégénérescence similaire à l'autre épaule), il y avait lieu de considérer que le lien de causalité perdurait au-delà de cette période. L'assureur-accidents était donc tenu de prendre en charge les suites des lésions de la coiffe des rotateurs dont souffrait l'assuré et de continuer à allouer ses prestations. A l'inverse, dans le cas ayant conduit à l'arrêt 8C_714/2013, l'expert avait établi très clairement l'absence de rapport de causalité entre l'accident et la lésion de la coiffe des rotateurs. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a retenu que l'accident avait exercé une influence sur les lésions dégénératives et asymptomatiques préexistantes en ce sens qu'il avait déclenché une impotence fonctionnelle, ainsi que des douleurs. Cependant, même si la lésion pouvait être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, le point de savoir si la persistance de l'incapacité de travail était en relation avec la symptomatologie déclenchée par l'accident ne devait pas être tranchée à

- 14 - l'aune des règles particulières de preuve posées par la jurisprudence en ce qui concerne les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA mais selon les principes généraux applicables lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident (consid. 5.11). 4. a) 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 les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les

références). 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 (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références.) 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,

- 15 - 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; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références). 5. a) En l'espèce, l'événement du 26 novembre 2011 est clairement accidentel. Il a provoqué une importante contusion osseuse à l'épaule (rapport médical du Dr L. _____ sur IRM du 9 décembre 2011). Le recourant fait valoir que la déchirure de la coiffe des rotateurs ne peut être que d'origine accidentelle, puisqu'il n'a aucun souvenir d'une lésion antérieure et que son épaule n'était pas symptomatique avant l'accident. On ne saurait toutefois le suivre dans

- 16 - cette argumentation. Il est en effet notoire que la rupture de la coiffe des rotateurs peut être d'origine traumatique ou dégénérative. On ne saurait donc déduire de l'absence de traumatisme antérieur à l'accident du 26 novembre 2011 que cette lésion a pour seule origine dit accident. On ne peut pas non plus retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 26 novembre 2011 au seul motif qu'avant cet événement,

l'épaule droite du recourant n'avait jamais été douloureuse. Cela reviendrait en effet à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc, lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). Bien au contraire, l'origine exclusivement dégénérative de cette lésion est qualifiée comme telle par le Dr L. _____ qui, dans son rapport radiologique après IRM du 9 décembre 2011, s'il faisait état de la rupture complète avec rétraction du tendon du sus-épineux, subtotalement du tendon du sous-épineux avec ascension de la tête et conflit sous-acromial, et d'un important oedème spongieux de la tête, en rapport avec une importante contusion osseuse considérant le traumatisme, précisait avoir constaté un sévère remaniement de l'articulation acromio-claviculaire, probablement mixte sur ostéo-arthropathie dégénérative (amyloïde?) pré-existante, décompensée par le traumatisme. La lésion litigieuse est par ailleurs qualifiée d'ancienne par le Dr C. _____ qui, dans son rapport médical du 21 décembre 2011 adressé au médecin conseil de l'intimée, indiquait, à la rubrique "Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles" un état dégénératif préexistant au membre supérieur droit". Il se référait sur ce point au rapport IRM du Dr L. _____ ainsi qu'à la lettre qu'il avait adressée le 9 décembre précédent au physiothérapeute de l'assuré, dans laquelle il exposait que l'IRM avait montré une large rupture de coiffe ancienne, avec amyotrophie et dégénérescence graisseuse du sus-épineux droite mais n'avait pas mis en évidence de fracture in-situ occulte. Cet avis médical a été confirmé par le Dr R. _____ qui, dans sa lettre du 12 avril 2012 au Dr C. _____, demandait à ce dernier de bien vouloir préciser la date à partir de laquelle l'assurance-accident pouvait considérer qu'une incapacité de travail n'était plus en rapport avec l'accident du 26 novembre 2011 mais avec la sérieuse atteinte dégénérative de la

- 17 - coiffe des rotateurs. Il s'agit là de l'avis concordant de deux spécialistes en chirurgie orthopédique, dont le propre médecin traitant du recourant, de surcroît expert certifié SIM. Pour le surplus, le recourant n'avance aucun avis médical suscitant le doute et l'avis du Dr W. _____, médecin généraliste et spécialiste en gériatrie (cf. registre des professions médicales de l'OFAS) du SMR, n'est pas relevant puisqu'on ne sait pas, à sa lecture, de quelle atteinte il est question. Il l'est d'autant moins que ce médecin s'est exprimé dans le contexte particulier d'un éventuel recours contre le tiers responsable de l'accident du 26 novembre 2011 et qu'il n'évoque pas le caractère dégénératif des lésions, dûment constaté par IRM. Sur ce point et en rapport avec le projet de décision de l'OAI, on observera encore que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accident (ATF 131 V 362). Vu que la lésion tendineuse est en l'occurrence manifestement exclusivement dégénérative et antérieure à l'accident, elle ne saurait être assimilée à une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. L'accident a simplement déclenché les symptômes, mais pas la lésion. Cela étant, les règles de preuve classiques s'appliquent et le retour au statu quo sine/ante doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante seulement, comme cela ressort de l'arrêt récent rendu par le Tribunal fédéral dans un contexte similaire à la présente cause (TF, 8C- 714/2013, arrêt du 23 juillet 2014). En conclusion, dans la mesure où la seule lésion directement imputable à l'accident consiste en une contusion, l'évaluation du statu quo sine à quatre mois après l'événement accidentel ne paraît pas critiquable, qui plus est lorsque, comme en l'espèce, elle est attestée par le médecin orthopédiste traitant et n'est remise en cause par aucun autre avis médical. Cela étant, il y a lieu de rejeter le recours et de confirmer la décision entreprise. c) L'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire doit être rejetée, les éléments au

dossier étant clairs, dénués de contradiction et

- 18 - permettant à la Cour de céans de statuer (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 29 janvier 2013 confirmée. b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 56 al. 3 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 29 janvier 2013 par P._____ Compagnie d'Assurances SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 19 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains (pour le recourant), - P._____ Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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