

S2 21 113

JUGEMENT DU 22 MARS 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Olivia Heinis, avocate, 1936 Verbier

contre

HOTELA ASSURANCES SA, 1820 Montreux 1, intimée, représentée par Maître Didier
Elsig, avocat, 1001 Lausanne

(art. 4 LPGA et 6 LAA ; notions d'accident et de lésion corporelle assimilée, *statu quo sine*)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1972, ressortissant italien, a exercé une activité professionnelle saisonnière en qualité de chef de rang auprès du restaurant « A _____ » à B _____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'Hotela assurances SA (ci-après : Hotela).

B. Le 28 décembre 2020, en descendant à ski une piste du domaine de B _____, il a glissé sur une plaque de verglas et s'est blessé à l'épaule droite (dossier Hotela, pièce 1). Le lendemain, il a consulté son médecin traitant, le Dr C _____ qui l'a mis en arrêt de travail pour cause d'accident (pièces 2 et 11). Lors de son examen, ce généraliste n'a pas visualisé de fracture, mais a constaté que son patient s'était luxé l'épaule et qu'elle s'était réduite spontanément (pièce 6).

Invité à décrire les circonstances de son accident, l'assuré a expliqué avoir glissé sur une plaque de verglas en descendant une piste de ski et ainsi avoir dû appuyer tout son poids sur son bâton avec son bras droit, faisant « sortir » son épaule droite. Il a ajouté avoir chuté de sa hauteur sur son épaule, puis avoir ressenti des douleurs immédiatement (pièces 13 et 23).

Après avoir observé une impotence fonctionnelle à l'épaule de son patient (lors de l'élévation antérieure et en abduction), le Dr C _____ a envoyé son patient effectuer une échographie ainsi qu'une IRM, le 8 février 2021, laquelle a révélé différentes atteintes, dont une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux de l'épaule droite (pièces 19 et 24).

Hotela a soumis ce cas à son médecin conseil, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a estimé, le 25 février 2021, qu'il n'existait pas de luxation vraisemblable, mais néanmoins une lésion du sus-épineux (pièce 31).

Le 3 mars 2021, l'assuré s'est rendu à la consultation orthopédique du Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce dernier a indiqué que son patient avait subi une rupture subtotale post-traumatique du tendon sus-épineux et de la partie haute de l'infra-épineux à l'épaule droite. A son avis, une reconstruction des tendons touchés avec ténodèse subpectorale du long chef du biceps (LCB) et acromioplastie par arthroscopie de l'épaule droite était indiquée. Cette intervention s'est déroulée le 25 mars suivant (pièces 39 et 60).

Se positionnant sur ces nouveaux éléments le 11 mars 2021, le Dr D _____ a relevé qu'il existait une coiffe dégénérative préexistante et que l'IRM du 8 février 2021 avait montré des lésions chroniques sans inflammation aigüe présentes depuis un à deux ans. Selon lui, l'évènement du 28 décembre 2020 avait seulement conduit à une aggravation passagère d'un état antérieur et le statu quo sine avait été atteint avant l'opération, soit le 3 mars 2021 (pièce 40).

C. Le 12 avril 2021, Hotela a signifié à son assuré que le droit à ses prestations avait pris fin au 3 mars 2021, au motif que l'évènement du 28 décembre 2020 avait conduit à une aggravation passagère d'un état maladif antérieur et que le statu quo sine avait été atteint au 3 mars 2021 (pièce 54).

Le même jour, elle a informé l'employeur de l'intéressé de la fin du versement des prestations (pièce 55). Ce dernier lui a répondu, le 25 avril 2021, que son employé n'avait auparavant jamais présenté de symptômes ni de douleurs à son épaule qui l'auraient empêché de travailler. Selon l'employeur, il était ainsi invraisemblable que la lésion de son employé remontait à deux ans (pièce 65).

Sur demande de l'intéressé, Hotela a rendu une décision formelle le 6 mai 2021, par laquelle elle a confirmé la fin du versement des prestations au 3 mars 2021 (pièces 58 et 69). L'intéressé s'est opposé à cette décision le 7 juin 2021 (pièce 75).

Par décision sur opposition du 16 septembre 2021, Hotela a confirmé sa décision mettant un terme aux prestations de l'assuré au 3 mars 2021. Elle a premièrement relevé que les conditions nécessaires pour retenir un accident au sens juridique du terme ne semblaient en l'espèce pas réunies. Elle a ajouté que cette question pouvait nonobstant demeurer indéterminée, dans la mesure où l'intéressé présentait déjà des atteintes dégénératives à l'épaule droite avant l'évènement du 28 décembre 2020. Selon l'assurance, la lésion subie avait été causée de manière prépondérante par l'usage, notamment au vu de son âge, du diagnostic posé et de son activité professionnelle. Elle a dès lors confirmé que le statu quo sine avait été atteint en date du 3 mars 2021.

D. X _____ a recouru devant le 21 octobre 2021 contre cette décision sur opposition, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge des suites de l'évènement du 28 décembre 2020 par Hotela, subsidiairement au renvoi du dossier à cette dernière pour complément d'instruction. En substance, il a d'abord soutenu que sa glissade répondait bien à la définition juridique de l'accident et que de toute manière la rupture du tendon du sus-épineux devait être considérée comme une lésion assimilable à un accident et donc prise en charge. Le recourant a ensuite

remis en cause la valeur probante de l'avis du médecin conseil de l'intimée, lequel était contredit par les rapports de ses médecins traitants. Il a également contesté que le statu quo sine avait été atteint le 3 mars 2021.

Dans sa réponse du 24 décembre 2021, Hotela a rétorqué qu'un examen personnel de son médecin conseil et un complément d'instruction étaient inutiles en présence d'un dossier complet contenant suffisamment d'appréciations médicales. Elle a ensuite estimé que l'évènement du 28 décembre 2020 ne présentait pas de facteur extérieur et extraordinaire, dans la mesure où le recourant avait pratiqué un sport dont le risque inhérent s'était réalisé. L'intimée a également souligné qu'il souffrait de toute manière déjà de lésions préexistantes à son épaule droite, qui étaient restées asymptomatiques, et que l'évènement en question n'avait fait qu'aggraver de manière temporaire un état dégénératif antérieur. A son avis, le lien de causalité faisait dès lors défaut au-delà du 3 mars 2021. Enfin, elle a indiqué qu'un motif de révision ou de reconsidération n'avait pas à être réalisé pour qu'un terme aux prestations puisse être prononcé, de sorte que le recourant ne pouvait pas se prévaloir du fait qu'il avait dans un premier temps perçu des prestations.

Le 2 février 2022, ce dernier a répliqué qu'une chute à ski répondait à la définition de l'accident et que plusieurs médecins spécialistes avaient posé le diagnostic de rupture du tendon du sus-épineux sans retenir de causes antérieures, ce qui remettait en cause l'appréciation du médecin conseil de l'intimée. Il a soutenu que l'avis du Dr D _____ n'était dès lors pas suffisant pour démontrer que sa lésion à l'épaule droite avait été causée de manière prépondérante par un état maladif préexistant et que le statu quo sine avait été atteint le 3 mars 2021. En outre, il a également estimé qu'Hotela avait adopté un comportement contradictoire en lui laissant dans un premier temps croire que son opération du 25 mars 2021 serait prise en charge, puis en lui annonçant son refus de prester le 8 avril suivant. S'il avait eu connaissance de cette absence de prise en charge, le recourant se serait fait opéré en Italie où ses soins auraient été pris en charge.

Dans sa duplique du 9 février 2022, Hotela a souligné que l'appréciation de son médecin conseil était entièrement probante et que la seule existence d'avis médicaux contraires ne justifiaient pas la mise en œuvre d'une expertise. Elle a ajouté n'avoir donné aucune garantie au recourant quant à la prise en charge de son opération et qu'il lui revenait de se renseigner à ce sujet. Enfin, l'intimée a confirmé que le statu quo sine avait été atteint le 3 mars 2021, soit le jour de la consultation lors de laquelle l'organisation de l'intervention chirurgicale a été envisagée.

Le 24 février 2022, le recourant a encore soutenu que son accident était indiscutablement lié à une chute et qu'il ne convenait pas de s'arrêter aux seules descriptions qu'il avait faites lors d'un entretien téléphonique du 19 février 2021, étant rappelé que le français n'est pas sa langue maternelle.

Sans autres remarques, l'échange des écritures a été clos le 1^{er} mars 2022.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 21 octobre 2021, le présent recours contre la décision sur opposition du 16 septembre précédent (reçue le 21 septembre 2021) a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 3 mars 2021. Dans un premier temps, il convient d'examiner si l'évènement du 28 décembre 2020 remplit les critères constitutifs d'un accident au sens de l'article 4 LPGA.

2.1. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

2.1.1. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 précité et les références).

Ainsi, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas, notamment, lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2 et arrêt 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 4.2).

2.1.2. L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur, dans le sens d'une modification entre le corps et l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt 8C_586/2020 du 30 novembre 2020 consid. 3.3).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (ATF 99 V 136 consid. 1 ; arrêt 8C_268/2019 du 2 juillet 2019 consid. 3). Le facteur externe est l'élément central de tout événement accidentel ; il est le pendant de la cause interne -

constitutive de la notion de maladie (ATF 134 V 72 consid. 4.1 et 4.3.2.1 ; ATF 118 V 283 consid. 2a).

2.1.3. Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un évènement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

A titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, in RAMA 1992 n° U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (arrêt U 114/97 du 18 mars 1999, in RAMA 1999 n° U 345 p. 420). En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule (arrêt U 322/02 du 7 octobre 2003). Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle ait roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque, ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport. La jurisprudence a également considéré que le fait qu'un assuré se déboîte l'épaule par un mouvement non coordonné à la suite d'un relâchement de sa corde, tout en restant sécurisé par celle-ci, faisait précisément partie du risque inhérent à la pratique de l'escalade et devait être considéré comme n'excédant pas ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et d'habituel dans l'exercice de cette activité sportive (arrêt 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et 4.3 avec les références). Enfin, en matière de ski alpin, la jurisprudence a encore nié l'existence d'un évènement accidentel dans le cas d'un skieur qui s'était blessé à l'épaule gauche après avoir ressenti un choc lors de l'utilisation de son bâton (arrêt 8C_589/2021 du 17 décembre 2021), ainsi que dans le cas de celui qui a développé une hernie discale à la suite de la descente d'une piste raide et bosselée (arrêt non publié U 16/91 du 16 mai 1991).

2.2. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement

d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les références).

2.3. Dans le cas d'espèce, l'intimée a remis en doute la réalisation du facteur extérieur et extraordinaire. Selon le recourant, ce facteur résultait de sa glissade sur une plaque de glace.

2.3.1. Dans le formulaire de déclaration de sinistre, l'employeur du recourant a indiqué que ce dernier avait effectué une chute à ski (pièce 1). Le recourant a ensuite fourni différentes explications, pour certaines contradictoires. Il a ainsi d'abord expliqué avoir glissé sur une plaque de verglas et que son épaule droite était « sortie » après qu'il ait appuyé tout son poids sur son bâton avec le bras droit. Dans le même document, il a cependant ajouté avoir chuté de sa hauteur sur son épaule droite (pièce 13). Contacté par téléphone, il a précisé ne pas être tombé et avoir pu faire encore dix mètres avant de s'arrêter et remettre son épaule en place (pièce 23). Dans son opposition, il a en outre expliqué que c'est en appuyant sur ses bâtons qu'il s'était déboîté l'épaule droite et qu'il était ensuite tombé sur la piste (pièce 75, all. 6). Enfin, au stade du recours, il a évoqué une chute mais a insisté sur le fait que la glissade avait déclenché l'accident.

Cela étant, le recourant a admis que son épaule droite s'était déboîtée alors qu'il essayait de se retenir avec son bâton. L'existence d'une chute ne peut ainsi être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. A tout le moins, qu'elle ait eu lieu ou non, elle n'a pas causé les douleurs ressenties par le recourant. Dans cette mesure, la jurisprudence qu'il cite est inapplicable dans le cas d'espèce, puisqu'elle concerne un assuré qui a chuté, ce d'autant plus que la réalisation des conditions d'un accident n'était pas litigieuse dans cette affaire (arrêt 8C_714/2013 du 23 juillet 2014).

2.3.2. Il est rappelé qu'en présence d'une lésion se limitant à l'intérieur du corps, la cause de celle-ci doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. Un événement accidentel se manifeste en effet généralement par une lésion perceptible de l'extérieur, alors qu'en l'absence de celle-ci, il existe une probabilité accrue de causes purement liées à la maladie (ATF 99 V 136 consid. 1). Or, la description de l'évènement du 28 décembre 2020 ne laisse pas apparaître un phénomène particulier qui aurait

contraint le recourant à fournir involontairement un effort sur lequel il n'aurait eu aucune maîtrise, à l'instar d'un mouvement de torsion forcée du bras ou de la main (arrêts 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 4.3 et 8C_36/2013 du 14 janvier 2014).

Au demeurant, contrairement à ce qu'il semble croire, la jurisprudence développée en lien avec la pratique d'activités sportives ne concerne pas uniquement des sportifs professionnels mais également des amateurs (cf. *supra* consid. 2.1.3, notamment les exemples en lien avec la pratique de l'escalade et du ski). En application de cette jurisprudence, l'on constate qu'un évènement accidentel fait en l'occurrence défaut. Le fait de devoir s'appuyer sur ses bâtons de ski afin d'éviter une chute lors d'une descente de piste n'excède en effet pas ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et d'habituel dans l'exercice du ski alpin. Au contraire, cette activité de glisse nécessite précisément de pouvoir maintenir son équilibre avec l'aide de bâtons et sa pratique expose inévitablement le corps humain à des secousses régulières et ce même si les chocs sont violents (arrêt 8C_589/2021 précité consid. 5.4 dans le cas similaire d'un skieur ayant subi un choc à l'épaule en utilisant son bâton afin d'éviter une chute). Par ailleurs, le fait que des médecins aient mentionné un traumatisme ou une chute ne saurait être déterminant, dans la mesure où la notion juridique d'accident au sens de l'article 4 LPGa ne se recoupe pas avec la notion médicale de traumatisme (arrêt 8C_242/2021 du 2 novembre 2021 consid. 4 et les références).

2.3.3. Dans ces circonstances, en l'absence d'un facteur extérieur et de caractère extraordinaire, on ne saurait considérer que la lésion à l'épaule droite résulte d'un accident (art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGa).

3. Dans un deuxième temps, il est nécessaire d'examiner si les affections dont l'assuré a été victime entrent dans la catégorie de lésion corporelle assimilée de l'article 6 alinéa 2 LAA et si celles-ci lui ouvraient le droit à des prestations.

3.1. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Cette disposition vise notamment les déchirures de tendons (let. f), auxquelles sont assimilées les déchirures de la coiffe des rotateurs (ATF 123 V 43 consid. 2b). Lorsque l'existence d'un accident n'est pas admise, le cas doit être examiné sous l'angle de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1).

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51), lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA est diagnostiquée,

l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (cf. consid. 8.2.2.1 et 8.3). En effet, contrairement à ce qui prévalait en matière de lésions corporelles assimilées à un accident sous l'empire de l'ancien droit (cf. art. 6 al. 2 LAA et art. 9 al. 2 OLAA [RS 832.202] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), l'octroi de prestations sur la base de l'article 6 alinéa 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017) ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (cf. art. 4 LPG [RS 830.1]) soient réalisées, à la seule exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure. Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci est dès lors tenu de prêter aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (cf. consid. 8.6).

3.2. 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

3.3. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 V 167 consid. 4.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122

V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est révisé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3.4. Dans le cas d'espèce, les examens médicaux ont clairement mis en évidence une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite du recourant. Il ne fait dès lors pas de doute qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'article 6 alinéa 2 lettre f LAA. Il convient dès lors d'examiner si l'intimée a apporté la preuve que, au 3 mars 2021, la lésion du recourant était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

3.4.1. Le médecin conseil de l'intimée a estimé que la coiffe des rotateurs de l'intéressé présentait des atteintes dégénératives préexistantes et que l'IRM du 8 février 2021 avait mis en évidence des lésions chroniques sans inflammation aiguë, présentes

depuis un à deux ans. Selon le Dr D _____, l'évènement du 28 décembre 2020 avait ainsi conduit à une aggravation passagère d'un état antérieur et le statu quo sine avait été atteint le 3 mars 2021 (cf. avis du 11 mars 2021 ; pièce 40). Depuis cette date, la lésion de l'intéressé était ainsi due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, selon l'intimée.

3.4.2. L'on note que le recourant a subi de vives douleurs immédiatement après avoir glissé sur la plaque de verglas le 28 décembre 2020. Il a également rapidement consulté son médecin traitant le lendemain, lequel a dans un premier temps retenu une luxation ainsi qu'une abduction limitée de l'épaule, mais sans visualiser de fracture, et l'a directement mis en arrêt de travail (cf. rapport du 27 janvier 2021 ; pièce 6). Dans un courrier spontané, l'employeur de l'intéressé a indiqué que ce dernier n'avait auparavant jamais été empêché de mener à bien son activité professionnelle en raison de douleurs à l'épaule (cf. courrier du 25 avril 2021 ; pièce 65). Il apparaît dès lors que cet évènement ait déclenché une symptomatologie douloureuse qui n'était par le passé pas présente ou demeurait asymptomatique. Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas encore à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). L'IRM du 8 février 2021 a ensuite révélé des atteintes dégénératives mais également une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux (cf. pièce 24). Analysant cette imagerie, le Dr C _____ a estimé que la rupture du tendon, d'origine traumatique, avait été causée par l'évènement du 28 décembre 2020 et a ainsi adressé son patient au Dr E _____ pour une prise en charge chirurgicale (cf. rapport du 9 février 2021 ; pièce 19). Celui-ci a également indiqué qu'il s'agissait d'une lésion post-traumatique et a observé que l'impotence fonctionnelle avait pu être légèrement améliorée par les séances de physiothérapie (cf. avis du 4 mars 2021 ; pièce 39). Le 25 mars 2021, il a opéré le recourant (cf. protocole opératoire du 25 mars 2021 ; pièce 60).

S'il existait, certes, des lésions dégénératives préexistantes dans l'épaule droite du recourant, le médecin traitant de ce dernier et le spécialiste l'ayant opéré affirment que la cause de la rupture tendineuse était traumatique. Confronté à ces avis, il revenait au Dr D _____ de motiver les raisons pour lesquelles il estimait que les douleurs étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou une maladie. Or, son avis du 11 mars 2021, très laconique et pas étayé sur le plan médical, n'est que peu probant et ne justifie pas d'écarter sans autre les rapports des Drs C _____ et E _____. L'intimée ne pouvait dès lors pas se contenter de cet avis péremptoire et insuffisamment

motivé, mais aurait au contraire dû ordonner un complément d'examen, au vu du fardeau de la preuve qui lui incombe dans cette situation et de son devoir d'instruction (art. 43 LPGA ; arrêt 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.4). Un simple examen de l'épaule opposée, par exemple par le biais d'une échographie, aurait en effet vraisemblablement pu apporter des indices supplémentaires quant à l'importance d'atteintes dégénératives préexistantes et leur stade d'avancement dans l'épaule gauche du recourant.

3.4.3. Dans la décision querellée, l'intimée se réfère à un article publié dans la revue médicale « Infoméd » et plus particulièrement à la grille d'évaluation contenue dans ce document et énumérant des indices permettant d'évaluer l'origine d'une atteinte (DUBS/SOLTERMANN /BRANDENBERG/LUCHSINGER, Evaluation médicale ciblée après traumatisme de l'épaule – Causes des lésions isolées de la coiffe des rotateurs et leur diagnostic médical d'asséurologie, in : Infoméd n° 2021/1). Les critères de cette grille ne suffisent cependant pas à pallier les lacunes d'instruction du dossier au niveau médical. Par ailleurs, on relève que plusieurs des indices invoqués dans cette grille vont en faveur d'un traumatisme récent, à l'instar de l'apparition de douleurs immédiates le 28 décembre 2020, de la rapide consultation qui a été nécessaire auprès d'un médecin, de l'atteinte fonctionnelle qui y a été observée, de l'incapacité de travail attestée et de l'absence de lésions symptomatiques antérieures. Une luxation a également été suspectée dans un premier temps, puis un diagnostic de rupture tendineuse a été posé. L'opération a en outre montré des lésions concomitantes (atteinte du tendon infra-épineux, signe d'inflammation du LCB) et le Dr E _____ n'a en revanche pas observé de signe d'arthrose ni de lésion du cartilage ou d'atteinte complexe de la coiffe des rotateurs (cf. pièce 60). Ce spécialiste a en plus relevé que la mobilité active de l'épaule droite était limitée et la mobilité passive conservée, ce qui est un critère particulièrement parlant en faveur d'une genèse accidentelle (Infoméd, *op. cit.*, p. 2).

Les critères sur lesquels se fonde Hotela, à savoir l'âge et le type d'activité, n'ont au contraire qu'une pondération modérée, ce d'autant plus que la profession du recourant (chef de rang) n'exigeait manifestement pas une utilisation fréquente des bras au-dessus de la tête (cf. courrier du 25 avril 2021 de l'employeur décrivant les tâches physiques de l'intéressé ; pièce 65), de sorte que l'on ne saurait retenir qu'il était régulièrement exposé à des activités *overhead*. Du reste, âgé de 48 ans au moment de l'évènement du 28 décembre 2020, les chances qu'il souffrait déjà d'une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs étaient relativement faibles (une étude médicale sur la prévalence de telles lésions en fonction de l'âge ayant donné les résultats suivants : 50-59 ans 13%, 60-69

ans 20%, 70-79 ans 31%, plus de 80 ans 51% ; Infoméd, op. cit., p. 9 et la référence) et il semble peu vraisemblable qu'il ait pu exercer son activité professionnelle sans la moindre douleurs ou limitation fonctionnelle en présence d'une telle atteinte à l'épaule droite.

3.5. Confrontée à ces éléments, l'intimée ne pouvait pas se contenter de l'avis insuffisamment probant du Dr D _____ pour conclure que, en date du 3 mars 2021, la lésion de la coiffe des rotateurs était due de manière prépondérante (à plus de 50%) à l'usure ou à la maladie. A cet égard, l'on note d'ailleurs que l'explication fournie par le médecin conseil d'Hotela sur la date retenue n'est que peu convaincante et démontre nullement qu'une opération aurait été nécessaire même en l'absence de l'évènement du 28 décembre 2020. En présence d'avis divergents émanant de spécialistes sur l'origine de la rupture tendineuse, il n'est cependant pas possible pour la Cour de céans de retenir que cette lésion a été causée de manière prépondérante par un traumatisme et de définir à quelle date le recourant a pu récupérer l'état de santé qui aurait été le sien sans l'évènement du 28 décembre 2020. Rien au dossier ne permet en effet de savoir si les douleurs du recourant ont pu être réduites par l'opération du 25 mars 2021 et s'il a pu reprendre une activité professionnelle. En particulier, on note que des séances de physiothérapie étaient encore suivies après cette intervention chirurgicale et que le médecin traitant a attesté un arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2021 (cf. pièces 45 et 80).

Eu égard à ce qui précède, la décision sur opposition du 16 septembre 2021 est annulée et la cause renvoyée à Hotela pour mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGa, dans la mesure où il convient encore d'examiner un certain nombre de points que les avis contradictoires des spécialistes n'ont pas permis à la Cour d'élucider et conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 alinéa 1 LPGa (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêts 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 6.3, 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références). Si l'expert désigné n'arrive pas à la conclusion motivée et convaincante que la lésion du recourant est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, il appartiendra alors à l'intimée de prendre en charge les suites de l'atteinte à la santé.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGa ; aucune disposition spéciale de la LAA ne prévoyant la perception de frais judiciaires).

5. La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGa) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance

sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

5.1. Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV n° 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. Ainsi, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

5.2. Dans le cas d'espèce, la mandataire du recourant a produit un recours de 8 pages, une réplique de 6 pages et une brève détermination supplémentaire de 2 pages. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocate du recourant, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire, de l'ampleur

du dossier, la Cour fixe les honoraires de son avocate à un montant arrondi de 2000 francs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis, la décision sur opposition du 16 septembre 2021 annulée, et la cause renvoyée à Hotela Assurances SA afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'article 44 LPGA, conformément au considérant 3.5, puis rende une nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. Hotela Assurances SA versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 22 mars 2023.