

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2015

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Merz et Mme Berberat
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A._____, à [...] (Italie), recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

H._____, à [...], intimée,

et

Z._____, à [...], intimée.

Art. 6, 10, 16, 18 et 36 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1948, travaillait comme maître de dessin auprès de l'Etablissement secondaire de L._____, à C._____. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) auprès de la N._____ (ci-après également : la Caisse), à laquelle a succédé H._____, et auprès de W._____ (ci-après : W._____), à laquelle a succédé Z._____.

Un contrat de collaboration en application de l'art. 70 al. 2 LAA avait été passé le 19 septembre 1983 entre la N._____ (alors la Caisse [...]) et W._____. Ce contrat prévoyait notamment à son art. 1 que la Caisse garantissait les prestations de courte durée, notamment les frais de traitements et les indemnités journalières, alors que La W._____ garantissait les prestations de longue durée dont notamment les rentes d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 6.2, en cas de divergence entre les deux assurances quant à la prise en charge d'une prestation, notamment lors de la transformation d'une indemnité journalière en rente d'invalidité, elles convenaient d'agir selon l'avis de la Caisse, laquelle s'emploierait avec W._____ à la constitution d'un dossier permettant de prendre une décision équitablement fondée.

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 8 octobre 2002, l'assuré est tombé le 12 septembre 2002 en essayant de fermer une fenêtre sur son lieu de travail. Il a été blessé aux bras, genou et hanche droits et a subi des contusions et une déchirure du muscle du bras. Il s'est rendu à l'Hôpital de C._____.

Le 23 octobre 2002, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait procéder à des radiographies de l'épaule droite de face en rotation interne et externe et à une arthro-IRM de cette même épaule. Dans un rapport du 26 mars 2003 consécutif à ces examens, le Dr

M. _____, radiologue, a mis en évidence une rupture complète du tendon du long chef du biceps sans résidus visibles au niveau de l'articulation, un conflit acromio-huméral favorisé par une inclinaison positive de l'acromion avec tendinopathie diffuse du sus-épineux et moins prononcée du sous-épineux, un aspect aminci du sous-scapulaire, ainsi qu'une déformation et arthrose secondaire de la glène d'allure post-traumatique. Le radiologue a précisé en outre que l'intéressé avait subi une lésion par étirement de l'épaule en se rattrapant lors d'une chute, le 12 septembre 2002, et que quelques temps plus tard, suite à un effort, il avait ressenti une vive douleur due à une rétraction du biceps.

Selon le protocole opératoire établi par le Dr X. _____ après avoir opéré l'intéressé le 5 novembre 2002, celui-ci a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec régularisation du bourrelet antérieur et ablation des restes du tendon du long chef du biceps, une suture et réinsertion osseuse des tendons du sus-épineux et du sous-épineux, une ténodèse sur l'humérus du reste du tendon du long chef du biceps et une acromioplastie. Le diagnostic posé par ce praticien était le suivant : déchirure et désinsertion des tendons du sus-épineux et du sous-épineux de l'épaule droite ; rupture complète du tendon du long chef du biceps droit ; conflit acromio-huméral avec aspect aminci du tendon du sous-scapulaire ; lésion du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur avec moignon libre intra-articulaire des restes du tendon du biceps.

A la suite d'un entretien téléphonique du 12 novembre 2002 avec l'assuré, la Caisse a établi une note exposant que ce dernier avait déclaré avoir glissé et chuté sur le côté droit en voulant fermer une fenêtre se trouvant à 3,5 m du sol. Après cette chute, l'intéressé avait consulté l'Hôpital de C. _____ le jour même. Des radiographies du coude droit ainsi que du genou droit avaient été réalisées, lesquelles n'avaient montré aucune fracture. L'assuré avait ensuite consulté un ostéopathe. Etant donné que les douleurs au niveau de son épaule et de son bras droits ne passaient pas, il avait pris rendez-vous chez le Dr X. _____, qui lui avait dit qu'il présentait une lésion au niveau de la coiffe de l'épaule

droite, ainsi qu'une section du biceps droit, et qu'une opération était nécessaire.

Aux termes d'un rapport médical initial du 6 mars 2003, le Dr X._____ a indiqué sous la rubrique « *Indication du patient* » : « *Chute d'une fenêtre sur l'épaule droite. Depuis, douleurs de l'épaule avec déficit de mobilité* ». Il a en outre précisé que l'intéressé avait pu reprendre son travail en plein, dès le 3 mars 2003.

Le Dr Q._____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil de la Caisse, a examiné l'assuré le 26 mars 2003. Dans son rapport du même jour, il a relevé notamment ce qui suit sous le titre « *déclaration du patient* » :

"Le 10 [recte : 12] septembre 2002, Mr A._____ assurait la surveillance de la récré. Le concierge lui a demandé de fermer une fenêtre, qui se trouvait au-dessus d'une cage d'escaliers, la fenêtre étant à 3,5 mètres du sol.

Pour ce faire, il s'est déplacé sur un petit rebord de 10-15 cm, jouxtant la fenêtre, et a alors fermé la fenêtre coulissante. Il a malheureusement glissé sur ce rebord. Il a essayé de se retenir par le pommeau de la fenêtre, sans succès. En chutant, il s'est rappelé que des bureaux/chaises se trouvaient dessous et a alors fait un mouvement de rotation de son corps, venant ainsi chuter sur l'hémicorps droit, coude au corps.

Il a immédiatement présenté des douleurs de la hanche (++) , du genou (+) et du coude (+) droits. Il a pu se lever. Il a marché en boitant. Il a terminé la journée de travail. Le soir même et surtout le lendemain matin, constatation d'un volumineux hématome sur le versant interne du coude. Diminution toutefois du syndrome algique.

Malgré cette amélioration, ses collègues de travail l'ont incité à consulter. Consultation aux urgences de l'Hôpital de C._____, le 14 ou le 15 septembre 2002 [...].

Trois jours après, Mr A._____ s'est plaint de douleurs à l'épaule droite. Elles sont apparues lentement, et sont restées sourdes, permanentes, un peu plus importantes la nuit. Elles résidaient sur l'ensemble de l'épaule et sur l'omoplate, irradiant vers la face antérieure du bras. Le patient a alors consulté un ostéopathe. Après une séance, une nette amélioration a été constatée. Toutefois, péjoration de la symptomatologie 2 jours plus tard.

Vers la mi-octobre, en voulant déplacer des bûches, il a lancé la première à l'aide des deux membres supérieurs. Il a alors ressenti une violente douleur sur la face antérieure de l'épaule. C'est alors qu'il a décidé de consulter le Dr X._____."

Le Dr Q._____ a en outre relevé que les radiographies effectuées deux jours après l'accident de l'assuré n'avaient pas mis en évidence de lésions osseuses. Il a expliqué que les diverses investigations avaient révélé des troubles dégénératifs étendus de l'épaule, intéressant tout d'abord la coiffe des rotateurs (sous-épineux, sus-épineux, sous-scapulaire), mais aussi les ligaments gléno-huméraux et l'articulation gléno-humérale, associés à une rupture du long chef du biceps. Il a encore précisé que, dès l'âge de cinquante ans et plus - l'intéressé étant âgé de 54 ans au moment de l'accident -, la moitié de la population avait déjà été sujette à des douleurs d'épaule et victime de lésions dégénératives, ajoutant que la majorité des déchirures de la coiffe des rotateurs était supportée sans trouble aucun. Il a expliqué que bien que le caractère de l'événement survenu le 12 septembre 2002 ait été de relative haute énergie, il n'avait pas produit une clinique évoquant une lésion de la coiffe des rotateurs, dès lors que si une déchirure de la coiffe des rotateurs survenait suite à un traumatisme important, l'on devait s'attendre à un phénomène de pseudo-paralysie de l'épaule, appelant à une aide médicale rapide, ce qui n'avait pas été le cas chez ce patient. Ce médecin a en outre exposé que la lésion subie par l'intéressé consistait probablement en une rupture du long chef du biceps, que cette lésion n'avait toutefois été qu'un épiphénomène dans le contexte de dégénérescence chronique de la coiffe des rotateurs et des structures avoisinantes et qu'ainsi, l'événement du 12 septembre 2002 n'avait produit qu'une dégradation mineure et surtout transitoire d'un état pathologique préexistant, et que l'événement survenu six semaines après la chute (en lançant une bûche), des plus bénins, avait aussi révélé cet état pathologique dégénératif ; quant aux contusions du coude, de la hanche et du genou droits, elles n'avaient pas laissé de séquelles. Cela étant, le Dr Q._____ a conclu à l'absence d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 septembre 2002 et l'intervention chirurgicale (intéressant l'ensemble de la coiffe des rotateurs) réalisée au niveau de l'épaule droite de l'intéressé le 5 novembre 2002.

Par décision du 11 avril 2003, la Caisse, en se fondant sur les conclusions du rapport du Dr Q._____, a mis un terme au versement de ses prestations au 31 octobre 2002.

Le 16 avril 2003, A._____ s'est opposé à cette décision, alléguant n'avoir jamais eu de problèmes à son épaule jusqu'à sa chute et sollicitant ainsi la reconsidération dudit prononcé.

Le 12 février 2004, par l'intermédiaire de son assurance protection juridique, l'assuré a complété son opposition en produisant un rapport du Dr X._____ du 29 janvier 2004, qui relevait notamment ce qui suit :

"[...] avant cet accident ce patient n'a jamais présenté de douleur à l'épaule droite, comme le précise le Dr Q._____ dans son rapport. Par contre, lors de la consultation aux urgences de chirurgie de l'Hôpital de C._____ le 13.09.2002, il est bien spécifié que le patient s'est plaint de quatre localisations douloureuses soit en 1) l'épaule 2) l'olécrâne 3) la hanche et 4) le genou. La localisation de l'épaule est citée en premier. Dans le rapport de la policlinique, il y est précisé que le patient est très algique et l'élévation du bras droit limitée à environ 90°. On peut donc confirmer que ce patient n'avait pas de douleurs avant l'accident et qu'il en a eu au moment de l'accident, qu'il les a signalées et que celles-ci ont persisté plusieurs semaines après le traumatisme."

Le Dr X._____ a observé une désinsertion et déchirure des tendons du sus-épineux et du sous-épineux de l'épaule droite, une rupture complète du tendon du long chef du biceps droit, une lésion du bourrelet glénoïdien antéro-supérieure, ainsi qu'une lésion des ligaments gléno-huméraux antérieur, moyen et inférieur, ces lésions ayant été constatées au cours de l'intervention. Sur le plan clinique, au moment de la première consultation, le Dr X._____ a mentionné que le patient présentait des symptômes et des douleurs compatibles avec une rupture de la coiffe récente, c'est-à-dire une mobilité passive tout à fait normale, alors que la mobilité active était fortement diminuée. Il était donc évident que ce patient n'aurait pu exercer son activité de peintre et son activité professionnelle avec de telles lésions. Le Dr X._____ a précisé qu'il était difficile d'affirmer l'origine exacte des lésions présentées par l'assuré mais qu'une chose était certaine : si toutes les personnes de son âge

présentaient des lésions dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs, ces lésions, si elles étaient douloureuses, étaient pratiquement toujours accompagnées d'autres symptômes que ne présentait pas l'assuré, soit une atrophie des muscles concernés et une limitation de la mobilité passive. Le Dr X._____ a ajouté que l'anamnèse, la clinique et l'examen IRM étaient tout à fait compatibles avec une lésion récente provoquée par un accident chez un patient présentant des lésions dégénératives normales pour son âge et asymptomatiques jusqu'au jour du traumatisme.

Dans un rapport complémentaire du 18 mars 2004, le Dr Q._____ a confirmé ses premières conclusions. Il a maintenu que l'événement en question n'avait pas entraîné de lésion anatomique ayant une répercussion significative dans l'évolution du cas mais qu'il avait tout au plus été à l'origine d'une entorse de l'épaule, voire d'un conflit sous-acromial aigu ou d'une lésion du long chef du biceps.

Au vu de ces divergences, la Caisse a mandaté expert le Dr J._____, chirurgien orthopédiste, qui a examiné l'assuré le 27 mai 2005 et établi son rapport le 19 juillet suivant. Dans l'anamnèse (p. 5 de l'expertise), le Dr J._____ a indiqué que l'assuré avait pu reprendre son travail à 100% le 3 mars 2003 comme professeur de dessin, qu'il pouvait à nouveau utiliser son membre supérieur droit en élévation pour faire des démonstrations de dessin et était satisfait du résultat de l'opération mais qu'il restait encore une certaine faiblesse proximale du membre supérieur droit qu'il n'avait pas complètement réussi à récupérer. Relatant les plaintes actuelles de l'assuré, le Dr J._____ a indiqué ce qui suit :

"1) Fatigabilité et tiraillements de l'épaule de la face antérieure du bras droit lors des mouvements en élévation prolongée du membre supérieur droit. Impossibilité de dormir sur le côté droit. Les douleurs diminuent avec le repos et des massages ou l'application locale de Voltaren ou d'Arnica.

En conclusion, il qualifie ses séquelles plutôt comme dérangeantes que comme invalidantes. Il craint cependant une évolution défavorable dans le futur. Il considère que la situation actuelle est supportable. Il peut effectuer toutes les activités professionnelles et

non professionnelles en prenant soin de ménager des pauses régulières."

Il résultait en outre du rapport du Dr J._____, notamment ce qui suit :

"Anamnèse actuelle :

Avant l'accident du 12.09.2002, le patient certifie n'avoir jamais présenté le moindre problème au niveau de ses deux épaules.

Il travaillait comme maître de dessin sans aucune difficulté. Pendant ses cours, il devait souvent travailler avec les membres supérieurs en élévation, notamment le droit, vu qu'il est droitier, pour faire des démonstrations au tableau. Il n'avait pas d'autres efforts de manutention à fournir.

En dehors de sa profession, le patient faisait de la peinture [et] de la sculpture à domicile. Il devait notamment passer des heures en élévation du membre supérieur droit pour tenir le pinceau lorsqu'il faisait de la peinture à l'huile.

Le 12.09.2002, le patient se trouvait sur son lieu de travail. En voulant refermer une fenêtre, il est tombé d'une hauteur de 3,5 m. Lors de la chute, il a essayé de s'agripper au rebord de la fenêtre où il est également resté croché par le bracelet de sa montre. Le bracelet de sa montre s'est cassé et il n'a pas pu empêcher la chute. Il a heurté le sol en béton avec son côté droit. Lors de l'impact, l'épaule droite se trouvait en élévation et le coude droit en flexion. Sur le moment, il a ressenti des douleurs au niveau de l'épaule droite, de la face interne du coude droit et de la face latérale de la hanche et du genou droits.

Un peu plus tard, il a donné deux périodes de cours pendant lesquels il avait de la peine à lever son membre supérieur droit au-delà de l'angle droit en raison de douleurs situées à la face latérale et postérieure de son épaule droite.

En rentrant à domicile, le soir, il a constaté la régression des douleurs du membre inférieur droit, la persistance de douleurs dans l'épaule droite. Dans un premier temps, il a banalisé, pensant à des contusions simples. La nuit, il a dû dormir sur le côté gauche. Pas de notion d'irradiations douloureuses dans la main droite ni d'acroparesthésies. Pas de notion de cervicalgies.

Sur l'insistance de sa femme, il a consulté le 13.09.2002 à l'Hôpital de C._____. Aucune indication objective de cette consultation ne figure au dossier à disposition. Des radiographies du coude et du genou droit ont été faites mais pas de l'épaule droite, pour des raisons que le patient ignore. Aucune lésion ostéo-articulaire n'a été mise en évidence. Le diagnostic retenu fut, semble-t-il, celui de contusions multiples. Actuellement, le patient déclare qu'il ne pouvait pas lever l'épaule droite plus haut que l'angle droit. Aucun traitement ni arrêt de travail n'a été prescrit. A la demande, il se

souvent avoir présenté un hématome à la face interne de son coude droit qui s'est résorbé par la suite.

Progressivement, au fil des jours, la situation s'est lentement détériorée avec persistance d'une limitation fonctionnelle et des douleurs de l'épaule droite qui devenaient également insomniantes. Il s'est soigné lui-même avec des applications locales de pommade anti-inflammatoire puis a consulté deux ostéopathes à [...] et à [...]. Les manipulations l'ont soulagé sur le moment mais ont aggravé la symptomatologie secondairement.

A la mi-octobre 2002, en lançant une bûche de bois dans sa cheminée, sans notion d'événement extraordinaire, il a ressenti une vive douleur à la face antérieure de son bras droit et a constaté la présence d'une voussure pathologique qu'il ne connaissait pas auparavant. Il a consulté le 31.10.2002 le Dr X. _____ à [...] qui a constaté une voussure du biceps et des douleurs à l'abduction et à l'antépulsion de l'épaule droite. Aucune radiographie de l'épaule droite n'a été faite et le Dr X. _____ a d'emblée posé l'indication chirurgicale à une réparation tendineuse pour prévenir une diminution de la force à long terme."

L'expert retenait les diagnostics d'omarthrose droite débutante avec troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, de status après contusions multiples du membre supérieur et du membre inférieur droits le 12 septembre 2002, de status après rupture spontanée du long chef du biceps de l'épaule droite à la mi-octobre 2002 et de status après débridement et suture de la coiffe des rotateurs avec ténodèse du long chef du biceps le 5 novembre 2002. Il relevait en outre ce qui suit :

"Facteurs en faveur d'un lien de causalité :

1. Absence anamnestique de problèmes de l'épaule droite avant l'accident du 12.09.2002.
2. Douleurs anamnestiques immédiates au niveau de l'épaule droite après l'accident.
3. Dans la littérature, la nature de la lésion de la coiffe des rotateurs chez les sujets de plus de 40 ans est généralement considérée comme dégénérative mais des publications isolées [...] suggèrent l'existence de facteurs traumatiques qui pourraient jouer un rôle dans certains cas.

Facteurs en défaveur d'un lien de causalité :

1. Age du patient où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont beaucoup plus fréquentes que les lésions traumatiques.

2. Sollicitations professionnelles marquées de la coiffe des rotateurs par des mouvements répétitifs en hauteur de la main dominante.
3. Notion bien établie que les troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années avant d'être révélées à l'occasion d'un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie.
4. L'action vulnérante du 12.09.200[2] n'est pas classique pour un traumatisme qui solliciterait un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture, à savoir une luxation d'épaule, un important mouvement d'abduction contre résistance ou un mouvement passif extrême de l'épaule.
5. Absence de véritable "pseudo-paralysie" immédiate de l'épaule droite. Le patient a certes présenté des difficultés anamnestiques à l'élévation mais a pu donner son cours juste après l'événement. Les douleurs et la limitation fonctionnelle se sont ensuite progressivement péjorés au fil des jours.
6. Absence de radiographies de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident (seuls le coude et le genou droits ont été radiographiés).
7. L'événement de la mi-octobre 2002 était un mouvement ordinaire : flexion active des coudes et d'antépulsion des épaules pour lancer un poids modeste. La contrainte développée sur l'appareil locomoteur doit être considérée comme ordinaire. Elle est appropriée pour entraîner la rupture d'un long chef du biceps préalablement fragilisé mais pas pour la rupture de structures tendineuses saines de l'épaule.
8. La rupture spontanée dégénérative de la portion intra-articulaire du long chef du biceps est une entité médicale bien connue. Elle accompagne souvent les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, notamment du tendon du sus-épineux, situé à proximité immédiate du long chef du biceps.
9. Les radiographies et l'IRM du 23.10.2002 (faites six et deux semaines après les événements décrits ci-dessus) montrent des lésions manifestement dégénératives de l'épaule datant certainement de plusieurs mois ou plusieurs années. Les ostéophytes articulaires, les remaniements scléro-géotiques, l'amincissement des tendons de la coiffe des rotateurs, le remaniement étendu du bourrelet glénoïdien, sont des lésions qui ne peuvent pas être attribuées à un événement récent, de surcroît quand elles surviennent simultanément.
10. Description peropératoire d'un conflit sous-acromial chronique typique qui a d'ailleurs nécessité une décompression au moyen d'une acromioplastie.
11. Caractère diffus des diverses lésions cartilagineuses et tendineuses objectivées.

En conclusion, les facteurs parlant contre un lien de causalité naturelle avec un événement accidentel l'emportent largement pour

ceux qui parlent de l'existence d'un tel lien. En d'autres termes, le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et un événement accidentel survenu en 2002 n'est que possible mais pas probable.

[...]

Le statu quo sine a vraisemblablement été atteint lorsque les contusions du coude, de la hanche et de genou droits ont guéri car on peut partir du principe qu'une contusion conjointe de l'épaule aurait aussi guéri dans un intervalle similaire. Dès lors, il est probable que le statu quo sine ait été atteint au maximum au bout d'un mois environ."

A. _____ a consulté, à titre privé et en vue d'une expertise, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a établi un rapport le 24 février 2006. Ce spécialiste a diagnostiqué une déchirure du long chef du biceps à l'épaule droite, associée à une importante lésion du labrum, une déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux) à l'épaule droite, une lésion du nerf axillaire à l'épaule droite et une capsulite rétractile à l'épaule droite. Dans l'anamnèse, le Dr F. _____ a indiqué qu'à la suite de l'intervention du 5 novembre 2002, l'assuré avait effectué une rééducation en physiothérapie à raison de trois fois neuf séances et qu'il avait repris le travail à plein temps le 3 mars 2003. Il a mentionné qu'ultérieurement l'assuré avait eu un infarctus le 18 juillet 2003, que sa rééducation avait duré pendant tout le mois d'août 2003 et qu'il avait bien récupéré. Dans les suites, le Dr F. _____ a relevé que l'assuré lui avait dit avoir relativement bien récupéré mais pas à 100%, se plaignant d'une persistance de douleurs, d'une limitation de la mobilité et d'un manque de force. Le Dr F. _____ a également mentionné que l'assuré avait cessé sa profession de maître de dessin le 30 mars 2004 pour se consacrer entièrement à son ancienne formation d'artiste peintre et sculpteur. Il résultait en outre de son rapport notamment ce qui suit :

"5. Les troubles constatés sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 12 septembre 2002 de façon : certaine, probable (> 50%), seulement possible (50%) ou exclue ? [...]

a) Déchirure du long chef du biceps (LCB) à l'épaule droite, associée à une importante lésion du labrum.

[...]

Les déchirures isolées du LCB sont rares [...]. En cas de tendinite préexistante, associée ou non à une déchirure de la coiffe, elles surviennent plutôt lors de la sixième et septième décennie. Il y a toujours une phase douloureuse précédant la rupture du tendon, ce qui n'a pas été le cas pour Monsieur A._____. Le patient a déclaré ne pas avoir eu de douleurs à l'épaule droite avant l'événement du 12 septembre 2002 et ceci a été également noté dans le rapport du Dr Q._____.

Une lésion survenant à l'origine du LCB est ce que l'on appelle une lésion de "l'ancre du biceps". Elle peut toucher le labrum supérieur ou le LCB lui-même. Ce type de lésion a été nommé lésion SLAP (*Snyder 1990*). Pour certains, le mécanisme le plus fréquent est une chute avec le bras écarté (*Snyder 1990*), alors que pour d'autres, elle est liée à une traction importante sur le LCB (*Maffet 1995*). Les lésions du labrum supérieur peuvent se prolonger, notamment en direction antérieure [...], réalisant notamment un SLAP V (*Maffet 1995*), ou être associées à une déchirure du LCB lui-même (*Burkhart 1992*).

[...]

Monsieur A._____ a subi, lors de sa chute du 12 septembre 2002, les deux mécanismes mentionnés plus haut (chute avec le bras écarté et traction importante sur le LCB). Il a donc subi une lésion de type SLAP V avec une déchirure du LCB associée. Cette lésion est consécutive à l'accident. La déchirure du LCB devait être subtotale et s'est complétée lors du mouvement anodin que Monsieur A._____ a effectué en lançant une petite bûche dans la cheminée, deux à trois semaines après l'accident.

Contrairement à l'interprétation du radiologue, la lésion du labrum n'est pas une destruction liée à un phénomène arthrosique, mais bien une déchirure. D'ailleurs, si l'on reprend en détail le protocole opératoire (PO) du Dr X._____, on voit une légère usure du cartilage (chondrite stade II-III), pas une arthrose. Le radiologue ne mentionne d'ailleurs pas l'état du cartilage dans son interprétation de l'arthro-IRM. Je pense que c'est un des arguments qui a mal orienté le Dr Q._____ dans les conclusions de son rapport.

La déchirure du LCB est prouvée par l'examen clinique, l'arthro-IRM et le protocole opératoire ; alors que la déchirure du labrum est bien visible sur l'arthro-IRM mais le PO du Dr X._____ n'est pas suffisamment détaillé dans sa description du labrum.

Contrairement à l'interprétation du Dr Q._____, à mon avis, la déchirure du LCB est la lésion principale subie par le patient et non un épiphénomène. La diminution de l'espace sous-acromial (6 mm) n'est pas liée à un conflit sous-acromial avec lésion de la coiffe des rotateurs "silencieuse", mais bien à la déchirure du LCB qui a occasionné une translation supérieure de la tête humérale.

Ces lésions (déchirure du LCB, associée à une importante lésion du labrum) sont donc causées de façon certaine par l'accident que Monsieur A._____ a subi le 12 septembre 2002.

b) *Déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux) à l'épaule droite.*

[...]

[...] Il y a des déchirures complètes transfixiantes d'un ou de plusieurs tendons, qui peuvent être ou ne pas être rétractés. Quand on dit d'une déchirure qu'elle est transfixiante, cela signifie qu'elle traverse toute l'épaisseur du tendon. Il y a également des déchirures partielles d'un ou de plusieurs tendons. Ces déchirures peuvent être partielles, dans le sens qu'elles ne touchent qu'une partie de l'épaisseur du tendon ; dans ce sens elles peuvent toucher soit la surface articulaire de ce tendon, soit la surface sous-acromiale, soit finalement être intra-tendineuses (ou intersticielles). Une autre catégorie de déchirure partielle est la déchirure transfixiante qui ne touche qu'une partie de l'attache du tendon. Il faut d'ailleurs savoir que les déchirures partielles semblent être deux fois plus fréquentes que les déchirures complètes (*Matsen 2004*).

Lors d'un traumatisme sur la coiffe des rotateurs, le patient peut en effet avoir une "pseudo-paralysie" comme le précise le Dr Q. _____ dans son rapport. Néanmoins, celle-ci n'est pas obligatoire. En effet, les patients qui ont des déchirures partielles de la coiffe (celles-ci étant deux fois plus fréquentes que les déchirures complètes) ne présentent pas de pseudo-paralysie.

En ce qui concerne la déchirure de la coiffe des rotateurs chez le patient, trois hypothèses se présentent à nous.

Première hypothèse : Monsieur A. _____ n'avait pas de déchirure de la coiffe avant l'accident. Alors, ce dernier est la seule cause des lésions constatées.

Deuxième hypothèse : Monsieur A. _____ avait la même déchirure de la coiffe des rotateurs préexistante à l'accident. On peut donc se demander ce qui est responsable de ses plaintes actuelles. A mon avis, les douleurs ne sont pas liées à la lésion du nerf axillaire ou à la capsulite rétractile ; j'y reviendrai plus loin. L'autre possibilité est que les douleurs sont liées à la déchirure du LCB. Néanmoins, lorsque le LCB se déchire complètement, les douleurs qui lui sont liées vont habituellement disparaître. Donc l'hypothèse que la même déchirure de la coiffe était préexistante à l'accident n'est pas recevable.

Troisième hypothèse : Monsieur A. _____ avait une lésion préexistante de la coiffe, mais qui a été aggravée par l'accident. On peut tout d'abord affirmer que la déchirure de la coiffe n'était pas ancienne. Lorsque le tendon se déchire, le muscle va s'atrophier et progressivement il y aura une dégénérescence graisseuse (*Goutallier 1994*). Monsieur A. _____ avait une coiffe des rotateurs avec une trophicité conservée, sans atrophie graisseuse (cf rapport de l'arthro-IRM du 23.10.2002). Par ailleurs, les déchirures asymptomatiques qui deviennent symptomatiques sont liées à une progression (augmentation) de la déchirure (*Yamaguchi 2001*). On peut donc affirmer que l'accident est responsable de l'aggravation de la déchirure, si elle était préexistante à l'accident.

Finalement, si l'on considère l'accident lui-même, on peut déterminer si l'action vulnérante était appropriée ou pas (*Bär 2000*). Il est mentionné que "rester subitement le bras suspendu supportant tout le poids du corps" est une action vulnérable appropriée. Ceci a été le cas lors de l'accident subi par Monsieur A. _____. D'ailleurs, si lors du même accident, le patient avait subi une fracture du trochiter (zone d'attache du sus-épineux et du sous-épineux sur la tête de l'humérus), il n'y aurait pas eu de discussion quant à la prise en charge du cas par l'assurance LAA.

On peut donc conclure que la déchirure de la coiffe subie par Monsieur A. _____, qu'elle soit provoquée ou aggravée par l'accident du 12 septembre 2002, est causée de façon certaine par celui-ci.

c) Lésion du nerf axillaire à l'épaule droite.

[...]

L'origine la plus fréquente d'atteinte du nerf axillaire est traumatique, soit par traction, soit par contusion directe (*Steinmann 2001 et 2004 & Safran 2004*).

D'autres origines possibles sont le syndrome de Parsonage-Turner ou neurite brachiale, et le syndrome de l'espace quadrangulaire (*Steinmann 2001 & Safran 2004*). Je ne reviendrai pas en détail sur ces deux syndromes car cela dépasserait le cadre de cette expertise. Néanmoins, on peut les exclure pour les raisons suivantes. Le syndrome de Parsonage-Turner peut toucher un ou plusieurs nerfs, mais il est surtout caractérisé par des douleurs, ce qui n'était pas le cas de Monsieur A. _____ avant son accident. Dans le syndrome de l'espace quadrangulaire, la douleur est localisée postérieurement au niveau de l'épaule, l'EMG est habituellement normal et à l'IRM on voit habituellement des signes de dénervation non seulement au niveau du muscle deltoïde, mais également au niveau du petit rond. Ceci n'est pas le cas de Monsieur A. _____.

Finalement, il faut également envisager une atteinte iatrogène liée à l'intervention chirurgicale du 5 novembre 2002. L'atteinte du nerf axillaire ne peut être liée à la traction sur le bras qui n'était que de 5 kg. Peut-elle être liée à l'opération elle-même ? On peut observer une atteinte du nerf axillaire lors d'opérations arthroscopiques capsulaires stabilisatrices de l'épaule ou lors de chirurgie de la coiffe des rotateurs. Lors de la partie arthroscopique de son intervention, le Dr X. _____ n'a pratiqué aucun geste pouvant mettre en péril le nerf axillaire. L'incision antérieure pour la réparation de la coiffe des rotateurs qui a été pratiquée est trop petite pour avoir pu occasionner une lésion du nerf axillaire.

Ainsi, la lésion du nerf axillaire de l'épaule droite de Monsieur A. _____ est liée de façon certaine à l'accident du 12 septembre 2002.

d) Capsulite rétractile à l'épaule droite.

Cette lésion est prouvée par l'examen clinique démontrant une limitation, non seulement active mais aussi passive, de tous les mouvements de l'épaule de Monsieur A._____.

L'autre nom de la capsulite rétractile est "l'épaule gelée". Par définition, il y a présence d'une limitation de la mobilité de l'épaule (*Harryman 2004*), tant activement (mouvement volontaire effectué par la patiente) que passivement (mouvement effectué lorsque le patient se laisse aller et que le membre supérieur est mobilisé par quelqu'un d'autre). Une capsulite peut survenir suite à un accident, suite à une opération ou sans cause évidente (certaines choses peuvent prédisposer à la survenue d'une capsulite, le diabète par exemple). À part la limitation fonctionnelle, les patients se plaignent de douleurs. Habituellement, la capsulite évolue en trois phases. La première où le patient a des douleurs et la raideur s'installe. Ensuite, la douleur diminue et la raideur est à son apogée. Lors de la dernière phase, la raideur diminue. Les symptômes se résolvent spontanément sur une période de un à trois ans (*Chambler 2003*), néanmoins beaucoup de patients garderont une limitation résiduelle de la fonction, même après plusieurs années (*Warner 1997*).

En l'occurrence, selon le rapport que le Dr X._____ a envoyé à la V._____ daté du 29 janvier 2004, Monsieur A._____ a une mobilité passive tout à fait normale, alors que la mobilité active est fortement diminuée. Le patient n'avait donc pas de capsulite rétractile suite à son accident. Par contre, lors de l'examen clinique que j'ai effectué le 9 juin 2005, j'ai constaté une limitation fonctionnelle, non seulement active mais également lors des mouvements assistés. Ceci signe le diagnostic de capsulite rétractile et celle-ci est consécutive à l'intervention du 5 novembre 2002. C'est une des complications possibles lors de chirurgie de la coiffe des rotateurs.

La capsulite rétractile n'est donc pas liée à l'accident du 12 septembre 2002, mais est secondaire à l'intervention pratiquée le 5 novembre 2002.

Au cas où la causalité est/était probable, jusqu'à quelle date est-ce le cas ?

6. Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure (%) ?

Dans son rapport, le Dr Q._____ insiste sur la présence de troubles dégénératifs étendus de l'épaule de Monsieur A._____. Contrairement à ce qu'il affirme, les lésions dégénératives cartilagineuses de l'épaule sont modérées (chondrite stade II à III de la glène et stade II de la tête humérale selon le protocole opératoire du Dr X._____). Il n'y a pas d'arthrose franche de l'épaule. Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation étroite entre l'arthrose et les déchirures de la coiffe des rotateurs. On peut tout à fait avoir un patient avec une arthrose gléno-humérale très avancée nécessitant la mise en place d'une prothèse de l'épaule avec une coiffe des rotateurs macroscopiquement saine. Ce que je veux dire par là, c'est

que même si le patient a des troubles dégénératifs modérés, ils n'ont pas d'influence sur l'évolution des déchirures de la coiffe.

En ce qui concerne la coiffe des rotateurs, il n'est pas possible de savoir si Monsieur A. _____ avait une déchirure préexistante, asymptomatique, avant son accident du 12 septembre 2002. Néanmoins, comme je l'ai précisé plus haut, si elle était asymptomatique avant, elle est devenue symptomatique après. Ceci est lié à une progression de la déchirure (*Yamaguchi 2001*).

Monsieur A. _____, en tant que maître de dessin, ne pratiquait pas un métier pouvant favoriser une survenue précoce d'une déchirure de la coiffe. Il avait également arrêté la pratique sportive depuis 1968.

À mon avis, il n'y a donc aucun facteur étranger à l'accident qui joue un rôle dans l'évolution du cas.

7. Quand le statu quo ante, resp. sine a-t-il été atteint ?

Le statu quo ante n'a pas été atteint car le patient était asymptomatique avant l'accident du 12 septembre 2002, alors que maintenant il a toujours les plaintes signalées plus haut [...].

Monsieur A. _____ présente, à l'examen clinique du 9 juin 2005, des douleurs et une faiblesse en rotation externe. Comme il n'y a pas d'atteinte du nerf supra-scapulaire à l'EMG, cette faiblesse est liée à la redéchirure partielle du sous-épineux.

Le patient présente également une fatigabilité musculaire quand il garde le bras en hauteur. Celle-ci est d'origine multi-factorielle. La lésion du nerf axillaire en est en grande partie responsable, mais le lâchage de la ténodèse du long chef du biceps et la redéchirure partielle du sous-épineux y contribuent certainement aussi.

La limitation de la mobilité de l'épaule droite de Monsieur A. _____ est liée à la capsulite rétractile, qui est une complication post-opératoire.

Compte tenu de tout ceci, on peut dire que Monsieur A. _____ n'a pas atteint le statu quo sine.

8. a) Quelle est la capacité de travail dans la profession exercée au moment de l'accident, soit maître de dessin ?

Au moment de l'accident, la capacité de travail, en tant que maître de dessin, est complète.

b) Si une incapacité de travail subsiste au-delà de mars 2003, pouvez-vous nous en indiquer les dates, les pourcentages et les raisons médicales objectives (en particulier, est-elle due à des troubles qui sont en relation de causalité au moins probable avec l'accident) ? Une reprise du travail plus importante, voire entière, est-elle exigible ? A partir de quand ?

Monsieur A. _____ a repris son travail de maître de dessin en plein dès le 3 mars 2003.

c) Doit-on considérer qu'il subsiste une incapacité de travail définitive ? Quel en est le pourcentage ?

Non, cf ci-dessus. Néanmoins, Monsieur A. _____ a arrêté sa profession de maître de dessin le 30 mars 2004 pour se consacrer entièrement à son ancienne formation d'artiste peintre et sculpteur.

9. a) Compte tenu de son handicap et faisant abstraction de l'âge de l'assuré, quelle/s autre/s activité/s professionnelle/s pourrait-on raisonnablement exiger de lui, ? Quelles en seraient les caractéristiques (position assise, debout, partiellement assise/debout, port de charge limité...) ?

Compte tenu des plaintes et symptômes que présente Monsieur A. _____, il devrait éviter au minimum les travaux répétitifs, en hauteur (au-dessus de l'horizontale) et le port de charges. Il devrait donc adapter ses positions de travail en s'aidant d'un support de bras et en plaçant ses peintures et ses sculptures en position moins haute, dans sa nouvelle activité d'artiste peintre et sculpteur.

b) Quel serait le taux de capacité de travail (%) dans ces activités adaptées ?

La capacité de travail est de 100%, mais avec un rendement diminué, que j'estime à 66,67%, en raison des douleurs, de la faiblesse, de la fatigabilité musculaire et de la limitation fonctionnelle que présente Monsieur A. _____.

10. Un traitement est-il actuellement en cours ? Si non, quand a-t-il pris fin ?

A ma connaissance, il n'y a plus de traitement en cours depuis que Monsieur A. _____ a dû aller faire deux injections de Cortisone chez le Dr X. _____ en février 2004, en raison de douleurs importantes.

Un traitement peut-il encore apporter une amélioration ? Si oui, lequel et par qui ?

En ce qui concerne la lésion du nerf axillaire, Monsieur A. _____ pourrait demander l'avis d'un, ou d'une, spécialiste de la chirurgie des nerfs périphériques (par exemple la Dresse [...], à [...]). Néanmoins, je pense qu'après près de trois ans, il n'y aura pas grand-chose à proposer.

Concernant la redéchirure du sous-épineux, le lâchage de la ténodèse du long chef du biceps et la limitation fonctionnelle de l'épaule droite de Monsieur A. _____, il faut envisager un traitement en fonction de la gêne qu'elles occasionnent. Je ne pense pas qu'il faille proposer une nouvelle intervention chirurgicale en raison du risque élevé d'aggravation de la lésion neurologique.

11. Les suites de l'accident du 12 septembre 2002 sont-elles aujourd'hui guéries ou stabilisées ? Si oui, depuis quelle date ?

Sinon, dans quel délai ?

Les suites de l'accident du 12 septembre 2002 ne sont pas guéries, mais stabilisées depuis février 2004.

[...]

13. D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées ?

Non.

14. Pronostic ?

A mon avis, si le patient adapte sa position de travail, la situation devrait rester stable pendant plusieurs années, donc le pronostic me paraît favorable."

La Caisse ayant invité le Dr J._____ à donner son avis sur cette contre-expertise, ce dernier a établi un rapport le 27 avril 2006 dans lequel il a confirmé ses conclusions du 27 mai 2005. Il a relevé en outre un seul événement nouveau, à savoir la notion d'une neuropathie axillaire droite objectivée lors d'un EMG (électromyogramme) du 24 janvier 2006 en Italie, dont il n'avait pas connaissance le 27 mai 2005. Il a toutefois soutenu que cette neuropathie n'était pas forcément en lien de causalité au moins probable avec l'accident, sachant qu'elle pouvait aussi constituer une complication classique de la chirurgie de la coiffe des rotateurs ou de l'arthroscopie de l'épaule.

Par décision sur opposition du 7 août 2006, la Caisse, se référant notamment aux conclusions du Dr J._____, a conclu à l'absence d'un lien de causalité entre les affections de l'épaule droite et l'accident du mois de septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002. Elle a ainsi maintenu sa décision du 11 avril 2003.

A._____ a recouru contre cette dernière décision en concluant principalement à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations de la Caisse pour les troubles présentés à l'épaule droite, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

La Caisse a conclu au rejet du recours.

Dans le cadre de la procédure de recours, les pièces suivantes ont été produites :

- un rapport du 21 décembre 2006 du Dr P._____, neurologue à l' [...] en Italie, concluant à une atteinte neurogène modeste de type axonal chronique au niveau du biceps et du deltoïde droits, avec neuropathie axonale modérée des nerfs circonflexes, musculocutané et médian droits, sur plexopathie brachiale post-traumatique ;

- un complément d'expertise du 26 avril 2007 du Dr F._____, qui a procédé à une synthèse de la situation notamment après un EMG effectué en Italie et une IRM, réalisés respectivement en décembre 2006 et en janvier 2007. Ce praticien a mentionné notamment ce qui suit :

"Plaintes du patient lors de la consultation du 30 novembre 2006

- Le patient se plaint de douleurs à la mobilisation de l'épaule. Ces douleurs surviennent lorsqu'il peint, et Monsieur A._____ doit s'arrêter au bout de 10 minutes. Il ne sculpte pour ainsi dire plus du fait de ses douleurs. Dans la localisation des douleurs, il signale un point douloureux vers l'omoplate et des irradiations en avant vers le deltoïde et le biceps. Deux à trois par semaine [sic], il a des douleurs nocturnes. Sa femme doit le masser tous les soirs.

- Monsieur A._____ se plaint aussi d'une diminution de la force musculaire. A la demande, il signale une fatigabilité quand il garde le bras en l'air et lorsqu'il soulève ou doit tenir quelque chose. Alors qu'il était droitier, a l'impression que pour certaines choses le gauche a plus de force.

- Il mentionne une raideur lors de certains mouvements.

- Présence de craquements non douloureux.

Status du patient lors de la consultation du 30 novembre 2006

Lors de cette consultation, je n'ai examiné que l'épaule droite.

Amyotrophie de la fosse sus-épineuse surtout (qui semble avoir augmenté depuis mon dernier examen), mais aussi de la fosse sous-épineuse.

Voussure du biceps qui semble aussi être descendu et avoir augmenté. Douleurs à la palpation para-acromiale latérale, gléno-humérale antérieure et para-scapulaire supérieure.

En ce qui concerne la mobilité : la flexion est identique. Par contre, l'abduction est moins bonne avec 90° en actif et 110° en assisté. La rotation externe coude au corps est identique. La rotation interne dans le dos est pratiquement identique au précédent examen.

Diminution de la force en rotation externe en abduction et en flexion environ pareille. Diminution de la force en rotation interne en abduction et en flexion non présentes en 2005.

Le Palm-up test provoque des douleurs et on note une faiblesse. Le test de Yergason est environ identique.

La force contre résistance en flexion du coude est diminuée. Le reste de l'examen est identique à celui pratiqué en 2005.

Constatations radiologiques

Radiographies de l'épaule droite du 30 novembre 2006 (à mon cabinet) en incidences de face en rotation interne et rotation externe, de Neer et de Bernageau :

Il n'y a aucun changement par rapport aux dernières radiographies effectuées en 2005. A part le tout petit bec ostéophyttaire au pôle supérieur de la glène, il n'y a pas de signe d'arthrose gléno-humérale.

IRM de l'épaule droite du 5 janvier 2007 ([...], Italie) :

Contrairement à ma demande, c'est une IRM simple qui a été effectuée et non une arthro-IRM, les renseignements sont donc moins précis.

Il ne semble pas y avoir de grand changement par rapport à l'arthro-IRM du 10 juin 2005, si ce n'est un amincissement des tendons sus-épineux et sous-épineux. A noter que le radiologue ne parle pas d'arthrose.

Examen neurologique

Electromyogramme (EMG) du membre supérieur droit du 21 décembre 2006 ([...], Italie) :

Atteinte neurogène modeste de type axonal chronique au niveau du biceps et du deltoïde droits, avec neuropathie axonale des nerfs circonflexe (ou axillaire), musculocutané et médian droits, sur plexopathie post-traumatique brachiale.

Electromyogramme (EMG) du membre supérieur droit du 24 janvier 2006 ([...], Italie) :

Allongement de la latence motrice (ralentissement de la conduction motrice) du nerf axillaire droit au point d'Erb du muscle deltoïde.

Visiblement l'EMG du 21 décembre 2006 a mis en évidence plus de lésions que celui effectué le 24 janvier 2006. Comme il n'y a pas eu de nouvel accident, cette neuropathie axonale des nerfs circonflexe (ou axillaire), musculocutané et médian droits est de façon certaine consécutive à l'accident, comme le dit le neurologue. Il ne s'agit pas d'une atteinte isolée du nerf axillaire (ou circonflexe) comme mentionné dans mon expertise. Il ne fait donc aucun doute que cette plexopathie brachiale (atteinte du plexus brachial) est liée à l'accident.

Si l'on considère les éléments suivants, plaintes du patient, examen clinique et IRM, on peut dire que l'état de Monsieur A._____ n'est pas stabilisé.

J'ai lu avec attention le recours que vous avez adressé et la réponse sur recours de la N._____. Ce dernier document m'incite à faire une remarque.

La N._____ affirme que les deux experts qu'elle a mandatés se basent sur l'état actuel des connaissances médicales. Sans aucune critique ou jugement de valeur vis-à-vis de mes collègues, je ne pense pas que ce soit le cas.

En effet, il leur paraît que l'atteinte traumatique de la coiffe ne survient que de façon anecdotique. Ce n'est pas le cas. Contrairement aux idées reçues, de nombreux articles semblent dire que l'origine traumatique est majoritaire et peut aller de 50% à 96% des cas [...]."

- un rapport du 13 septembre 2007 dans lequel le Dr F._____ a notamment repris ses constatations précédentes concernant l'examen neurologique ;

- un avis du 4 février 2008 du Dr J._____, se déclarant dans l'impossibilité d'indiquer si les atteintes neurologiques (une modeste neuropathie du nerf axillaire constaté à l'EMG du 24 janvier 2006 et une neuropathie au niveau du nerf musculo-cutané et du nerf médian du 21 décembre 2006) correspondaient à l'événement du 12 septembre 2002 ou à un événement intercurrent, telle une lésion neurologique iatrogène possible lors de l'intervention chirurgicale de l'épaule, et observant qu'il faudrait de plus exclure une origine dégénérative de la neuropathie du nerf médian ;

- un avis médical du 29 avril 2008 du Dr F._____ considérant, suite à une réévaluation des différents rapports médicaux produits, que la déchirure de la coiffe des rotateurs ou l'aggravation d'une lésion préexistante était, de façon certaine, consécutive à l'accident du 12 septembre 2002 ;

- une attestation manuscrite du Dr B._____ (médecin consulté en Italie) datée du 30 juillet 2009, avec sa traduction française, faisant mention d'un traumatisme de la coiffe des rotateurs à l'épaule

droite ayant pour résultat anatomique des altérations ostéoarticulaires de type dégénératifs, à caractère irréversible, et comme résultat clinique non seulement une symptomatologie algique sub-continue accentuée par mouvement mais une limitation importante de la fonctionnalité articulaire de cette épaule ;

- une copie du dossier de l'ostéopathe R._____ relatif à la prise en charge de l'assuré le 20 septembre 2002, mettant en évidence la chute de 3,50 m subie, avec des répercussions au genou droit ;

- un lot de onze photographies représentant les lieux de l'accident, spécialement la fenêtre, le rebord sur lequel l'assuré se tenait au moment de sa chute, la hauteur des lieux et enfin la vis condamnant désormais la fenêtre ;

- un courriel de l'assuré à son mandataire relatant notamment qu'il s'était présenté à l'Hôpital de C._____ le 13 septembre 2002, soit le lendemain de l'accident, courriel auquel étaient joints le certificat médical du Dr B._____ de même que des documents démontrant qu'il s'était rendu le plus rapidement possible chez l'ostéopathe T._____.

En cours de procédure, le 13 mars 2008, la Caisse a par ailleurs admis qu'une expertise neurologique auprès du Dr D._____, neurologue, serait susceptible d'apporter des éclaircissements sur l'origine des neuropathies.

Par arrêt rendu le 1^{er} octobre 2009 (AA 121/06 - 63/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a réformé la décision attaquée en ce sens que la N._____ devait prendre en charge les suites de l'accident du 12 septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002 sur le plan orthopédique. Elle a en outre annulé partiellement la décision attaquée en tant qu'elle concernait le plan neurologique et renvoyé la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

La Cour a notamment considéré que le rapport du Dr F. _____ avait valeur probante et admis le lien de causalité entre l'accident et les troubles subis par le recourant. Elle a en outre relevé, après avoir rappelé la jurisprudence relative aux lésions assimilées à un accident, que seul le Dr Q. _____ avait exclu le lien de causalité entre les troubles orthopédiques constatés et l'accident, le Dr J. _____ ayant estimé que ce lien était possible, ce qui aurait également entraîné la prise en charge par l'assureur-accidents desdits troubles orthopédiques. Quant aux troubles neurologiques, elle a estimé que l'appréciation du Dr P. _____ était insuffisamment documentée.

B. Reprenant l'instruction de l'affaire, la Caisse a mandé expert le Dr D. _____. Il résulte de son rapport du 4 février 2011 notamment ce qui suit :

"Pour l'évolution orthopédique et l'appréciation orthopédique du problème, le présent expert renvoie aux différentes expertises orthopédiques pratiquées préalablement et aux conclusions de la Cour. Il sera également pratiqué une expertise orthopédique par le Dr K. _____ dont le présent expert ne connaît pas les conclusions au moment de la rédaction du présent document.

Sur le plan neurologique, deux bilans électroneuromyographiques ont donc été pratiqués en Italie (24.1.2006 et 21.12.2006) dont le présent expert a pu prendre connaissance. On relèvera tout d'abord que l'examen électroneuromyographique a été pratiqué dans deux institutions différentes, par deux neurologues différents et que le deuxième examen a comporté un examen plus extensif mais néanmoins encore partiel de la situation au niveau de l'épaule et du membre supérieur droits.

Les anomalies mises en évidence par les deux neurologues sont clairement extrêmement discrètes et entrent « dans la zone grise » des appréciations électroneuromyographiques.

En effet, le premier ENMG, comportant un examen myographique des muscles deltoïde, biceps et supra-épineux, n'a pas mis en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique aigu ou chronique dans les trois muscles examinés alors que le 2^{ème} électroneuromyographe signale de discrets signes d'atteinte neurogène périphérique de par une augmentation de l'amplitude et de la fréquence des unités motrices dans les muscles deltoïde et biceps. D'un autre côté, le premier neurologue mentionne une augmentation de la latence à la stimulation du nerf axillaire au niveau du point d'Erb (4,6 ms), augmentation de la latence que le deuxième neurologue ne retrouve pas alors qu'il signale, lui, une diminution de l'amplitude du potentiel moteur. Deuxièmement, lors de l'examen électromyographique du 21.12.2006, le Dr P. _____

mentionne des anomalies à mon sens non significatives consistant essentiellement en une différence d'amplitude des CAMP (potentiel moteur obtenu à la stimulation du nerf) pour les nerfs médian, musculo-cutané et circonflexe. Lorsqu'on regarde les valeurs figurant au dossier, les amplitudes obtenues sont bilatéralement dans les limites de la norme et sans asymétrie statistiquement significative. Dès lors, il n'est pas possible d'accepter les conclusions de l'ENMG pratiqué le 21.12.2006, à savoir qu'il existe des signes indubitables de plexopathie brachiale droite et tout particulièrement une atteinte significative des nerfs axillaire, musculo-cutané et médian, ceci encore une fois étant donné que l'altération myographique observée dans les muscles biceps et deltoïde droits ne peut être considérée comme significative en soi et que l'asymétrie d'amplitude observée pour les nerfs circonflexe, musculo-cutané et médian n'est pas significative avec par ailleurs des valeurs d'amplitude en terme absolu encore dans les limites de la norme.

En conclusion, je considère que les deux ENMG pratiqués en Italie ne sont pas probants et ne peuvent être interprétés comme traduisant indubitablement l'existence d'une atteinte neurogène périphérique tant du nerf circonflexe que du plexus ainsi que des autres nerfs de la région.

Pour les éléments susmentionnés, il est également totalement infondé de conclure à une aggravation des paramètres électrophysiologiques entre janvier et décembre 2006.

Actuellement, M. A. _____ se plaint donc de la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite se compliquant d'un manque de force progressif du membre supérieur droit, sans troubles sensitifs associés. En raison des troubles précités, M. A. _____ se déclare gêné significativement dans son activité de peintre, avoir dû renoncer à son activité de sculpteur et être également gêné dans tous les mouvements de force et répétitif des membres supérieurs. Persistent également une gêne nocturne liée à des douleurs au niveau du bras.

On relèvera qu'en dehors de l'impression de manque de force progressif du membre supérieur droit, M. A. _____ ne signale pas spontanément de troubles sensitifs ou dysesthésiques significatifs.

A l'examen neurologique, on note une nuque de mobilité modérément limitée, mais dont la mobilisation ne déclenche ni douleurs ni paresthésies au niveau des membres supérieurs. On retrouve une limitation douloureuse localement de la mobilité de l'épaule droite ainsi qu'une douleur à la pression du long chef du biceps au voisinage de son insertion sur l'épaule. L'étude de la trophicité musculaire révèle une discrète hypotrophie possible des muscles sus-épineux, sous-épineux et deltoïde droits ainsi qu'un status après rupture tendineuse au niveau du biceps droit. Les réflexes tendineux sont présents, plutôt faibles mais apparemment symétriques. Le testing de la force musculaire est caractérisé par quelques phénomènes de lâchages vraisemblablement antalgiques au niveau de la musculature de l'épaule et du biceps droits, sans déficit moteur certain et sans autres altérations de la force musculaire des deux membres supérieurs. A l'examen de la

sensibilité, la patiente [recte : le patient] signale une possible hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe du pouce et du 5^{ème} doigt droits.

Comme demandé par la Cour, l'examen clinique a été complété par un ENMG extensif du membre supérieur droit, dont le rapport détaillé figure en annexe. Cet examen ne met pas en évidence d'atteinte actuellement significative des nerfs axillaire, supra-scapulaire et musculo-cutané droits. En effet, il n'y a pas de signes de dénervation spontanés, les tracés aux mouvements sont normalement riches compte tenu de la qualité d'effort obtenue et l'étude de la réponse motrice à la stimulation sus-claviculaire des différents nerfs révèle des valeurs de latence et d'amplitude dans les normes. Le présent bilan électrophysiologique ne met également pas en évidence d'éléments en direction d'une atteinte plexuelle brachiale droite étant donné la bonne préservation de la vitesse de conduction motrice proximale sur le nerf cubital, la bonne préservation des latences F des nerfs médian et cubital par rapport au côté contro-latéral, la bonne préservation de l'amplitude des potentiels moteurs et sensitifs et enfin l'absence de signes de dénervation dans l'ensemble des muscles examinés au niveau de l'épaule et du membre supérieur droits, Le présent bilan électrophysiologique met par contre en évidence un ralentissement modéré de la vitesse de conduction motrice au passage du coude sur le nerf cubital parlant en faveur d'une discrète neuropathie cubitale au coude droit ainsi qu'un discret allongement de la latence distale sensitive et un ralentissement modéré de la vitesse de conduction sensitive paume/poignet sur le nerf médian ddc parlant pour une neuropathie du nerf médian au niveau du canal carpien.

En conclusion, la description actuelle des troubles, les constatations cliniques et le résultat de l'ENMG n'apportent actuellement aucun élément significatif en direction d'une atteinte neurologique associée à l'atteinte orthopédique au niveau de l'épaule en relation ou sans relation avec l'événement accidentel. Il n'y a en effet pas à l'anamnèse, à l'examen clinique et à l'ENMG d'éléments significatifs en direction d'une atteinte des nerfs axillaire, supra-scapulaire et musculo-cutané. Il n'y a pas non plus d'éléments en direction d'une plexopathie brachiale droite pour les éléments susmentionnés. La discrète atteinte du nerf cubital droit au coude et la discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien représentent des découvertes fortuites pouvant néanmoins expliquer éventuellement l'hypoesthésie constatée à l'examen clinique au niveau de la pulpe du pouce et du 5^{ème} doigt droits.

Sur la base des éléments susmentionnés, je conclus donc que M. A. _____ ne présente actuellement pas d'atteinte neurologique significative en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel du 10.9.2002 [recte : 12.9.2002]. Il ne présente également pas d'atteinte proximale (nerf de l'épaule et plexus) sans relation avec l'événement accidentel. J'estime que les deux ENMG pratiqués en Italie ont été « surinterprétés » sur la base d'asymétries et d'altérations des tracés aux mouvements n'ayant pas de caractère significatif.

En conséquence de ce qui précède, le présent expert répond à la Cour qu'il ne lui a pas été possible d'observer en l'état actuel de l'état de M. A. _____ une atteinte neurologique significative.

Compte tenu du laps de temps écoulé depuis l'événement accidentel, le présent expert ne peut bien entendu écarter totalement l'hypothèse d'une atteinte neurologique survenue lors de l'événement accidentel ou indépendamment de ce dernier ayant évolué suffisamment favorablement pour qu'actuellement aucune anomalie ne soit objectivable. On relèvera néanmoins que l'étude des documents à disposition et les déclarations de l'assuré n'apportent pas d'arguments déterminants permettant de conclure à l'existence préalable d'une atteinte neurologique significative, notamment d'une atteinte neurologique significative en relation avec les conséquences de l'événement accidentel. Une discrète irritation nerveuse transitoire de nature tronculaire ou plexuelle brachiale reste théoriquement envisageable mais cette hypothèse ne peut être considérée comme atteignant le degré de haute vraisemblance."

L'expert D. _____ a encore précisé notamment ce qui suit dans une lettre du 18 février 2011 :

" L'examen pratiqué auprès de M. A. _____ a été effectué lege artis à l'aide d'un appareil ENMG parfaitement fiable, lequel indique les résultats neurographiques (latence et amplitude) de la même façon que les appareils qui ont été utilisés en Italie. C'est dans le but d'être le plus précis possible que j'ai effectué une étude non pas automatique mais step by step afin de construire mon examen en fonction des données acquises tout au cours de l'examen. Les valeurs obtenues lors de l'examen sont comparées aux normes établies dans la littérature. L'examen myographique est un examen semi-quantitatif tel que celui réalisé en Italie et le fait de le transcrire sur papier est une gageure car le tracé ne signifie rien sans l'enregistrement de la fréquence. Par ailleurs, la description des tracés plutôt que le fait de cocher un résultat sur une fiche préalablement fournie par l'ordinateur est beaucoup plus précise."

La Caisse a également mandaté expert le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 11 février 2011. Dans l'anamnèse, l'expert a indiqué que l'assuré, bien que son épaule fût restée douloureuse et ne lui permît pas de recouvrer une mobilité totale, avait repris son activité professionnelle en mars 2003 à 100% jusqu'en mars 2004, date à laquelle il avait décidé avec son épouse d'aller vivre en Italie afin de mener une carrière artistique ensemble. Le Dr K. _____ a ajouté qu'aux dires de l'assuré, son épaule allait de moins en moins bien, la mobilité étant en voie de régression et la force diminuant progressivement, les douleurs

diffuses de l'épaule étant de plus en plus fréquentes, nécessitant la prise régulière d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il a en outre précisé que l'assuré ne suivait plus de traitement médical depuis mars 2004. Pour le reste, l'expert a notamment relevé ce qui suit :

"XI. DIAGNOSTIC

- Status après rupture de la coiffe des rotateurs, opérée le 5 novembre 2002, avec lésion du long chef du biceps.
- Lésion du n. axillaire D.
- Capsulite rétractile de l'épaule D post-opératoire.
- Omarthrose avancée à D, modérée à G.

XII. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Monsieur A. _____ présente donc une évolution défavorable d'une réparation de la coiffe des rotateurs avec tenodèse du long chef du biceps sous forme d'une re-rupture du sous-épineux, dégénérescence du sus-épineux. Parallèlement à ces suites, Monsieur A. _____ a développé une omarthrose secondaire de l'épaule D. Cette omarthrose est actuellement symptomatique au niveau de l'épaule D.

Sur le bilan radiologique effectué le 27 janvier 2011, on constate également une omarthrose modérée de l'épaule G, actuellement asymptomatique.

A ce jour donc, Monsieur A. _____ présente des symptômes qui sont liés en partie à une évolution défavorable d'une rupture de la coiffe des rotateurs, mais également des symptômes qui sont en relation avec une omarthrose de l'épaule D. Même si l'on considère que dans la phase post-traumatique immédiate, les dégâts cartilagineux constatés à l'IRM et visualisés par l'arthroscopie de Monsieur X. _____ peuvent être secondaires au traumatisme, il est indéniable que l'atteinte controlatérale témoigne d'une usure dégénérative de ces articulations probablement hyper-sollicitées par son activité artistique de sculpteur. En effet, cette activité amène quand même le port de maillet ou de marteau frappeur de plusieurs kilos, et ce au-dessus de l'horizontale, sollicitant de façon exagérée les articulations gléno-humérales.

A ce jour, je ne pense pas qu'il y ait de traitement complémentaire à proposer. La seule chose raisonnable est d'attendre que les symptômes soient invalidants et proposer à Monsieur A. _____ une prothèse totale inversée de l'épaule D.

XIII. REPONSES A VOS QUESTIONS

[...]

5. Des facteurs étrangers à ces accidents jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure (%) ?

On peut considérer que ce patient présente des troubles dégénératifs de cette épaule D. L'état de l'épaule G, également atteinte par des troubles dégénératifs moins importants le prouve. Comme déjà dit, l'activité de sculpteur est probablement en relation avec ces troubles dégénératifs, compte tenu que l'épaule G n'a jamais été l'origine d'un traumatisme.

A ce jour, je pense que 50% des symptômes sont dus aux suites de l'atteinte de la coiffe des rotateurs et 50% des symptômes sont dus à l'usure de cette épaule D.

On peut considérer que cette situation est présente depuis début janvier 2007, date à laquelle l'arthro-IRM démontre l'importance de ces troubles dégénératifs.

6. Quand le statu quo ante, resp. sine a-t-il été atteint ?

On ne peut pas considérer que le statu quo sine ou ante est atteint, compte tenu que l'atteinte de la coiffe des rotateurs n'est pas stabilisée et qu'elle gêne toujours le patient. Les symptômes actuellement sont 50% en relation avec l'atteinte de la coiffe des rotateurs et 50% liés à l'atteinte dégénérative.

Les troubles de l'épaule D n'ont aucun caractère exclusivement dégénératif ou maladif, compte tenu que la coiffe des rotateurs présente une déchirure.

7. a) Quelle est la capacité de travail dans la profession exercée au moment de l'accident ?

On peut considérer que Monsieur A. _____ a une pleine capacité de travail avec un rendement de 75 % compte tenu qu'il est pour lui difficile d'écrire avec la main D au-dessus de l'horizontale. Les tableaux mobiles permettent malgré tout de contrecarrer ce problème.

b) Si une incapacité de travail subsiste, pouvez vous nous en indique[r] les dates, pourcentages, raisons médicales objectives ? Une reprise du travail est-elle exigible ?

c) Doit-on considérer qu'il existe une incapacité de travail définitive ?

Non.

8. a) Compte tenu de son handicap et faisant abstraction de l'âge de l'assuré, quelles autres activités professionnelles pourrait-on raisonnablement exiger de lui ?

Monsieur A. _____ garde une pleine capacité de travail du moment qu'il n'est pas obligé d'effectuer des mouvements avec le membre supérieur D au-dessus de l'horizontale et que cette profession ne

nécessite pas le port de charge de plus de 5 kg avec le membre supérieur D.

L'activité d'enseignant me paraît tout à fait adaptée. Quelques adaptations sur son lieu professionnel doivent être effectuées, avec notamment un tableau noir mobile et des chevalets de faible hauteur.

b) Quel serait le taux de capacité de travail ?

Je considère de ce fait qu'il a un rendement de 75 %.

9. Un traitement est-il en cours ou pourrait-il apporter encore une amélioration ?

Pas de traitement en cours.

Un traitement par prothèse totale inversée pourrait apporter une amélioration.

10. Les suites de l'accident du 12 septembre sont[-]elles aujourd'hui guéries ou stabilisées ?

Non. La situation de la coiffe des rotateurs n'est pas guérie. Il y a rupture du tendon du muscle sous-épineux, donc évolution probable. On ne peut pas fixer définitivement un délai tant que la situation ne sera pas stabilisée.

11. Les suites de l'accident laissent-elles subsister une atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant le droit à une indemnité LAA ?

Selon les tables de la SUVA, on peut considérer une épaule mobile jusqu'à 30 % au-dessus de l'horizontale, ce qui correspond à 10 % de l'atteinte à l'intégrité suite à l'accident.

12. D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées ?

Non.

13. Pronostic ?

Réservé.

14. Remarques ?

Questions supplémentaires de Maître Olivier Carré

15. Avez-vous pris en compte les rapports d'imagerie réalisées en Italie ?

Bien entendu que j'ai pris connaissance de ces rapports d'imagerie notamment. Les radiographies effectuées le 27 janvier 2011 m'apportent plus de renseignements.

16. Avez-vous bien noté que le Tribunal a considéré dans son arrêt du 1er octobre 2009 que, à cette date, tant les lésions que la causalité adéquate entre l'accident et celle-ci était

bien établie et suffisamment instruite, notamment par les conclusions du confrère F._____ ?

Si j'ai bien compris les questions posées par H._____, on ne me demande pas de me prononcer quant à la causalité, mais d'un état influençant l'évolution. J'ai donc bien tenu compte de l'expertise de mon confrère le Dr F._____.

17. Si vous êtes d'avis que la situation a évolué depuis l'arrêt cantonal, pouvez-vous décrire avec précision les motifs qui vous amènent à considérer que les conséquences de l'accident du 12 septembre 2002 se sont brusquement atténuées ou résorbées ?

Je ne considère pas que la situation ait brusquement évolué avec diminution des symptômes. Je considère que Monsieur A._____ présente un lâchage des sutures engendrant une partie des symptômes (50 %) et que le restant des symptômes sont liés à une atteinte dégénérative gléno-humérale avec omarthrose ; omarthrose qui par ailleurs touche aussi l'épaule controlatérale. Cette omarthrose est notamment en relation avec une activité soutenue, les membres supérieurs surélevés, avec port de charge."

Par lettre du 25 février 2011, l'expert K._____ a précisé ce qui suit :

"Il faut considérer que ce patient garde une baisse de rendement de 25%. Les tableaux mobiles permettent à ce patient d'avoir un rendement d'en tout cas 75%. Il faut considérer que ce patient est droitier, que cette épaule présente des séquelles et que les enseignants obligent le patient à écrire sur un tableau noir, voire à dessiner sur un tableau sur chevalet.

Même avec des chevalets abaissés et un tableau mobile, le rendement ne peut pas être exigé à 100%. Je confirme donc que le rendement est de 75% avec les adaptations prévues."

L'assuré a produit un rapport du 7 juillet 2011, dans lequel le Dr I._____, neurologue, a indiqué notamment ce qui suit :

"Appréciation

Je confirme qu'actuellement, M. A._____ ne présente aucune atteinte neurogène significative au niveau de l'épaule D, notamment pas de signe évocateur d'atteinte du nerf axillaire, du nerf supra-scapulaire ou des branches associées du plexus brachial, les anomalies musculaires objectivables (légère hypotrophie, douleurs aux mouvements,...) étant attribuables à l'atteinte musculotendineuse, que celle-ci soit traumatique ou dégénérative.

Par ailleurs, l'examen électroneuromyographique de mon confrère le Dr D._____ n'est en effet pas en mesure de mettre en évidence,

début 2011, d'atteinte subclinique de ces branches nerveuses, en l'absence d'activité de dénervation ou d'anomalie de la conduction motrice aux tests pratiqués. Selon le rapport, cet examen me paraît tout à fait avoir été pratiqué selon les règles de l'art, même si le patient exprime quelques doutes à ce sujet, du fait que les chiffres digitaux donnés par l'appareil n'auraient pas été enregistrés par le Dr D._____, qui n'aurait pris que quelques notes manuelles à ce sujet.

Si maintenant l'on se penche sur les examens électroneuromyographiques effectués en Italie, les documents que j'ai eu à disposition montrent en fait la réalisation de 3 examens et non pas 2 comme évoqués dans les documents précédents. Le premier date du 24.09.2005 à l'Hôpital [...] par le même examinateur (nom illisible) que pour le rapport du 24.01.2006, alors que le troisième examen a été effectuée par le Dr P._____ à l'Hôpital [...] le 21.12.2006.

Dans le *premier examen*, dont la photocopie est difficilement lisible, on signale que les muscles examinés étaient l'opposant du pouce, le deltoïde, le biceps, et l'abducteur du 5^e doigt à D, sans que cet examen ne révèle d'atteinte du système nerveux périphérique.

Dans le *second examen*, par le même médecin, on relève l'absence d'activité spontanée dans le biceps, le deltoïde et le sus-épineux, comme lors de l'examen précédent, mais cette fois-ci un test électroneurographique a été effectué, avec un ralentissement de la vitesse de conduction motrice après stimulation au point d'Erb, pour le nerf axillaire (circonflexe) D, sans anomalie pour le nerf sus-scapulaire et le nerf musculo-cutané du même côté.

Pour le *troisième examen*, effectué par le Dr P._____, près d'une année plus tard, on ne retrouve toujours pas d'activité spontanée des muscles ni de tracé neurogène, avec, hormis les anomalies non liées au problème de l'épaule concernant le nerf médian et ulnaire (cubital), une diminution « modeste » de l'amplitude du potentiel moteur du bicipital à la stimulation du nerf musculo-cutané et du muscle deltoïde à la stimulation du nerf musculo-cutané et du muscle deltoïde à la stimulation du nerf axillaire. Pas d'anomalie au niveau de la stimulation [du] nerf musculo-cutané G et du nerf supra-scapulaire à D.

Dans le cadre de ces 3 ENMG, les asymétries observées ont été jugées compatibles avec une neuropathie « modérée » des nerfs considérés, en particulier le nerf circonflexe (axillaire).

Je comprends que vu la modestie des anomalies, également observables sur quelques clichés photocopiés du dossier, mon confrère le Dr D._____ ait pu ne pas être convaincu du caractère significatif de celles-ci pour conclure à une atteinte (traumatique ou non) des branches du plexus brachial à D, d'autant plus que son propre examen clinique ENMG ne montrait aucune anomalie en faveur d'une telle atteinte en 2011.

Mon examen clinique n'est d'ailleurs pas notablement différent de celui du Dr D._____. Cependant, il me paraît difficile d'écarter une atteinte initiale du nerf axillaire, restée certes modérée et

s'étant par la suite améliorée, comme on s'y attend, atteinte qui est tout à fait classiquement associée au traumatisme de l'épaule associé à une rupture de la coiffe des rotateurs (Stewart J. : focal peripheral neuropathies Lippincott 2000, Mumenthaler M. et Schliack H peripheral nerve lesion, Thieme1991). L'absence de tracé neurogène à l'examen électromyographique des confrères italiens n'exclut pas une telle atteinte, si des anomalies des potentiels moteurs sont présents, comme ils l'ont eux-mêmes relevé et comme rappelé dans le chapitre sur l'électromyoneurographie de notre propre traité de neurologie, [...]. Il faut relever à ce sujet que les échelonnages des appareils électromyoneurographiques comportent des différences d'appareillage en appareillage, et que la « signification » d'une asymétrie observée doit être interprétée dans le cadre de l'appareillage utilisé, ce qui reste l'apanage de l'examineur lui-même.

En conclusion, je n'ai donc pas de divergence sur le plan neurologique avec les conclusions du Dr D. _____ concernant l'état actuel, où il n'existe effectivement aucune atteinte détectable au niveau des branches nerveuses du plexus brachial, notamment le nerf circonflexe (« axillaire »). Dans ce contexte, le tableau actuel paraît s'expliquer uniquement par l'atteinte orthopédique et musculo-tendineuse, sans lésion de rameaux nerveux.

En revanche, je serais plus modéré que mon confrère pour affirmer qu'il n'y a jamais eu d'atteinte neurogène, puisque je ne vois pas de raison de contester les trouvailles des électromyoneurographies effectuées 4 à 5 ans avant le bilan de l'expertise du Dr D. _____, d'une part parce que les interprétations des neurologues italiens sont compatibles avec les ENMG rapportées par eux-mêmes, et d'autre part parce qu'il ne me paraît pas possible d'affirmer à distance que l'asymétrie effectivement rapportée lors de ces examens n'ait pas de signification, alors qu'elle est précisément plausible et attendue dans le tableau traumatique scapulaire présenté. Enfin, l'absence d'anomalie actuellement est au contraire en faveur d'une amélioration, parfaitement logique dans le cadre d'une atteinte modérée, avec disparition de toutes lésions détectables, quelques années plus tard.

Ma conclusion à ce sujet est qu'il est donc probable, et non seulement possible, que se soit produite, dans le cadre de la composante traumatique de la rupture de la coiffe des rotateurs, une atteinte neurogène associée, touchant en tout cas le nerf axillaire, comme cela est d'ailleurs tout à fait classiquement rapporté dans la littérature. Cette atteinte est restée modeste, masquée en partie par l'importance des lésions orthopédiques et musculo-tendineuses, et a maintenant complètement récupéré.

Sur le plan de la capacité de travail, du rendement, et de l'atteinte à l'intégrité, nous ne pouvons relever actuellement aucun élément neurologique significatif, et l'état actuel doit être jugé purement sur l'évaluation orthopédique."

L'assuré a également produit un rapport du 1^{er} août 2011 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant notamment ce qui suit :

"IV. Liste des diagnostics

- Etat après infarctus du myocarde en 2003 et pose de deux stents coronaires ; Diabète traité sans insuline.
- Etat après chute d'une hauteur de 4.5 mètres avec réception sur l'épaule droite en position d'abduction le 12 septembre 2002.
- Présence de troubles dégénératifs au moment de l'accident (Arthro IRM de l'épaule du 23 octobre 2002).
- Etat après intervention chirurgicale en date du 5 novembre 2002 ayant consisté en :
 - régularisation du bourrelet en raison d'une déchirure antérosupérieure
 - réinsertion des tendons des muscles sus et du sous épineux
 - insertion du tendon du biceps sur l'humérus
 - acromioplastie.
- Etat après immobilisation de six semaines de l'épaule droite suivie de rééducation spécifique.
- Etat après capsulite rétractile post opératoire avec injections intra-articulaires d'anti-inflammatoires.
- Arthro IRM du 10 juin 2005 :
 - Lâchage de la ténodèse
 - Rerupture partielle du tendon du sous épineux.
 - Amincissement des tendons du sus, du sous épineux et du sous scapulaire.
 - Déchirure de la majorité du labrum.
 - Persistance de l'incurvation de l'acromion avec un espace sous acromial mesuré à 6 mm.
- Arthro IRM du 5 janvier 2007 :
 - Amincissement des tendons du sus et du sous épineux, normalement insérés. Disparition du tendon du biceps hors de la gouttière. Irrégularités de la tête humérale et zone de chondropathie ; présence d'un corps libre de 8 mm de diamètre.
- Arthrose avancée de l'épaule droite.
- Arthrose débutante de l'épaule gauche.

[...]

X. Evaluation de la capacité de travail.

La capacité de travail dans l'emploi de maître de peinture et de sculpture ainsi que peintre artistique professionnel est de 40% avec une baisse de rendement de 30%.

Le port de charge doit être limité à 5 Kg avec un port près du corps de celle-ci.

Justification :

- Présence d'une arthrose de l'épaule droite avancée chez un droitier.
- Insuffisance de la coiffe des rotateurs droite (tendons mobilisant l'épaule), ce qui diminue la force et surtout l'habileté (travaux fins) chez un artiste peintre.
- Insuffisance de la force du biceps brachial droit (Cf. rupture tendineuse).
- Persistance des signes de conflit acromio-claviculaire, handicap certain chez un artiste devant travailler avec le membre supérieur droit en position horizontale, position de base de travail, et devant ensuite régulièrement effectuer des élévations du membre supérieur.
- Diminution du rythme de travail que ce soit pour la manutention des tableaux, la réalisation des oeuvres et les gestes nécessaires à l'enseignement sur tableaux ainsi qu'à la correction des gestes des élèves.
- Baisse de la qualité du travail manuel artistique.
- Absence de possibilité de compensation par le membre supérieur controlatéral chez un droitier. Je rappelle également la présence d'une arthrose débutante de l'épaule controlatérale.
- Absence de moyens auxiliaires utilisables.
- La baisse de rendement est justifiée par la douleur, même sous anti-inflammatoires non stéroïdiens, lors de la manutention et lors des travaux à effectuer. Elle est également justifiée par la nécessité de pauses régulières au cours du travail.
- Perte complète de la possibilité de réaliser des sculptures.

XI. Remarques.

Un problème neurologique est évoqué par le patient. Celui-ci doit faire l'objet d'une appréciation par un médecin spécialiste en neurologie en vue d'un éventuel complément de cette évaluation de la capacité de travail.

STATUS QUO SINE ET STATUS QUO SINE ANTE

Ni le status quo sine ni le status quo sine ante ne peuvent être atteints en raison de l'arthrose évolutive de l'épaule droite et de la redéchirure de la coiffe des rotateurs.

Cette arthrose de l'épaule droite est encore évolutive à la date de rédaction de cette expertise.

ELEMENTS MEDICAUX PERMETTANT L'EVALUATION DE L'INVALIDITE

Les éléments médicaux permettant l'évaluation de l'invalidité sont de deux types.

Premier type : conséquences de l'arthrose de l'épaule.

L'étude se fonde sur la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la Loi sur l'Assurance Accident (Révision 2011, voir référence infra).

Il s'agit de la table concernant l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses.

La ligne pour arthrose grave de l'épaule est cotée de 10 à 25%.

Le taux retenu pour l'assuré A. _____ est de 25%.

Justification :

- arthrose grave d'épaule droite prouvée par l'examen radiographique du 27 janvier 2011. (Epaule droite de face en rotation interne, de face en rotation externe et vue axiale).
- rupture du tendon bicipital brachial droit associée.
- re-rupture partielle du tendon du muscle sous épineux droit
- présence de conflit avec l'acromion particulièrement invalidant chez un peintre et enseignant peintre.

Deuxième type : atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs.

L'anomalie fonctionnelle constitue le coeur de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité au sens de l'ordonnance sur l'assurance accident.

L'étude se fonde sur la table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la Loi sur l'Assurance Accident selon l'annexe 3 (art. 36, 2e al.)

Le taux retenu pour l'assuré A. _____ est de 15%.

Justification :

- épaule mobile jusqu'à l'horizontale
- impossibilité d'effectuer de façon répétitive des gestes au[]delà de l'horizontale en raison de la présence du conflit de l'épaule. L'atteinte fonctionnelle est donc prouvée.

Conclusion des deux types d'atteintes concomitantes :

La sommation des deux invalidités associées donne :

"

Le Taux total d'invalidité de l'assuré _____ as est de 40%.
--

Par lettre du 29 novembre 2011, Z. _____ a informé l'assuré qu'elle intervenait en tant que partenaire de la Caisse pour les prestations de longue durée en application de la LAA.

Par lettre du 5 décembre 2011, la Caisse a notamment informé l'assuré qu'elle réglait les notes d'honoraires du Dr X. _____ (traitement du 31 octobre 2002 au 19 février 2003) restées impayées que l'intéressé lui avait communiquées le 13 septembre 2011.

Par lettre du 6 février 2012, la Caisse a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge les honoraires des Drs O. _____ et I. _____.

Par décision du 10 juillet 2012, H. _____ a considéré qu'il n'existait pas de droit à l'indemnité journalière au-delà du 3 mars 2003.

Par écriture du 10 août 2012, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a soutenu que la situation n'était pas totalement stabilisée et que le service de l'indemnité journalière aurait donc dû perdurer depuis quasiment dix ans, sous réserve de sa brève et infructueuse tentative de reprise d'emploi et de l'incapacité ancienne et temporaire pour raison d'affection cardiaque. Il a en outre allégué que les différents documents médicaux transmis à l'assureur, y compris ceux d'Italie ainsi que les expertises administrées, établissaient clairement une incapacité persistante sur toute la période et encore à la date de son opposition.

Par décision sur opposition du 19 février 2013, H. _____ a confirmé son premier prononcé. Elle a considéré notamment ce qui suit :

"3. Dans le cas particulier, M. A. _____ a repris le travail en plein dès le 3 mars 2003, selon les indications fournies par le Dr X. _____, dans son certificat médical du 6 mars 2003. Il a donc pu exercer à nouveau entièrement son emploi de maître de dessin.

En mars 2004, soit une année plus tard, il quitte la Suisse pour s'installer en Italie avec sa famille, et se consacre selon les indications ressortant de l'expertise du Dr F._____ du 24 février 2006 « à son ancienne formation d'artiste peintre et sculpteur ». Il ne transmet **aucune facture ni aucune attestation de traitement ou d'incapacité de travail d'un médecin en Italie.**

Il ne ressort pas du dossier dès quelle date l'assuré estime présenter une incapacité de travail et demande le versement d'indemnités journalières, et ce malgré les demandes de précision de l'assurance.

Dans son expertise du 19 juillet 2005, faisant suite à l'examen du 27 mai 2005, le Dr J._____ note que M. A._____ «a pu reprendre son travail à 100% comme professeur de dessin. Il pouvait à nouveau utiliser son membre supérieur droit en élévation pour faire des démonstrations de dessin et était satisfait du résultat de l'opération. Par contre il restait encore une certaine faiblesse proximale du membre supérieur droit qu'il n'a pas complètement réussi à récupérer ». Il note plus loin que M. A._____ « qualifie ces séquelles plutôt comme dérangeantes que comme invalidantes. Il craint cependant une évolution défavorable dans le futur. Il considère que la situation actuelle est supportable. Il peut effectuer toutes ses activités professionnelles et non-professionnelles en prenant soin de ménager des pauses régulières ».

Dans son expertise du 24 février 2006 faisant suite à l'examen du 9 juin 2005, le Dr F._____ note que M. A._____ a repris son travail de maître de dessin en plein dès le 3 mars 2003 (réponse 8b) ; il estime qu'il ne subsiste pas d'incapacité de travail définitive, « néanmoins M. A._____ a arrêté sa profession de maître de dessin le 30 mars 2004 pour se consacrer entièrement à son ancienne formation d'artiste peintre et sculpteur » (réponse 8c). A la question de savoir quelles autres activités pourraient être exigées de M. A._____, le Dr F._____ répond « il devrait éviter au minimum les travaux répétitifs, en hauteur (au-dessus de l'horizontale) et le port de charges. Il devrait donc adapter ses positions de travail en s'aidant d'un support de bras et en plaçant ses peintures et ses sculptures en position moins haute, dans sa nouvelle activité d'artiste peintre et sculpteur » (réponse 9a). Il fixe ensuite « dans ces activités adaptées » (question 9b) le taux de capacité de travail à 100% « mais avec un rendement diminué à 66.67% en raison des douleurs, de la faiblesse, de la fatigabilité musculaire et de la limitation fonctionnelle qu'il présente » (réponse 9b).

L'expert indique donc les mesures à prendre pour adapter l'activité choisie par l'assuré à son handicap, en précisant qu'il subsiste malgré ces mesures une diminution de rendement. Il n'examine en revanche pas si une **autre** activité pourrait s'avérer **mieux adaptée** au handicap et permettrait dès lors un meilleur rendement. L'appréciation du Dr F._____ de la capacité de travail étant donc faite uniquement par rapport à l'activité exercée en Italie, non adaptée à l'état de santé et qui ne correspond pas à celle, déterminante car plus adaptée, exercée au moment de l'accident, l'appréciation de cet expert ne saurait être retenue.

M. A._____ travaillait au moment de l'accident comme maître de dessin dans un collège secondaire (élèves entre 11 et 15 ans). Selon

le site internet orientation.ch décrivant la profession de maître de dessin, ces derniers «cherchent à développer chez leurs élèves le sens de l'observation et la faculté de transposer en images le monde qui les entoure. Ces enseignants développent également l'esprit critique et créatif de leurs élèves en leur présentant les tableaux majeurs de l'histoire de l'art. Leurs principales activités consistent à enseigner la découverte du monde environnant (observer la réalité sous ses différents règnes - minéral, végétal, animal, humain-, attitudes et comportements; percevoir les différentes évolutions qui nous entourent - cycle des saisons, lumière montante et déclinante, vieillissement, etc.-; discerner les couleurs et les effets liés à leur association - renforcement ou atténuation de leur intensité - et aux variations de lumière; comprendre l'espace - profondeur, volume, proportion, etc.-; étudier les courants artistiques - classique, moderne et contemporain - afin d'analyser à travers l'histoire les diverses manières de créer). Cela exige la maîtrise des techniques et création (connaître les différentes techniques - fusain, gouache, crayon de couleur, craie grasse, etc.- et leurs applications; maîtriser les principaux éléments d'une image - ligne, couleur, structure - et savoir les mettre en valeur; représenter la perspective - ligne d'horizon, point de fuite, lignes de construction-; connaître le contraste des couleurs - couleurs complémentaires, chaud-froid, clair-obscur-; acquérir les bases du dessin technique - mise en page, dessin à l'échelle, utilisation des instruments, etc.- et des médias modernes - bande dessinée, vidéo, photographie-; expérimenter différentes techniques de décoration et de graphisme). »

L'enseignement du dessin en milieu secondaire, soit à des élèves entre 11 et 15 ans, consiste donc non seulement à expliquer et démontrer les techniques, mais aussi à enseigner la théorie et l'histoire de l'art, et à laisser les élèves créer selon diverses techniques. Si cela implique certes des démonstrations de la part de l'enseignant, une partie du travail consiste donc en un enseignement théorique et à regarder les élèves dessiner et peindre, à les conseiller dans leur travail et à les évaluer, tâches qui permettent aux membres supérieurs de se reposer. Une telle activité est forcément moins sollicitante pour les membres supérieurs que celle d'artiste peintre et sculpteur, ou enseignant en atelier.

Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que dans les établissements secondaires d'autres branches sont enseignées, moins sollicitantes pour les membres supérieurs. En vertu de l'obligation de diminuer le dommage rappelée ci-dessus, une adaptation des branches enseignées est exigible de la part d'un maître de dessin, et l'analyse de la capacité de travail se fera de manière théorique en tenant compte d'une telle activité diversifiée.

En l'espèce, tout en gardant dans une certaine mesure l'enseignement des cours de dessin, M. A. _____ pouvait se tourner pour quelques heures par semaine vers l'enseignement d'autres branches telles l'histoire, la géographie ou la science, moins sollicitantes pour les membres supérieurs, et ainsi conserver une entière capacité de travail.

4. Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'il ne subsiste pas au-delà du mois de mars 2003 une incapacité de travail chez M.

A._____. D'une part il a pu reprendre entièrement son activité initiale de maître de dessin en milieu secondaire dès le mois de mars 2003, et ce pendant une année. D'autre part, l'évaluation de l'incapacité de travail doit se faire dès le moment où cette activité ne s'avère plus entièrement possible (date qui n'a jamais été définie ni par les médecins ni par l'assuré) en fonction d'une activité d'enseignant d'autres branches également, moins sollicitante pour les membres supérieurs. Force est de conclure que la capacité de travail dans une telle activité est entière."

C. Par acte du 22 mars 2013, A._____ a recouru contre cette décision en prenant, avec dépens, les conclusions suivantes :

"I. Admettre le présent recours, à la forme.

II. Cela fait, statuant sur le fond, annuler la décision sur opposition rendue, le 19 février, sous réf. [...], par H._____, pour son compte et pour celui de Z._____ déniaient le droit d'A._____ à diverses prestations d'assurance-accident obligatoire (LAA), suite à son accident du 22 [recte : 12] septembre 2002, et par conséquent, annuler également la 1^{ère} décision du 10 juillet 2012 sur le même objet.

III. Cela fait encore, statuant sur le fond, constater le droit persistant du recourant à des prestations d'indemnités journalières LAA pour la période du 1^{er} mars 2004 au 31 décembre 2011, à charge de H._____, par Fr. 669'234,70, plus intérêts à 5 % l'an dès la date moyenne du 1^{er} février 2008.

IV. En outre, toujours en statuant sur le fond, constater le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, calculée sur un taux [de] 40 %, soit une indemnité de Fr. 42'720.-- à la charge de Z._____, assortie d'un intérêt à 5 % l'an dès le 12 septembre 2002.

V. Cela fait enfin, toujours en statuant sur le fond, dire que A._____ a droit à une rente d'invalidité LAA, à compter du 1^{er} janvier 2012, de 6'720.--, à charge de Z._____, calculée sur un taux de 80 %.

VI. En tous les cas, dire que de H._____ et Z._____ sont solidairement tenues envers A._____ au remboursement des frais exposés pour avis médicaux et traitements en relation avec le présent litige auprès des médecins I._____, O._____, F._____, notamment, par Fr. 6'167.35, somme dont le paiement est dû immédiatement, assorti d'un intérêt calculé à 5 % l'an dès le 1^{er} juillet 2011, le tout sauf à parfaire et selon éventuelles précisions quoi seront communiquées en cours d'instance."

Le recourant soutient en substance qu'indépendamment des lésions somatiques, il a souffert de fortes douleurs invalidantes et que cela se répercute sur sa capacité de concentration notamment. Il ajoute qu'il

est notoire que l'activité d'enseignant nécessite une pleine possession de l'usage des bras notamment du bras dominant dès lors qu'il faut manipuler du matériel et des supports ainsi que des cartables de grande taille, les démonstrations impliquant des gestes amples. Il allègue aussi qu'il n'a pu être maintenu dans ses fonctions d'enseignant car le stress, la fatigue, les troubles de concentration consécutifs à ses douleurs notamment ne lui ont pas permis de tenir une classe et en outre que l'activité de professeur de dessin est très astreignantes puisqu'elle nécessite une pleine capacité du bras droit. Il ajoute avoir évoqué avec la directrice du Collège L. _____ des possibilités éventuelles de se maintenir en emploi, d'alléger son poste de travail, éventuellement son horaire, ou enfin de se reconverter. Cela ne s'était toutefois pas avéré praticable dès lors que, n'étant pas de langue française et n'ayant pas fait d'études autres qu'artistiques, il ne pouvait être reconverti en professeur d'algèbre, d'anglais ou encore de français. De fait, sa formation était trop spécifique, les aménagements de son poste de travail ne paraissant pas possibles ou pas d'une façon pouvant être considérée comme significative par rapport aux réalités concrètes de son activité d'enseignant ; de plus, les limitations induites par les douleurs rendaient de tels projets impraticables. Le recourant relève néanmoins que, la directrice susdite étant décédée, il lui est difficile d'établir ses allégations. En ce qui concerne l'évolution de la situation, il soutient que les médecins admettent que l'évolution est négative avec une lente pèjoration, le pronostic étant sombre. Il précise que les médecins n'ont pas attesté d'incapacité de travail systématique et sans discontinuer pendant les années où il a vécu en Italie dès lors qu'il ne travaillait pas, ce que ces médecins savaient. Il fait valoir que ces praticiens auraient sans doute eu des scrupules déontologiques à attester des incapacités de travail. Il allègue que même s'il n'a pas transmis systématiquement des rapports médicaux émanant de ses médecins en Italie, il a été suivi de façon serrée par ses médecins italiens, ceux-ci ayant en outre organisé à plusieurs reprises des consultations spécialisées en milieu hospitalier.

S'agissant de la légitimation passive des deux assureurs intimés, le recourant soutient leur avoir adressé à tous deux l'opposition

du 10 août 2012, de même que toutes les correspondances ultérieures relatives à la validité de l'opposition. Selon lui, il est du reste impossible de statuer sur une seule partie du litige car, si la Cour de céans devait statuer seulement à l'égard de l'intimée H._____ concernant les indemnités journalières litigieuses, elle devrait forcément trancher la question de la date de la stabilisation de l'état de santé. Or, cette date joue aussi un rôle décisif dans le cas de la fixation des prestations à long terme, dont elle constitue le point de départ. Le recourant en déduit qu'il serait dès lors fâcheux que Z._____ ne soit pas impliquée dans le débat judiciaire dès maintenant. Si, par impossible, il devait être considéré que la décision querellée exclut les prestations à long terme, l'intéressé allègue qu'il y aurait alors lieu de statuer contre Z._____ pour déni de justice.

Concernant la stabilisation de son état de santé, le recourant fait valoir que, selon le Dr K._____, celle-ci n'était pas acquise en 2004. Il ajoute que Z._____ aurait du reste prôné une date théorique au 1^{er} janvier 2012 au plus tôt. Cela étant, il estime que les indemnités journalières doivent lui être servies dès le 1^{er} mars 2004 et ce jusqu'à fin 2011, soit encore pendant 2'859 jours. Le recourant conteste en outre pouvoir être réadapté dans l'enseignement vaudois, soutenant que seule une activité occupationnelle de l'ordre de 20 % est réaliste.

Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles :

- une déclaration écrite du 9 octobre 2012 émanant de S._____, enseignant généraliste, libellée comme suit :

"Cher Maître,

Je confirme par la présente, que suite à sa chute dans les escaliers de son école, j'ai longuement parlé avec mon ami et collègue A._____ de la problématique liée à son épaule, aux douleurs permanentes qui l'affectaient et des difficultés de gestion de son travail d'enseignant qui en découlaient. Le fait que l'on ne reconnaissait pas sa souffrance le démoralisait.

Moi, S._____, collègue et donc également enseignant ai abordé à maintes reprises ce sujet avec lui, tentant de suggérer des solutions qu'A._____ a ensuite tenté de développer avec Mme E._____ directrice, afin de trouver une solution à cette impasse, une

éventuelle réorientation ou toute autre solution qu'A. _____ aurait été totalement disposé à entreprendre.

Je confirme également qu'à ma connaissance, A. _____ n'a reçu aucune aide ou suggestion ou appui de quelque sorte de la part de son assurance accident concernant une éventuelle reconversion professionnelle."

- une déclaration écrite du 4 mars 2013 établie par G. _____, enseignante spécialisée, dont la teneur est la suivante :

"Cher Maître,

Je confirme par la présente que j'ai longuement parlé à l'époque, en 2002 -2003, avec mon ami et collègue A. _____, des problèmes causés par les douleurs conséquentes à son accident et du fait que ces douleurs l'empêchaient même de dormir, qu'il arrivait au travail épuisé et avait ainsi des difficultés à être pleinement présent pour ses élèves, à gérer sa classe et à faire face aux demandes de ses élèves.

Nous avons parlé ensemble de différentes éventuelles possibilités pour lui de modifier sa trajectoire professionnelle mais aucune ne paraissait satisfaisante, son domaine de compétences professionnelles étant limité aux arts visuels et un éventuel changement ne résolvant toujours pas des nuits sans sommeil.

Je me souviens aussi qu'A. _____ avait parlé avec La Directrice de l'époque, Madame E. _____."

Dans sa réponse du 7 mai 2013, Z. _____ a conclu à l'irrecevabilité du recours introduit à son encontre. A cet égard, elle relève que la procédure de recours porte sur la décision sur opposition rendue par H. _____ uniquement et que l'objet du litige, déterminé par la décision sur opposition, porte exclusivement sur l'absence de droit aux indemnités journalières LAA du recourant postérieurement au 3 mars 2003, soit une question qui est du seul ressort de H. _____. Elle ajoute en outre qu'il ne peut lui être reproché d'avoir commis un déni de justice ni violé le principe de célérité dès lors qu'il ne lui appartenait pas de statuer unilatéralement sur la date de stabilisation de l'état de santé, question relevant de la seule compétence de H. _____. Elle observe au surplus que la prise de décision concernant le droit aux prestations LAA de longue durée relève de la compétence de Y. _____, le nom de Z. _____ apparaissant dans l'en-tête des courriers de l'assureur jusqu'à la prise de décision LAA.

Dans sa réponse du 10 juin 2013, H. _____ a conclu au rejet du recours. Elle souligne tout d'abord qu'elle n'est pas compétente - et, partant, ne saurait être condamnée - s'agissant du versement de prestations sous forme d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ou de rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Cela étant, se référant aux pièces du dossier, elle relève que le recourant a pu reprendre entièrement l'activité professionnelle qu'il exerçait au moment de l'accident à partir du 3 mars 2003 et que c'est par choix personnel qu'il l'a quittée en février 2004 pour s'installer en Italie exercer dès lors une autre activité professionnelle, à savoir celle d'artiste peintre et sculpteur. Elle ajoute que si les médecins attestent un rendement diminué dans l'activité de peintre/sculpteur, aucune pièce médicale ne fait en revanche état d'incapacité de travail durant ces années dans l'activité de professeur de dessin qui est bien moins sollicitante. Elle estime dès lors que le droit à des indemnités journalières au-delà du 3 mars 2003 ne pouvait être reconnu à l'assuré. Elle allègue en outre que le droit aux indemnités journalières cesse et le droit à une rente d'invalidité naît à partir de la date de stabilisation définie par la loi comme le moment dès lequel il n'y a pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ; or, en l'occurrence, le recourant ne suit plus de traitement médical depuis mars 2004. Elle est enfin d'avis que la détermination de la date de stabilisation appartient à l'assureur qui verse les prestations à court terme et que l'assureur en charge des prestations à long terme doit s'y tenir.

Le recourant a maintenu ses conclusions dans sa réplique du 12 juillet 2013. Il allègue ne pas avoir été informé de l'accord existant entre les deux assurances, cet accord ne lui étant dès lors pas opposable. Par ailleurs, il estime qu'en refusant toute prestation, les deux assureurs intimés ont une attitude erronée, le rapport du Dr O. _____, mieux argumenté et tenant compte de ses douleurs, devant être préféré à celui du Dr K. _____. Il prétend également avoir pu reprendre son activité pendant une courte période et avoir dû se résoudre à cesser son travail d'enseignant à son grand regret, étant parti en Italie parce qu'il n'avait pas

reçu de prestations de son assureur. Invoquant l'avis du Dr I._____, il relève que ce médecin a mis en évidence une atteinte neurologique clairement post-traumatique et que si l'évolution a été favorable sur ce plan, il n'en demeure pas moins que cet élément doit être pris en considération dans l'appréciation rétrospective de sa capacité fonctionnelle et de son invalidité économique. Il ajoute que les traitements n'ont jamais été complètement interrompus et qu'il y a eu une rechute significative en 2005, par nouvelle rupture d'un tendon, qui a été investiguée et traitée. Il rappelle enfin que Z._____ aurait admis que la date de stabilisation de son état de santé était le 1^{er} janvier 2012.

Dans sa duplique du 27 août 2013, Z._____ a contesté ce dernier point et confirmé ses conclusions pour le surplus.

Dans sa duplique du 28 août 2012, H._____ a maintenu ses conclusions. Elle relève en particulier que c'est au plus tard en novembre 2011 que le recourant a été informé des compétences respectives des deux assurances. S'agissant de la nouvelle déchirure du tendon du sus-épineux et du lâchage de la ténodèse du long chef du biceps en juillet 2005, elle observe notamment que selon l'expertise du Dr F._____, les suites de l'accident étaient stabilisées depuis février 2004.

Le recourant a déposé des déterminations le 18 octobre 2013, requérant la tenue d'une audience ainsi que l'audition de témoins, et maintenant ses conclusions pour le surplus.

Les intimées se sont déterminées le 11 novembre 2013.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. 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 (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (cf. art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant était domicilié dans le canton de Vaud avant son départ en Italie, canton dans lequel se trouve également le domicile de son dernier employeur suisse ; s'agissant de son recours contre H._____, il a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. En ce qui concerne les conclusions prises contre Z._____ et tendant à l'octroi de prestations par cette dernière, elles sont irrecevables dès lors que ladite assurance n'a pas rendu de décision susceptible de recours.

Les prétentions du recourant à l'encontre de cet assureur ne sont pas davantage fondées sous l'angle du déni de justice.

D'une part, il est établi que les deux assurances intimées sont liées par un accord de collaboration aux termes duquel l'une assure les prestations de courte durée (soins médicaux et indemnités journalières) et l'autre celles de longue durée (rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité). Le recourant en est informé depuis fin 2011 (cf. courrier du 29 novembre 2011 de Z._____). Il ne saurait soutenir au stade de la présente procédure seulement que cet accord ne lui est pas opposable.

D'autre part, le Tribunal fédéral a récemment jugé que dans ce type de constellation, c'est celui des assureurs ayant rendu à l'origine la décision attaquée qui a qualité pour utiliser un moyen de droit, et que chaque assureur doit se laisser opposer le comportement de l'autre (cf. ATF 138 V 161 consid. 2). L'art. 6.2 de l'accord de collaboration passé entre les deux intimées prévoit d'ailleurs, conformément à cette jurisprudence, qu'en cas de divergence entre les deux assurances quant à la prise en charge d'une prestation, notamment lors de la transformation d'une indemnité journalière en rente d'invalidité, elles conviennent d'agir selon l'avis de la H._____ (initialement la N._____). Faute de décision définitive rendue par cette dernière, Z._____ (singulièrement Y._____) ne pouvait rendre de décision.

Dans ces conditions, le recours pour déni de justice ne peut qu'être rejeté.

3. Il reste à examiner uniquement le droit du recourant au versement d'indemnités journalières au-delà du 3 mars 2003.

On notera ici que les conclusions relatives aux honoraires des Drs F._____, I._____ et O._____, qui ne font l'objet ni de l'opposition, ni de la décision attaquée, sont irrecevables.

4. 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. Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; cf. RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

Il y a causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans 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 ; 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 des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 402, consid. 4.3, 129 V 177 consid. 3.1, 121 V 204 consid. 6b, 119 V 7 consid. 3c/aa et 115 V 133 consid. 3). 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 118 V 286 consid. 1b, 117 V 359 consid. 4a, 115 V 133 et 403 consid. 3, 113 V 307 consid. 3a et 321 consid. 2a, ainsi que la jurisprudence et la doctrine mentionnées dans ces arrêts ; cf. aussi André Ghélew/Olivier Ramelet/Jean-Baptiste Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p.

51 ss ; cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 458 ss). Le juge ne s'écartera des avis médicaux que lorsque ceux-ci apparaissent lacunaires ou contradictoires (cf. ATF 107 V 173 consid. 3).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

5. a) Selon 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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; 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 (cf. ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 129 V 466). 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 (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4; cf. TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, 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 sollicité le corps, en particulier les membres, de manière 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 ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - 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 clairement établi. A défaut, en effet, 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. TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 ; cf. TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2; cf. également Jean-Michel Duc, *La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses*, RSAS 2000, pp. 529ss, plus spécialement 534ss).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue

d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (cf. ATF 129 V 466 consid. 3 ; cf. TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

b) D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1) ; les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, 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 tôt ou tard 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 a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Si le principe « *post hoc ergo propter hoc* » ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (cf. ATF 119 V 335 spéc. 341 ss), on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères

médicalement déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (cf. TFA U 349/05 du 21 août 2006).

6. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (cf. art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : cf. art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive

survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

7. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est, parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (cf. TF 9C_853/2011 du 27 juin 2012 consid. 3.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ;

cf. VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (cf. TF 9C_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2 avec les références citées ; cf. également TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

8. En l'espèce, le recourant a repris son travail d'enseignant à plein temps dès mars 2003 et pendant un an. Depuis son départ en Italie, il n'établit pas avoir suivi un traitement spécifique. En particulier, il ne produit aucun rapport médical attestant d'un tel traitement. En outre, aucun des médecins consultés ne préconise de traitement permettant d'améliorer l'état de santé du recourant ou d'éviter une aggravation de celui-ci.

Ainsi, en ce qui concerne la redéchirure du sous-épineux, le lâchage de la ténodèse du long chef du biceps et la limitation fonctionnelle de l'épaule droite, le Dr F._____, dans son rapport d'expertise du 24 février 2006, envisageait un traitement en fonction de la gêne occasionnée mais ne proposait pas une nouvelle intervention chirurgicale en raison du risque élevé d'aggravation de la lésion neurologique. Il retenait dans cette expertise que l'état de santé du recourant était stabilisé depuis février 2004. Certes, dans son complément d'expertise du 26 avril 2007, le Dr F._____ mentionne que cet état n'est pas stabilisé. Toutefois, cette estimation est due au fait que ce praticien a retenu une légère aggravation de l'état de santé du recourant en particulier sur le plan neurologique alors qu'il mentionnait dans son rapport initial que l'état de santé du recourant ne se modifierait pas pendant une certaine durée. Enfin, le Dr F._____ ne change pas ses conclusions quant à la capacité de travail du recourant et ne prévoit pas de traitement.

Dans son rapport d'expertise du 11 février 2011 (complété le 25 février 2011), l'expert K._____ indique que le recourant n'a plus suivi de traitement médical depuis mars 2004. Il estime également que l'état de santé du recourant n'est pas stabilisé dès lors qu'il présente une évolution

défavorable d'une réparation de la coiffe des rotateurs. Il n'a pas de traitement complémentaire à proposer, estime que la seule chose raisonnable est d'attendre que les symptômes soient invalidants et préconise alors une prothèse totale inversée de l'épaule droite.

Quand au Dr O._____, son rapport du 1^{er} août 2011 ne mentionne pas non plus un traitement médical qu'aurait suivi le recourant, se limitant à relever que depuis son départ en Italie, l'intéressé est suivi par son médecin de famille sans autres précisions.

Sur le plan neurologique, l'expert D._____ ne retient pas d'atteinte neurologique significative dans son rapport du 4 février 2011 (complété le 18 février 2011). Le Dr I._____, dans son rapport du 7 juillet 2011, n'observe pas non plus d'atteinte au moment de son examen. Il considère cependant probable, en se fondant sur les ENMG, que se soit produite, dans le cadre de la composante traumatique de la rupture de la coiffe des rotateurs, une atteinte neurogène associée touchant en tout cas le nerf axillaire, cette atteinte étant restée modeste, masquée en partie par l'importance des lésions orthopédiques et musculo-tendineuses, et ayant complètement récupéré. Ce praticien ne mentionne pas d'incidence de ce trouble sur la capacité de travail du recourant, ni de traitement effectué.

Ainsi, sur le plan médical, l'état de santé du recourant évolue certes défavorablement de sorte qu'il n'est pas considéré par les médecins comme stabilisé. Toutefois, depuis mars 2004, aucun traitement permettant une amélioration de cet état de santé ou évitant une péjoration de celui-ci n'a été suivi ni même proposé. Sur le plan juridique, on doit donc considérer que cet état de santé est stabilisé dès cette date. Pour le surplus, il ne ressort pas du dossier - et le recourant ne prétend pas - que des honoraires de médecin relatifs à un traitement précédant mars 2004 n'auraient pas été payés. Il en résulte au contraire que l'intimée H._____ a pris en charge les anciennes notes d'honoraires du Dr X._____.

Cela étant, le recourant ayant travaillé à plein temps dans son ancienne profession depuis le 3 mars 2003 pendant un an, il n'a plus droit à des indemnités journalières dès cette date.

9. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à administrer des preuves supplémentaires si – après une saine appréciation des éléments en sa possession – il acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuve ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu (cf. ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

En l'espèce, le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Les mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant doivent dès lors être rejetées. En outre, le recourant a eu l'occasion de s'exprimer à plusieurs reprises de sorte que son audition lors d'une audience apparaît superflue.

10. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD ; cf. art. 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 dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 19 février 2013 par H. _____ est confirmée.

III. L'arrêt est rendu 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 Olivier Carré (pour A. _____),
- H. _____,
- Z. _____,
- 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 :