

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 décembre 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, président  
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à  
Fribourg,

et

**J.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 6, 10, 16, 18, 19 et 36 LAA; 9 al. 2 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_, né en 1952 (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait comme chef de cuisine à l'EMS T.\_\_\_\_\_ depuis le 2 avril 1984. En cette qualité, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la J.\_\_\_\_\_ (ci-après : J.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Selon une déclaration de sinistre établie le 29 novembre 2011 par son employeur, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 26 novembre précédent. L'événement est ainsi décrit : alors qu'il s'était arrêté à un passage piéton pour laisser traverser deux personnes, sa moto a été heurtée par l'arrière par une automobile, provoquant sa chute. L'assuré a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_ au Centre N.\_\_\_\_\_ le même jour. Dans un rapport médical du 13 janvier 2012 adressé à la J.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de contusion en regard de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en précisant que la radiographie n'avait pas révélé de lésion osseuse post trauma. Il attestait que la lésion était uniquement due à l'accident, expliquait que le traitement consistait en une médication antalgique et le port d'un gilet d'immobilisation et estimait que l'assuré serait probablement en incapacité totale de travail du 26 novembre au 26 décembre 2011.

Une IRM a été effectuée le 9 décembre 2011 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès du H.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour, ce spécialiste concluait comme suit :

"Rupture complète avec rétraction du tendon du sus-épineux, subtotale du tendon du sous-épineux avec ascension de la tête et conflit sous-acromial. Important œdème spongieux de la tête, en rapport avec une importante contusion osseuse considérant le traumatisme. Remaniement sévère de l'articulation acromio-claviculaire, probablement mixte sur ostéo-arthropathie dégénérative (amyloïde ?) pré-existante décompensée par le traumatisme. Epanchement articulaire et de la bourse sous-acromio-sous-deltoïdienne. Amyotrophie musculaire touchant essentiellement le sus-épineux et le sous-épineux."

L'assuré a consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert certifié SIM, qui, le 9 décembre 2011, a écrit au physiothérapeute Y.\_\_\_\_\_ ce qui suit :

"J'ai revu votre patient après son IRM qui a montré une large rupture de coiffe ancienne, avec amyotrophie et dégénérescence graisseuse du sus-épineux droite. Cet examen n'a pas mis en évidence de fracture in-situ occulte.

J'ai intensifié la rééducation physiothérapeutique, et je l'ai sevré rapidement de sa bretelle, l'ensemble permettant de retrouver au plus vite la mobilité qu'il avait avant son accident de la voie publique.

Je l'ai laissé à l'arrêt de travail à 90% et je le reverrai en contrôle le 23 décembre 2011."

Dans un rapport du 21 décembre 2011 à l'attention du médecin conseil de la J.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ posait comme diagnostic une contusion du membre supérieur droit et indiquait sous la rubrique 3b "Etat général - Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité)" : "état dégénératif préexistant au membre supérieur droit. Cf. lettre à M. Y.\_\_\_\_\_ + rapport IRM". Il précisait que l'assuré avait été en incapacité totale de travail du 26 novembre au 5 décembre 2011, mais qu'il pouvait reprendre son activité professionnelle à 10 % (administrative seulement) dès le 5 décembre 2011, la situation devant être réévaluée le 23 décembre 2011.

Le 20 avril 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la J.\_\_\_\_\_, a écrit au Dr V.\_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

"Dans votre rapport du 9 décembre 2011, vous prévoyiez, grâce à la physiothérapie, une évolution vers le statu quo ante, sine.

Cependant, depuis le 26 novembre 2011, l'incapacité de travail se poursuit à 90% alors qu'une contusion de l'épaule devrait entraîner une incapacité limitée à quelques mois.

Je vous remercie donc de bien vouloir me préciser la date à partir de laquelle l'assurance-accident peut considérer que l'incapacité de travail n'est plus en rapport avec l'accident du 26 novembre 2011 mais avec la sérieuse atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs."

Par courrier du 26 avril 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_ a répondu au médecin conseil de la J.\_\_\_\_\_ en ces termes :

"J'ai revu Monsieur F.\_\_\_\_\_ à ma consultation en date du 21 février 2012 et du 24 avril 2012 où enfin l'évolution est nettement favorable, avec une amélioration, une diminution des douleurs spontanées, mais toujours une faiblesse nette avec manque de force.

Il a été décidé d'une reprise du travail à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012 dans son activité de cuisinier.

Sur le plan de la causalité naturelle, au vu de sa chute à moto, d'un état antérieur important, je pense qu'on peut accepter le cas durant quatre mois comme suites d'accident, et vu que l'accident a eu lieu le 26 novembre 2011, je pense que l'on peut stopper la causalité au 31 mars 2012, date du statu quo sine, date au-delà de laquelle, la persistance de la symptomatologie est en rapport de causalité avec l'état antérieur."

Par décision du 6 décembre 2012, la J.\_\_\_\_\_ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2012. L'intimée indiquait que, l'assuré présentant des atteintes préexistantes à l'événement du 26 novembre 2011, si celui-ci avait certes momentanément décompensé la situation, le statu quo sine avait cependant été rétabli au plus tard quatre mois après l'accident, soit au 31 mars 2012.

Le 7 janvier 2013, l'assuré a formé opposition à dite décision par l'intermédiaire de son conseil, Me Paul-Arthur Treyvaud. Il niait l'existence d'une atteinte préexistant à l'accident, non démontrée, faisant valoir qu'avant l'événement du 26 novembre 2011 il n'avait jamais ressenti aucune douleur. Il soutenait qu'il était inexact de prétendre qu'une lésion telle que la rupture de la coiffe des rotateurs, même sans état antérieur, ne produise des effets que durant quatre mois, d'autant que pour rétablir le statu quo sine une intervention chirurgicale était nécessaire, qui entraînait à elle seule quelques mois d'incapacité de travail. L'assuré requérait la mise en œuvre d'une expertise aux fins de déterminer s'il existait un état antérieur, le cas échéant l'origine de celui-ci, son importance et ses conséquences éventuelles en relation avec l'accident de la circulation du 26 novembre 2011 et partant la durée de l'incapacité de travail à la charge de l'assurance LAA.

Par décision sur opposition du 29 janvier 2013, la J. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de mettre fin aux prestations à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012. L'intimée a considéré que l'existence d'atteintes préexistantes à l'événement du 26 novembre 2011 était avérée par le rapport de l'examen IRM de l'épaule droite de l'assuré du 9 décembre 2011. C'est sur la base de ces considérations objectives (déchirures du tendon du sus-épineux, du sous-épineux ainsi que du sous-scapulaire anciennes puisque totalement rétractée pour le sus-épineux et avec la présence d'une amyotrophie musculaire touchant le sus-épineux et le sous-épineux ainsi qu'une ascension de la tête humérale) que les Drs R. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ avaient estimé que l'accident n'avait pas causé ces lésions mais les avait seulement révélées. Cela étant, l'intimée considérait que si, en sa qualité d'assureur-accidents, elle était tenue de prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli, force était de considérer dans le cas de l'assuré que la contusion de l'épaule droite subie lors de l'événement du 26 novembre 2011 était rétablie quatre mois après l'accident, le 31 mars 2012 au plus tard, et que seul l'état maladif préexistant était susceptible de jouer un rôle dans les plaintes subséquentes de l'assuré.

Par acte de son conseil du 1<sup>er</sup> mars 2013, l'assuré a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 29 janvier 2013. Il concluait à la réforme en ce sens qu'il y avait une relation de causalité naturelle et adéquate entre l'état du recourant et l'accident dont il avait été victime le 26 novembre 2011 (I) et que le cas continuait à relever de l'assurance LAA et la J. \_\_\_\_\_ restait tenue au paiement des indemnités journalières. Le recourant faisait valoir qu'il n'avait aucun souvenir de lésions anciennes et déclarait qu'il n'avait jamais ressenti la moindre douleur à l'épaule avant son accident de la circulation. Il considérait que, à supposer même que l'interprétation par la J. \_\_\_\_\_ corresponde à la réalité - ce qu'il contestait - la révélation elle-même de ces lésions correspondait à un dommage. Il soutenait en conséquence que l'on ne

saurait considérer que l'accident n'était pas une des causes de l'atteinte, cela d'autant plus qu'aucune expertise neutre n'avait été ordonnée. Par ailleurs, toujours dans l'hypothèse de lésions préexistantes, l'assuré contestait la durée de la prise en charge par l'intimée, fixée au 30 avril 2012 (sic), soit pendant cinq mois. Il estimait fortement prématuré d'affirmer que son état de santé était redevenu similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). L'assuré requérait la mise en œuvre d'une expertise destinée à déterminer s'il présentait un état préexistant tel que décrit par les Drs V. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, la durée de retour au statu quo sine et si l'évolution de son état de santé, sans l'accident, devait nécessairement aboutir à la situation dont il souffrait encore.

Par arrêt du 1<sup>er</sup> septembre 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition du 29 janvier 2013 mettant fin aux prestations de la J. \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> avril 2012. Elle a considéré en substance que la lésion tendineuse à l'épaule était exclusivement dégénérative et antérieure à l'accident et qu'elle ne saurait par conséquent être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Retenant que la seule lésion directement imputable à l'accident était une contusion, l'évaluation du statu quo sine à quatre mois après l'événement accidentel n'apparaissait pas critiquable, d'autant plus qu'elle était attestée par le médecin orthopédiste traitant.

Le nouveau conseil de l'assuré, Me Charles Guerry, a mandaté le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste notamment en chirurgie orthopédique et traumatologie, pour une expertise. Dans son rapport du 23 février 2015, l'expert concluait que l'assuré présentait une rupture de la coiffe des rotateurs, préexistante à l'accident, ayant touché principalement les tendons supra- et infra-épineux. Il précisait que son évaluation se basait sur la présence d'une amyotrophie importante sur l'IRM réalisée peu de temps après l'accident. Il relevait toutefois que l'accident du 26 novembre 2011 avait péjoré la situation en entraînant une rupture supplémentaire

du sous-scapulaire. Selon lui, cette rupture était très vraisemblablement due à l'accident, étant donné les remaniements de la zone d'insertion du tendon sur la petite tubérosité visibles à l'IRM et également la bonne trophicité musculaire du sous-scapulaire. L'expert expliquait qu'il est médicalement connu qu'une épaule peut fonctionner assez correctement malgré une rupture des supra- et infra-épineux, tant que le sous-scapulaire reste intact. L'atteinte supplémentaire du sous-scapulaire, si elle est complète, entraîne fréquemment une épaule pseudo-paralytique, c'est-à-dire l'impossibilité de son élévation active. Pour cette raison, il estimait que l'accident du 26 novembre 2011 avait décompensé une situation préexistante, de manière durable et définitive.

Le 23 avril 2015, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours formé par l'assuré contre l'arrêt de la Cour de céans du 1<sup>er</sup> septembre 2014 et renvoyé la cause à la J.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction, en la forme de la mise en œuvre d'une expertise, et nouvelle décision sur l'étendue du droit aux prestations de l'assuré.

**B.** La J.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert certifié SIM, afin de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'événement du 26 novembre 2011 et les troubles à l'épaule présentés par l'assuré, le cas échéant, fixer le délai d'attente du "status quo ante/sine".

L'expert a examiné l'assuré le 8 décembre 2015. Il a fait réaliser une IRM des deux épaules. Le rapport radiologique du 16 décembre 2015 relatif à l'IRM de l'épaule droite constate la rupture incomplète du long chef biceps, une tendinopathie d'insertion avec déchirure partielle non transfixiante du côté articulaire supérieurement au niveau du tendon du tendon sous-scapulaire, une rupture complète du tendon du sus-épineux avec rétraction des fibres, une rupture incomplète du tendon du sous-épineux, une hypotrophie des muscles du sus-épineux et du sous-épineux et l'absence d'hypotrophie du sous-scapulaire.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 27 janvier 2016. Il conclut que la relation de causalité entre l'accident du 26 novembre 2011 et les plaintes/troubles présentés par l'assuré est hautement voire très hautement invraisemblable. Selon lui, l'événement, qui a été à l'origine d'une contusion de l'épaule droite, éventuellement d'une lésion mineure du tendon du muscle sous-scapulaire, a surtout révélé une pathologie dégénérative avancée de la coiffe des rotateurs, avec un début d'arthropathie gléno-humérale, ainsi qu'une arthropathie dégénérative "AC" (réd. : acromio claviculaire). Il estimait que pour les seules lésions supputées traumatiques, le délai d'attente du "status quo ante/sine" n'aurait pas dû dépasser les six à neuf mois. Il en concluait que passé ce délai, le cursus de l'épaule droite de l'assuré avait manifestement été régi par le potentiel évolutif de la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs et ses répercussions articulaires (pp. 17-18).

Par complément du 21 février 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions du conseil de l'assuré. Il a notamment confirmé son appréciation précédente selon laquelle pour les seules lésions supputées traumatiques, le délai d'attente du "status quo ante/sine" n'aurait pas dû dépasser les six à neuf mois et que le cursus de l'épaule droite de l'assuré avait par conséquent manifestement été régi par le potentiel évolutif de la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs et de ses répercussions articulaires. Invité à exposer les motifs qui l'avaient amené à s'écarter des conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en admettant que l'hypothèse d'une supputée lésion surajoutée du muscle sous-scapulaire, on s'attendrait à une évolution dans le sens d'une cicatrisation, d'une stagnation ou d'une aggravation, avec des répercussions substantielles sur le corps charnu, qui se révéleraient sous la forme d'une perte de trophicité. Par ailleurs, quatre ans après, s'y associerait aussi une tendance significative à la dégénérescence graisseuse. Or, entre décembre 2011 et décembre 2015, le tendon du muscle sous-scapulaire n'avait pas montré de progression lésionnelle, voire pas de modification si ce n'est la disparition de l'œdème post-contusionnel. Le corps charnu n'avait pas montré d'évolution significative, seulement une très faible involution, parfaitement banale et usuelle après quatre ans de délai. Tout

particulièrement, le muscle sous-scapulaire n'avait montré aucun signe d'atrophie par sous-utilisation et l'examen clinique prouvait qu'il était parfaitement fonctionnel, l'assuré freinant sans difficulté la chute du bras en avant et gardant par ailleurs une force adéquate lors du Belly-press test. L'expert concluait de ces éléments que l'événement du 26 novembre 2011, à l'origine d'une contusion du sous-scapulaire ayant peut-être lésé quelques fibres tendineuses du sous-scapulaire, ne pouvait et n'avait pas eu une influence durable sur la fonction globale de l'épaule. Il relevait enfin que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait établi son appréciation sur la base de supputations, sans faire appel à un examen radiologique comparatif susceptible de l'aider à apprécier une quelconque responsabilité durable d'une supputée lésion post-traumatique datant de l'accident en cause.

Le 26 avril 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a déposé un deuxième complément d'expertise. Répondant aux questions spécifiques du conseil de l'assuré, il a notamment indiqué que, pour retenir que l'assuré présentait une impotence fonctionnelle lors de certains gestes et efforts avant l'événement du 26 novembre 2011, il s'était fondé sur l'ensemble des éléments recueillis caractérisant le degré d'évolution de la maladie - tendinopathie de la coiffe des rotateurs - et qu'il lui avait semblé hautement probable que l'assuré présentait déjà avant l'accident une certaine impotence fonctionnelle, laquelle était actuellement présente bilatéralement. Au vu des éléments cliniques (amplitudes, force), il considérait que les données radiologiques venaient conforter cet état pathologique avancé.

L'expert C.\_\_\_\_\_ a déposé un complément d'expertise le 1<sup>er</sup> juin 2016 après avoir pris connaissance des rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ et avoir reçu l'assuré pour un nouvel examen clinique le 17 mai. Après avoir précisé qu'il avait pu prendre connaissance des IRM réalisées à la demande du Dr L.\_\_\_\_\_, il a notamment relevé que ce dernier faisait erreur lorsqu'il affirmait que la lésion de contusion osseuse sur la tête humérale, visible à l'IRM de 2011, correspondait à une contusion simple plutôt qu'à une lésion accompagnant une lésion tendineuse. Selon lui en effet, une zone de contusion simple, touchant uniquement une partie de la

tête humérale, sans lésion en regard sur la glène, dans une région qui est protégée par l'apophyse coracoïde, est hautement invraisemblable. Par ailleurs, le Dr C.\_\_\_\_\_ a exposé les motifs pour lesquels il ne suivait pas non plus l'argumentation de son confrère selon laquelle l'absence d'atrophie musculaire indiquerait l'absence de lésion importante de ce tendon. Il a exposé que le tendon du sous-scapulaire réagit différemment de celui du muscle sus-épineux par exemple, suite à une lésion et qu'une lésion traumatique du sus-épineux impliquait le plus souvent une rupture transfixiante avec rétraction du tendon, sans continuité résiduelle. Par contre, le sous-scapulaire présente une attache bien plus large, avec des fibres qui se continuent sur le ligament intertubérositaire. L'arrachement complet du tendon sous-scapulaire est une lésion assez rare. Bien plus fréquemment, on observe une lésion partielle associée à un allongement des fibres tendineuses, ce qui maintient encore une certaine attache sur l'humérus. Le corps musculaire du sous-scapulaire maintient donc une certaine fonction, même si celle-ci est moins efficace en raison de la modification du tendon. Ce maintien de fonction explique le fait que l'involution graisseuse du corps charnu est bien moins importante que celle que l'on observe sur le sus-épineux. Selon l'expert C.\_\_\_\_\_, c'est précisément ce qui s'est passé dans le cas de l'assuré : la lésion du tendon du sous-scapulaire, visible sur la première IRM, décrite à juste titre par le radiologue, signée également par l'œdème osseux de la tête de l'humérus, a évolué vers le maintien d'une certaine continuité, alors même que la fonction est réduite. Enfin, l'expert a relevé que le test de lift-off - test qui examine la fonction du muscle sous-scapulaire et dont le Dr L.\_\_\_\_\_ estime qu'il est non interprétable à droite - était nettement pathologique lors de son examen de 2015, élément qui s'était confirmé lors de son récent examen. A cet égard, il a également souligné que le test de Belly-press mentionné par le Dr L.\_\_\_\_\_ est nettement moins sélectif, puisqu'il examine également la fonction du grand pectoral, du grand rond et du grand dorsal.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est notamment étonné de l'allégation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2016 selon laquelle le muscle sous-scapulaire réagirait différemment de celui du sus-épineux

suite à une lésion. Il a indiqué ne pas connaître d'étude qui démontrerait, avec des éléments scientifiques probants, que le muscle sous-scapulaire ne se comporterait pas comme les autres muscles striés lorsque son tendon est déchiré, totalement ou partiellement. Selon lui, l'absence chez l'assuré de modification structurelle drastique du corps charnu du muscle sous-scapulaire suite à l'événement survenu en 2011 écarte, avec haute voire très haute vraisemblance, la notion de lésion anatomique aiguë significative. L'expert s'est également dit songeur à la lecture de la note du Dr C. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'œdème osseux qui touche un versant de l'articulation gléno-humérale ne peut pas correspondre à une simple contusion. Selon lui, un œdème post-contusionnel apparaissant après un choc sur une articulation ne toucherait pas obligatoirement les deux versants articulaires.

Par décision du 18 novembre 2016, la J. \_\_\_\_\_, se fondant sur les conclusions médicales de l'expert L. \_\_\_\_\_, a considéré que l'origine dégénérative des atteintes présentées par l'assuré était clairement établie après neuf mois au plus tard, de telle sorte qu'elle mettait fin au droit aux prestations de l'assuré avec effet au 31 août 2012.

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture de son conseil du 16 décembre 2016. Il a complété son opposition le 29 décembre suivant en produisant le rapport d'expertise complémentaire du Dr C. \_\_\_\_\_ du 27 décembre 2016. On peut y lire notamment ce qui suit :

"Le Dr L. \_\_\_\_\_ affirme que l'absence d'atrophie du muscle sous-scapulaire écarte une lésion anatomique aiguë significative de son tendon. Il affirme qu'il ne connaît pas d'études qui démontrent que le muscle sous-scapulaire ne suit pas l'évolution que l'on peut observer sur les autres muscles de la coiffe des rotateurs.

J'aimerais ici rappeler quelques éléments fondamentaux :

Monsieur F. \_\_\_\_\_ a subi un traumatisme, suite auquel il a présenté une impotence fonctionnelle importante de son épaule droite.

Le radiologue décrit sur la première IRM du 9 décembre 2011 "un important épaissement hétérogène, en discontinuité subtotale, du tendon du muscle sous-scapulaire".

Lors de mes deux examens cliniques, je pouvais constater des signes cliniques évidents d'une insuffisance du muscle sous-scapulaire à droite, sous forme d'un test de lift-off pathologique.

Pour répondre au Dr L. \_\_\_\_\_, il existe bien dans la littérature des études qui montrent que le muscle et le tendon sous-scapulaires se

comportent différemment des autres éléments de la coiffe des rotateurs. Je citerai ici les travaux du Prof. Dominique Meyer, publiés en 2012 et 2016 (...). Ces travaux indiquent que le tendon du sous-scapulaire possède la capacité de s'allonger avant qu'il n'existe une zone de défaut tendineux, et ce à la différence d'avec les sus-épineux ou sous-épineux. La zone de rupture se remplit de tissu cicatriciel, ce qui conduit finalement à un allongement du tendon, donc également à un raccourcissement du corps musculaire et à une altération de la fonction de ces structures.

Dans une prise de position antérieure, datée du 28 mai (sic) 2016, je m'étais exprimé sur l'IRM de l'épaule droite d'octobre 2015. J'avais mentionné l'allongement des fibres tendineuses et la rétraction du corps musculaire du sous-scapulaire.

Un deuxième point soulevé par le Dr L. \_\_\_\_\_ concerne l'œdème osseux sur la tête humérale, qui était visible sur la première IRM. Le Dr L. \_\_\_\_\_ estime qu'il s'agit ici d'un œdème post-contusionnel, qui est apparu après un choc sur cette articulation, l'œdème ne devant pas obligatoirement toucher les deux versants articulaires. Je relève ici que le Dr L. \_\_\_\_\_ accepte le traumatisme local. Pour ma part, un œdème lié à un choc direct dans cette région de la tête humérale me paraît peu vraisemblable, étant donné que cette zone est protégée par l'apophyse coracoïde. Un œdème lié à une lésion tendineuse à son insertion sur l'os est nettement plus vraisemblable. En résumé je maintiens donc mes conclusions précédentes, étayées par la littérature récente, selon lesquelles la lésion du tendon du sous-scapulaire est en relation avec l'accident du 26 novembre 2011."

Par décision sur opposition du 7 mars 2017, la J. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 18 novembre 2016. Elle a considéré que les rapports d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ avaient pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Dès lors qu'il ressortait de ceux-ci que les troubles présentés par l'assuré à l'épaule droite avaient une origine uniquement malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, à compter du 31 août 2012 au plus tard, il y avait lieu de mettre un terme aux prestations allouées à l'assuré à cette date.

**C.** Par recours déposé le 3 avril 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, F. \_\_\_\_\_ conclut, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 7 mars 2017 et à la prise en charge par la J. \_\_\_\_\_ des prestations prévues par la LAA au-delà du 31 mars 2012 (sic), notamment la prise en charge du traitement médical, le versement des indemnités journalières et d'une rente invalidité ainsi que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Soutenant qu'une valeur probante nettement plus importante doit être reconnue aux rapports médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ qu'à ceux du Dr L. \_\_\_\_\_, il fait valoir que l'origine exclusivement

maladive ou dégénérative des lésions à l'épaule droite, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'a pas été clairement établie d'une part et d'autre part que la preuve du statu quo ante vel sine n'a pas été apportée avec la vraisemblance confinante à la certitude exigée par la jurisprudence fédérale dans le domaine des lésions corporelles assimilées à un accident. Il requiert la tenue d'une audience de débats publics et l'audition de P.\_\_\_\_\_, Directeur de la Fondation T.\_\_\_\_\_.

Se référant à l'analyse développée par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 février 2016, la J.\_\_\_\_\_ considère dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2017 que cet expert a largement discuté, et de façon convaincante, les points de divergence avec le Dr C.\_\_\_\_\_, a de surcroît établi ses conclusions sur la base de nouveaux examens d'imagerie réalisés en décembre 2015 de façon comparative, comparaison faisant défaut dans l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, et enfin a fourni les explications utiles sur les inexactitudes relevées par le recourant dans son mémoire. Elle conclut au rejet du recours, à défaut à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

En date du 26 juin 2017, le recourant dépose des observations précisant que le Dr C.\_\_\_\_\_ a accédé à l'intégralité du dossier médical. Il produit un rapport du 27 avril 2017 de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, consulté depuis le 20 décembre 2006, lequel atteste l'absence de plainte de son patient en relation avec l'épaule droite jusqu'à l'accident d'une part, et n'avoir jamais constaté de limitations fonctionnelles dans l'utilisation de l'épaule droite d'autre part, cette attestation démontrant ainsi l'inexactitude de l'hypothèse émise par le Dr L.\_\_\_\_\_ quant à une certaine impotence fonctionnelle de l'épaule droite préexistant à l'accident.

Dans son écriture du 15 août 2017, la J.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions sans autre observation.

**D.** Une audience d'instruction complémentaire et de jugement a eu lieu le 7 décembre 2017, lors de laquelle la Cour de céans a procédé à l'audition de P.\_\_\_\_\_, Directeur de la Fondation T.\_\_\_\_\_, qui a déclaré ce qui suit :

"Monsieur F. \_\_\_\_\_ n'a jamais bénéficié de certificat d'incapacité de travail en relation avec une atteinte à l'épaule droite ou aux deux épaules, à mon souvenir. Son poste de travail, respectivement son cahier des charges n'ont jamais été aménagés au motif qu'il aurait manqué de mobilité aux épaules ou souffert des épaules. Je n'ai jamais entendu Monsieur F. \_\_\_\_\_ se plaindre des épaules ni ses collègues faire des remarques au sujet d'une atteinte aux épaules de Monsieur F. \_\_\_\_\_. S'agissant du cahier des charges de Monsieur F. \_\_\_\_\_, je précise que celui-ci était chargé de la planification, de l'organisation, de la gestion et des achats principalement et qu'il lui arrivait régulièrement de devoir donner un coup de main en cuisine, ce qui implique la manipulation de charges. Sous réserve d'erreur de ma part, le poids de charge peut aller jusqu'à 15-20 kilos".

## **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).

**2.** En l'état, est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, en particulier au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement, au-delà du 31 août 2012. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés par le recourant à l'épaule droite sont d'origine uniquement dégénérative ou s'ils sont encore en relation de causalité avec l'accident du 26 novembre 2011.

**3.** 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. 1 b, 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).

**4. 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.

Il sera précisé que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

La liste précitée 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).

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 malade 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).

**5.** 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\_102312008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée).

**6.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En

ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b p. 352), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement 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. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse

être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**7.** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'accident du 26 novembre 2011 a entraîné un choc direct à haute énergie sur l'épaule droite du recourant. Les experts s'accordent par ailleurs sur l'origine exclusivement dégénérative des atteintes des tendons sus-épineux et sous-épineux.

Leur appréciation diverge en revanche s'agissant de l'atteinte du tendon sous-scapulaire.

Selon le Dr L.\_\_\_\_\_, l'IRM de 2011 évoque une lésion aiguë de la partie haute du tendon sous-scapulaire, non transfixiante, avec cependant un œdème osseux se situant à distance de l'attache tendineuse, ce qui serait significatif d'un œdème post-contusionnel qu'il qualifie de simple et d'étendue modeste, n'intéressant qu'un cinquième du volume de la tête humérale. Il s'agit donc pour cet expert d'une lésion de faible envergure, intervenant de surcroît dans un contexte de tendinopathie chronique. Selon lui, en admettant l'hypothèse d'une certaine altération biomécanique secondaire à une supputée lésion du sous-scapulaire, dite lésion aurait dû évoluer soit dans le sens d'une cicatrisation, soit dans le sens d'une aggravation, avec des répercussions substantielles sur le corps charnu, en l'occurrence sous la forme d'une perte de trophicité qui aurait été due à une utilisation sub-optimale, telle que rencontrée dans les autres muscles, dans le cas particulier dans les muscles sus-épineux et sous-épineux. Par ailleurs, il devrait être retrouvé quatre ans plus tard, à titre de répercussions, également une tendance significative à la dégénérescence graisseuse. Or, l'IRM de 2015 ne révèle ni progression, ni modification lésionnelle du tendon du muscle sous-scapulaire, ni lésion tendineuse transfixiante, ni signe d'atrophie par sous-utilisation. Plus particulièrement, l'examen clinique prouve que le muscle sous-scapulaire est parfaitement fonctionnel, le recourant freinant sans

difficulté la chute du bras en avant et gardant une force adéquate lors du Belly-press test. Quant au corps charnu, il montre toujours une involution graisseuse, peut-être de manière plus évidente qu'auparavant, cet élément étant cependant qualifié de banal par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans un tel délai d'évolution. Sur la base de ces constatations, il conclut que l'événement du 26 novembre 2011, à l'origine d'une contusion du sous-scapulaire, a peut-être lésé quelques fibres tendineuses mais ne pouvait avoir une influence durable sur la fonction globale de l'épaule dans la mesure où, selon l'expérience médicale, un délai de trois à quatre mois est largement suffisant pour la cicatrisation d'une supputée lésion de quelques fibres de collagène, avec un délai supplémentaire de quatre à cinq mois pour la récupération d'une biomécanique usuelle.

En résumé, le Dr L. \_\_\_\_\_ n'exclut finalement pas que l'accident du 26 novembre 2011 soit à l'origine d'une contusion du tendon sous-scapulaire, éventuellement d'une lésion aiguë de quelques-unes de ses fibres, une telle atteinte ne pouvant cependant, selon l'expérience médicale, préteriter le devenir de la fonction du muscle sous-scapulaire au-delà d'un délai de six à neuf mois, délai largement suffisant pour récupérer d'une contusion d'une coiffe des rotateurs déjà particulièrement usée.

Il s'agit donc d'apprécier si, comme le soutient l'intimée sur la base des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte du tendon sous-scapulaire était clairement ou non établi au 31 août 2012.

L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ souffre de plusieurs contradictions ou faiblesses, au contraire de celle du Dr C. \_\_\_\_\_.

Il ressort clairement du rapport IRM du 9 décembre 2011 l'existence d'une rupture du tendon du sous-scapulaire. Elle est certes qualifiée de subtotale mais en aucun cas mentionnée comme possible, contrairement à ce que soutient le Dr L. \_\_\_\_\_. Au demeurant, la déchirure est confirmée dans le rapport IRM du 16 décembre 2015, lequel

fait mention d'une tendinopathie d'insertion du sous-scapulaire avec déchirure partielle non transfixiante du côté articulaire supérieurement. Le Dr L.\_\_\_\_\_ relativise l'importance de l'œdème, tout comme l'importance de la contusion, révélés par l'imagerie et ce alors que le radiologue lui-même, soit le Dr B.\_\_\_\_\_, qualifie d'important l'œdème spongieux de la tête de l'humérus et le considère en rapport avec une contusion osseuse, également décrite comme importante en considérant le traumatisme. Le Dr L.\_\_\_\_\_ ne commente pas cette divergence d'appréciation, et ce quand bien même il admet que l'accident a généré un choc direct à haute énergie, susceptible de léser un tendon, qu'il soit sain ou dégénératif (rapport du 27 janvier 2016, page 14). Toujours en relation avec cet œdème, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'avère convaincant lorsqu'il explique qu'un œdème lié à un choc direct sur la tête humérale lui paraît peu vraisemblable en raison de la protection apportée par l'apophyse coracoïde et que l'œdème lié à une lésion tendineuse à son insertion sur l'os est nettement plus vraisemblable. Cette dernière affirmation n'a par ailleurs pas été contredite par l'intimée, respectivement son expert, dans le cadre de la procédure administrative. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore émis l'hypothèse, et persisté dans celle-ci (cf. rapport du 26 avril 2016) qu'une atteinte fonctionnelle de l'épaule droite du recourant était déjà vraisemblablement présente avant l'accident du 26 novembre 2011, sans cependant vérifier cette hypothèse dans le cadre de l'anamnèse de l'intéressé, ni auprès de son médecin traitant, ce alors qu'il est médicalement notoire que des lésions des tendons de la coiffe des rotateurs peuvent rester asymptomatiques ou peu symptomatiques pendant de nombreuses années et ceci dans une bonne majorité des gens atteints, ce que ne manque pas de relever le Dr L.\_\_\_\_\_ lui-même en page 13 de son premier rapport. Il ressort également de l'examen clinique pratiqué par le Dr L.\_\_\_\_\_, notamment du test *lift off*, qu'il était négatif à gauche et non interprétable à droite en raison de douleurs (douleur ++). Il ne discute pas plus avant ce test, plus exactement ne se prononce pas sur l'origine des douleurs, alors que ce test est destiné à mettre en évidence une pathologie du sous-scapulaire (tendinopathie et/ou rupture). Dans son dernier rapport complémentaire d'expertise du 27 décembre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ se fonde sur une littérature récente, que ni l'intimée ni le Dr

L.\_\_\_\_\_ n'ont remise en question, pour faire la démonstration que le muscle et le tendon sous-scapulaire se comportent différemment des autres éléments de la coiffe des rotateurs, ce qui expliquerait l'absence d'aggravation, du moins à quatre ans de l'accident, respectivement le maintien de la trophicité du muscle sous-scapulaire (puisque le tendon sous-scapulaire possède la capacité de s'allonger avant qu'il n'existe une zone de défaut tendineux).

Étant rappelé que selon la jurisprudence, il s'agit de déterminer si les lésions constatées s'avèrent d'origine exclusivement dégénératives, cette preuve ne peut être apportée s'agissant de la lésion tendineuse sous-scapulaire. En effet, l'accident a entraîné un traumatisme susceptible de provoquer une lésion du tendon sous-scapulaire et l'origine accidentelle de la déchirure de ce tendon est du domaine du vraisemblable, les réserves de l'expert L.\_\_\_\_\_ sur ce point pouvant être écartées. S'agissant d'un état dégénératif préalable du tendon sous-scapulaire, il est fait état par le Dr L.\_\_\_\_\_ d'une involution graisseuse toute débutante dans le corps charnu, déjà suspectée lors de la première IRM, laquelle démontre à son avis un processus pathologique ancien, de surcroît très lent et, en l'absence d'une lésion tendineuse d'envergure avec pour conséquence une atrophie du corps charnu, l'expert considère qu'une autre cause doit être recherchée, en premier lieu le statut diabétique du recourant. Or, le Dr L.\_\_\_\_\_ émet là une simple hypothèse. On ne saurait dès lors considérer que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de la lésion tendineuse sous-scapulaire est clairement établi.

Cela étant, il doit être admis que le recourant a droit au traitement médical ainsi qu'au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 août 2012, à charge pour l'intimée de déterminer le moment à partir duquel l'état de santé de l'intéressé, en relation avec l'atteinte du tendon sous-scapulaire, peut être considéré comme stabilisé au sens de l'article 19 LAA, puis d'apprécier les éventuels droits du recourant à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**8. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition du 7 mars 2017 réformée en ce sens que l'intimée est tenue de poursuivre la prise en charge des frais du traitement médical et le versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2012.

**b)** En application de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens, laquelle, compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, est fixée à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 7 mars 2017 est réformée en ce sens que la J.\_\_\_\_\_ est tenue de poursuivre la prise en charge des frais de traitement médical et le versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2012.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. L'intimée J.\_\_\_\_\_ doit verser au recourant F.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 3'000 fr. (trois mille francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Guerry, avocat à Fribourg (pour le recourant),
- J.\_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :