

VD_FINDINFO AA 93/15 - 98/2018 vom 24. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_93_15_-_98_2018

FR: VD_FINDINFO AA 93/15 - 98/2018 du 24 août 2018

IT: VD_FINDINFO AA 93/15 - 98/2018 del 24 agosto 2018

Regeste

LÉSION DE L'ÉPAULE, ACCIDENT, ACCIDENT PROFESSIONNEL, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, SUREXPERTISE, EXPERTISE, EXPERTISE MÉDICALE | 6 LAA, 9 al. 2 let. f OLAA

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Les termes « touchant l'obligation d'un autre assureur » sont assimilables à l'intérêt digne d'être protégé (à l'annulation ou la modification de la décision attaquée) au sens de l'art. 59 LPGA (ATF 133 V 539 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_251/2014 du 11 mars 2015 consid. 3.1). d) En l'espèce, les recours contre la décision sur oppositions du 7 septembre 2015 ont été interjetés devant le tribunal compétent en temps utile en date respectivement des 29 septembre 2015 et 6 octobre 2015. Ils respectent par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables. On précisera que la qualité pour agir de la recourante doit être admise puisqu'elle recourt au titre d'assureur obligatoire des soins de C._____. Son intérêt à l'annulation ou à la modification de la décision sur oppositions querellée n'est donc pas contestable.

E. 2

En l'état, est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 10 avril 2015. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés par le recourant à l'épaule droite dès cette date sont d'origine uniquement dégénérative ou s'il subsiste un lien de causalité avec l'accident du 27 février 2015.

E. 3

. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

E. 4

a) Selon l'art. 6 al. 2 aLAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), 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 aOLAA (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. Les ruptures de la coiffe des rotateurs sont englobées dans la liste exhaustive contenue à l'art. 9 al. 2 aOLAA (cf. let. f [déchirures de tendons] ; ATF 123 V 43). Il est précisé à ce stade que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} 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).

b) 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 aOLAA 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 (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 (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 aOLAA, 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 (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 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 aOLAA 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 (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

c) 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). La jurisprudence a souligné à cet égard, que, lorsqu'un état malade 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 malade préexistant, dans

la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

E. 5

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). b) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 6

En l'espèce, il est incontesté que le recourant a souffert d'une « rupture massive de la coiffe des rotateurs », qui a été diagnostiquée à l'occasion de l'IRM du 10 avril 2015, consécutivement à l'accident du 27 février 2015. Les avis médicaux, en particulier ceux des Drs H. _____ et M. _____, ainsi que celui du Dr F. _____, divergent toutefois sensiblement quant à l'origine éventuellement exclusivement dégénérative de cette atteinte.

a) Dans son appréciation du 18 août 2015, le Dr H. _____ a consigné ce qui suit : « Le patient, né en 1960 (55 ans), instructeur au L. _____, poussait une voiture prise dans un mur de neige le 27.02.2015 et, lorsque la voiture est repartie, il a perdu l'équilibre et il est tombé sur l'épaule D [réd. : droite]. Cet événement a vraisemblablement occasionné une contusion de l'épaule D, comme en témoigne la présence de l'hématome à la face latérale de l'épaule décrit par le Dr D. _____. Le patient a bien précisé une première fois qu'il était tombé sur le flanc droit, le bras le long du corps (p 1, § 2 de l'opposition) et une seconde fois qu'il était tombé lourdement sur la piste verglacée, le bras droit collé au corps (p 1, § 1 de l'annexe à l'opposition). Il n'y a donc pas eu de mouvement forcé en abduction et rotation du bras, par exemple, ni de traction sur le MSD [réd. : membre supérieur droit], ni d'impact sur la paume de la main. Un choc direct sur le flanc, le MS et sur le moignon de l'épaule n'est pas susceptible de provoquer les lésions de la coiffe des rotateurs présentes chez ce patient, contrairement à certains des mécanismes décrits ci-dessus. Le bilan par IRM réalisé le 10.04.2015, soit 6 semaines après, n'a d'ailleurs pas démontré de lésion structurelle imputable à l'événement. Par contre, ce bilan a révélé la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif sous forme d'une rupture transfixiante complète du tendon du sus-épineux, étendue à la partie antérieure du sous-épineux sur une tendinopathie sous-jacente, une rétraction tendineuse à la hauteur de l'interligne gléno-huméral, une involution graisseuse du muscle petit rond et, à moindre degré, du sous-épineux et une arthropathie acromio-claviculaire discrète. La présence d'une rétraction tendineuse à l'interligne gléno-huméral et la présence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs témoignent, sans aucun doute possible, qu'il s'agit de lésions anciennes datant d'au moins une année et qui sont d'étiologie exclusivement dégénérative/maladive. L'accident du 27.02.2015 a donc aggravé de manière passagère cet état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie médicale et il a cessé de déployer ses effets 6 semaines après. Ce délai correspond au délai habituel de guérison d'une contusion de l'épaule. [...] » Après avoir pris connaissance du rapport opératoire du Dr F. _____, le médecin-conseil de l'intimée a étayé son point de vue en ces termes le 13 novembre 2015 : « [...] Le Dr F. _____ a retenu le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (D) et il a procédé à sa réparation. Au bilan opératoire, il a notamment objectivé cette rupture massive de la coiffe de grade IV [le stade IV des classifications des ruptures de la coiffe correspond au stade le plus avancé] avec une tête [humérale] chauve. Le moignon du tendon du sus-épineux était rétracté à la glène. Le tendon du sous-épineux a dû être récupéré très postérieurement. En raison de cette importante rétraction, le Dr F. _____ a dû procéder à une libération extensive des tendons de la coiffe et, après avoir obtenu une mobilisation maximum des tendons, il a procédé à un avivement de toute la zone du footprint [zone d'insertion de la coiffe des rotateurs sur la tête humérale] qui était très élargi et remanié de sclérose chronique. La réinsertion des tendons a généré une tension de la zone d'insertion, qualifiée d'assez grande par l'opérateur, qui n'a pas pu être complètement recouverte et, en raison de cette perte de substance tendineuse, le tendon bicipital a dû être utilisé comme greffon d'augmentation. Le status opératoire, en particulier la confirmation d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs grade IV avec une tête

humérale chauve, les gestes chirurgicaux conséquents nécessaires à la libération des tendons rétractés, la tension résiduelle des tendons générée par leur réinsertion et la nécessité de recourir à un greffon d'augmentation pour couvrir une perte de substance tendineuse, confirment en tous points les conclusions de mon appréciation, à savoir qu'il s'agit d'un état antérieur avec des lésions tendineuses massives et rétractées anciennes, datant d'au moins 1 année, et qui ne peuvent, en aucun cas, s'être installées en moins de 4 mois. Le terme de tête chauve illustre d'ailleurs parfaitement cette situation chronique puisque la tête humérale apparaît nue et dépourvue de tous ses éléments tendineux qui devraient la recouvrir et qui se sont largement rétractés. La présence d'une sclérose élargie de la tête humérale en zone d'insertion de la coiffe des rotateurs confirme également qu'il s'agit d'un processus chronique évoluant de longue date. [...] » A la demande de l'intimée, le Dr H. _____ a rédigé un complément le 5 février 2016, dans lequel il a exposé les éléments suivants : « [...] La dégénérescence graisseuse correspond à une infiltration du muscle, dont les fibres sont atrophiques, par de la graisse. L'origine de la dégénérescence graisseuse est l'inaction musculaire. Elle peut être due à la rupture du tendon, à sa dénervation dans le cadre de maladies neurologiques et de la perte des possibilités de mobilisation active de l'articulation en raison d'une arthropathie par exemple. Un muscle de la coiffe non rompu, en l'absence des autres pathologies précitées, n'a pas de dégénérescence graisseuse sauf si le muscle antagoniste est anciennement rompu. Chez ce patient, c'est la rupture de la coiffe des rotateurs qui est la cause de la dégénérescence graisseuse, en l'absence de maladie neurologique ou d'arthropathie démontrée. [...] La présence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe et d'une rétraction tendineuse majeure permettent d'affirmer la chronicité des lésions, qui datent d'au moins une année. En conclusion Les lésions de la coiffe des rotateurs, constatées au décours de l'accident contusif survenu le 27.02.2015, sont de nature exclusivement dégénérative et sont incompatibles avec une rupture récente de la coiffe, même dans le cadre d'une dégénérescence préexistante avancée. Ces lésions préexistaient à l'accident déclaré, depuis une année au moins, et elles n'ont pas été aggravées structurellement par ledit accident. Les éléments morphologiques parlant pour l'ancienneté des lésions citées sont la rétraction tendineuse majeure et la dégénérescence graisseuse des muscles. L'aspect des lésions constatées à l'imagerie ne peut pas être la conséquence de l'événement survenu 6 semaines auparavant, étant bien entendu qu'un tendon déjà complètement rompu et présentant une rétraction majeure ne peut pas être ultérieurement endommagé par un traumatisme contusif, ni même par un traumatisme indirect. [...] » Le Dr F. _____ s'est pour sa part exprimé en ces termes le 17 février 2016, à la demande de la recourante : « [...] L'importance de la rupture avec une rétraction du tendon presque à la glène et l'involution graisseuse de grade I à II, laisse fortement suspecter la présence d'une ancienne rupture. Cependant, le fait que ce patient était totalement asymptomatique laisse aussi entendre que cette rupture était équilibrée et qu'elle a été décompensée par l'accident dont a été victime Monsieur C. _____. [...] » b) A teneur de son rapport d'expertise du 28 novembre 2016, le Dr M. _____ a communiqué les résultats de son examen et de son analyse des éléments d'imagerie. Il a en outre répondu aux questions de la Cour de céans et des parties. Les extraits suivants dudit rapport peuvent être mis en exergue : « [...]

E. 8

Etude de l'imagerie J'ai pris connaissance des images de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 10 avril 2015. Sur cet examen, les structures articulaires gléno-humérales sont intactes. Par contre il existe une importante arthrose acromio-claviculaire. Le tendon du supra-épineux

est entièrement rompu, rétracté presque jusqu'à la glène. Son muscle ne montre qu'une légère atrophie, sans infiltration graisseuse. Ceci est particulièrement visible sur l'image 1/39. Sur les coupes para-sagittales obliques situées plus latéralement, c'est-à-dire par exemple sur l'image 13/39, le volume du muscle supra-épineux est réduit, mais toujours sans infiltration graisseuse. Cette réduction de volume doit être mise en relation avec une médialisation du corps musculaire liée à la rupture et à la rétraction du tendon.

L'arthro-IRM montre également une rupture de l'infra-épineux dont le tendon montre moins de rétraction, par contre son muscle présente à la fois une atrophie et une infiltration graisseuse (image 1/39, image 9/39). Le tendon et le muscle sous-scapulaires sont sans lésion. Le tendon long chef du biceps est dans sa gouttière, sans lésion apparente.

E. 9

Réponses au questionnaire du Tribunal à l'expert 1. Les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite observées lors de l'IRM du 10 avril 2015 sont-elles de nature exclusivement malades ou dégénératives ? Sur cet examen, les lésions de l'infra-épineux sont à forte prédominance dégénératives, ceci peut être affirmé au vu de l'infiltration graisseuse et de l'amyotrophie. Par contre il n'en est pas de même pour le supra-épineux. La rupture de ce tendon, observée sur cette IRM, est de nature soit traumatique, soit dégénérative. Dans cette dernière éventualité, il pourrait s'agir d'une atteinte dégénérative du sus-épineux, avec lâchage des dernières fibres survenu peu de temps avant l'IRM, ce qui a permis une médialisation du tendon rompu, sans qu'une atrophie musculaire n'ait eu le temps de s'installer. En résumé, l'atteinte de l'infra-épineux paraît être présente de longue date, l'atteinte du supra-épineux, avec rétraction, est récente. 2. Une atteinte dégénérative ou malade préexistante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a-t-elle pu être aggravée par l'accident du 27 février 2015 ? Oui. 3. Dans l'affirmative, à partir de quel moment les troubles résiduels de la coiffe des rotateurs présentent-ils un caractère exclusivement dégénératif ou malade ? Un tel état n'est pas atteint. Ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'ont été atteints. Le traumatisme a provoqué une aggravation déterminante qui a été partiellement corrigée par l'intervention chirurgicale. 4. Avez-vous d'autres observations à formuler ? Le mécanisme vulnérant décrit par Monsieur C. _____ est adéquat pour provoquer une rupture du tendon du supra-épineux.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, on peut conclure que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 10 avril 2015, à charge pour l'intimée de déterminer le moment à partir duquel l'état de santé, en relation avec l'atteinte de l'épaule droite, peut être considéré comme stabilisé. Les recours doivent en conséquence être admis et la décision sur oppositions querellée réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de servir ses prestations au-delà du 10 avril 2015. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). b) Il n'est pas alloué de dépens, dès lors que le recourant n'est pas représenté par un mandataire qualifié (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). B. _____ SA a par ailleurs procédé par l'intermédiaire de son service juridique interne en sa qualité d'assureur social.