

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 50 vom 4. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__50

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 50 du 4 avril 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 50 del 4 aprile 2017

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, FRAIS DE TRAITEMENT, LIEN DE CAUSALITÉ, ACCIDENT, NOTION | 6 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 4

avril 2017 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard , présidente
Mme Berberat, juge et M. Perdrix, assesseur Greffière : Mme Simonin ***** Cause
pendante entre : C. _____ à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard
Séchaud, avocate à Lausanne, et N. _____ , à [...], intimée. _____ Art.

E. 6

LAA, 4 LPGA E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, enseignant au service de [...] à l'école [...], depuis 1992, était assuré à ce titre contre les accidents au sens de la LAA auprès de N. _____ (ci-après également : l'assureur-accidents ou l'intimée). Par déclaration d'accidents-bagatelle du 15 janvier 2010, l'assuré a expliqué avoir fait une chute à ski, une « culbute sur la tête », le 9 janvier 2010, se blessant à la nuque, au poignet et au nez et qu'il souffrait depuis de courbatures et douleurs. Dans un rapport du 8 septembre 2010 à l'assureur-accidents, la Dresse P. _____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué comme partie du corps atteinte et nature de la lésion : « contusions : nuque – nez – poignet D – cheville D + Epaule D ». Elle a précisé que le suivi médical était en cours. Selon une fiche téléphonique du 5 novembre 2010, l'assuré a expliqué à l'assureur-accidents qu'il avait repris son traitement le 8 septembre 2010 car depuis sa chute à ski, il avait toujours des maux de tête et la nuque bloquée. Il a précisé n'avoir pas déclaré, à l'époque de l'accident, les problèmes à l'épaule droite (difficulté à lever le bras en arrière), car les douleurs étaient masquées par les anti-inflammatoires, précisant encore qu'il n'avait pas d'antécédents pour l'épaule droite. Dans un rapport du 23 novembre 2010 au Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de N. _____, la Dresse P. _____ a posé les diagnostics suivants : « traumatisme crânien simple, algies multiples (nuque, poignet droit et cheville droite) tendinite du sous-épineux de l'épaule droite, éraflures du nez ». Elle a expliqué qu'au niveau des algies, les nualgies prédominaient en janvier 2010, que les radiographies de la cheville et du poignet droits effectuées le 13 février 2010 ne montraient aucune lésion. Celles de la colonne cervicale effectuées le 11 mars 2010 confirmaient l'absence de lésion osseuse traumatique ou d'anomalie disco-somatique. Après un traitement de physiothérapie de neuf séances entre le 15 mars et le 17 mai 2010, les douleurs à la nuque, au poignet et à la cheville avaient nettement réduit, bien qu'il restât des céphalées imprévisibles résiduelles, mais d'intensité légère. S'agissant des douleurs à l'épaule, la Dresse P. _____ a indiqué avoir noté dès la

première consultation, le 13 janvier 2010, une douleur de la tête humérale de l'épaule droite et à l'abduction active du bras droit, le diagnostic de tendinite légère du sous-épineux ayant été posé le 2 juin 2010. A la consultation du 8 septembre 2010, le patient avait repris le sport, mais se plaignait de douleurs à l'épaule droite nocturnes et lors de ses activités sportives, de sorte que la Dresse P. _____ avait prescrit neuf séances de physiothérapie. Celle-ci relevait que le physiothérapeute avait noté, dans son rapport du 9 novembre 2010, des douleurs persistantes malgré un repos relatif. La Dresse P. _____ a encore relevé que lors d'une consultation du 15 novembre 2010 auprès d'elle, le patient se plaignait de douleurs transfixiantes à l'épaule droite, précisant que les douleurs présentes depuis le 13 janvier 2010 étaient plus importantes à ce jour et irradiaient le long du biceps. Dans le rapport du 11 mars 2010 de radiographie de la colonne cervicale susmentionné adressé à la Dresse P. _____, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion osseuse traumatique identifiable et au respect des lignes cervicales et absence d'épaississement des parties molles pré-vertébrales, de même qu'à l'absence d'anomalie disco-somatique. Dans un rapport du 23 décembre 2010 à l'assureur-accidents, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de dyskinésie de l'omoplate avec conflit secondaire, la situation devant s'améliorer avec de la physiothérapie. Le 17 mars 2011, un inspecteur de N. _____ a eu un entretien avec l'assuré à son domicile. Dans son rapport du même jour, l'expert a écrit ce qui suit s'agissant des circonstances de l'accident : « Notre assuré faisait une randonnée à ski le 9 janvier 2010 sur la piste de [...]Villars). Notre assuré était seul lors de cette randonnée. Autour de 7 heures du matin, il faisait nuit et il régnait une mauvaise visibilité. Il y avait de la brume et du givre tombait sur les sapins. En plus un rattrack l'a ébloui. Soudainement, il perdit l'équilibre, les fixations de ses skis sont décrochées et il est tombé en avant sur la tête. La piste n'était pas plane et il estime qu'il y avait un vide entre 1m50 et 2m lors de sa chute. Il était très bien équipé en matériel de montagne y compris avec une lampe frontale. Il a pu se relever avec des douleurs à la tête, à la nuque, au poignet droit et à la cheville droite. Ensuite il est descendu à [...] à ski et il a pu continuer à skier durant la journée. Etant donné qu'il avait des douleurs constantes à la nuque, à l'épaule droite et des maux de tête, il a consulté le 13 janvier 2010 la Dresse P. _____ ». Dans un nouveau rapport du 3 octobre 2011, le Dr H. _____ a indiqué qu'au status du 1^{er} juillet 2011, la mobilité de l'épaule droite était complète, mais qu'il subsistait un arc douloureux modéré en flexion et en abduction, la force étant symétrique à tous les tests. Il y avait moins de dyskinésie, qui survenait surtout quand il faisait des mouvements rapides. Le patient avait arrêté la physiothérapie et le Dr H. _____ lui avait conseillé de changer de sport, car son corps ne tolérait probablement plus les choses violentes. Lors d'un entretien téléphonique du 16 novembre 2011, l'assuré a expliqué à N. _____ qu'il avait terminé les séances de physiothérapie prescrites par la Dresse P. _____ et qu'il voulait prendre un deuxième avis pour ses problèmes à la nuque. En effet, cette dernière lui disait que ses douleurs étaient dues à l'âge. L'assuré disait cependant avoir toujours des maux de tête, n'arrivait plus à jouer au volley-ball à cause de son épaule et n'arrivait plus à dormir sur l'épaule droite. Dans un rapport du 29 juillet 2012, le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il y avait une « problématique résiduelle [...] au niveau de l'épaule droite et au niveau de la colonne cervicale ». Il a précisé avoir prescrit un traitement de physiothérapie pour l'épaule droite, la situation n'étant pas satisfaisante et que la question d'investigations supplémentaires se posait s'agissant de la colonne cervicale. Le Dr U. _____ demandait à

l'assureur-accidents de confirmer la réouverture du dossier et la prise en charge du traitement. Sur demande de ce dernier qui lui demandait de préciser les diagnostics, le Dr U._____ a répondu que des investigations étaient nécessaires afin justement de préciser les diagnostics. Un RX de la colonne cervicale a été effectué le 20 septembre 2012 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel a conclu dans son rapport du même jour en ces termes : « Troubles statiques cervicaux, sans argument en faveur d'instabilité sur les clichés fonctionnels. Légère asymétrie de la distance entre les masses latérales de la dent de C2, en défaveur de la gauche et dont l'origine (secondaire aux troubles statiques ou en relation avec le status post traumatique) reste indéterminée sur la base du cliché standard ». Dans un courrier du 11 octobre 2012, N._____ a fait savoir à l'assuré qu'elle considérait que la réponse du Dr U._____ ne contenait ni diagnostic précis ni autre élément permettant d'établir un lien de causalité entre le nouveau traitement et l'accident du 9 janvier 2010 et que l'assuré n'avait en conséquence pas droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 février 2012. Une IRM cervicale a été effectuée le 16 octobre 2012. Dans le rapport du même jour, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à une légère asymétrie de l'interligne entre l'odontoïde et les masses de l'atlas en défaveur de la gauche, avec un probable petit épanchement. Au surplus, il n'y avait pas de trouble de l'alignement vertébral cervical, ni d'œdème spongieux post-traumatique. Le radiologue a cependant noté la présence de légers rétrécissements dégénératifs de quelques trous de conjugaison, notamment en C4-C5 droit, C5-C6 des deux côtés et C6-C7 gauche. Par courrier du 20 octobre 2012 à l'assureur-accidents, le Dr U._____ a posé le diagnostic d'entorse cervicale avec séquelles traumatiques C1-C2 et estimé que la prise de position de l'assureur était prématurée, dès lors que les radiographies de la colonne cervicale susmentionnées montraient une image pathologique sur la transbuccale et l'IRM attestant des séquelles traumatiques. Par courrier du 8 novembre 2012, l'assureur-accidents a convoqué l'assuré à un examen médical par son médecin-conseil, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 10 janvier 2013, un CT-scan cervical et des épaules a été réalisé par le Dr [...], spécialiste en radiologie, qui a conclu, au niveau cervical, à l'absence de séquelle de traumatisme visible, à une discrète arthrose interfaccettaire postérieure gauche C2-C3 et à une apophyse adontoïde d'aspect normal. S'agissant des épaules, il a indiqué ce qui suit : « Pas d'omarthrose. Pas de sclérose visible au niveau des trochanters. L'espace sous-acromial est préservé des deux côtés. Pas de calcification en surprojection de la coiffe des rotateurs. Articulations acromio-claviculaires sans particularité ». Le Dr X._____ a examiné l'assuré le 13 décembre 2012. Dans son rapport du 16 janvier 2013, il a expliqué que le CT-scan susmentionné infirmait l'asymétrie de la dent de l'axis par rapport à l'atlas supputés par les clichés standards et l'IRM, précisant que le CT-scanner était le « golden standard » pour apprécier ce problème. Il a rappelé qu'en revanche, les clichés mettaient en évidence une arthropathie dégénérative postérieure, modeste, unilatérale, intéressant l'étage C2-C3, laquelle venait s'ajouter aux autres troubles dégénératifs cervicaux aux étages C4-C5, C5-C6 et C6-C7, constatés à l'IRM du 16 octobre 2012. Le Dr X._____ a encore apprécié la situation de la manière suivante : « L'examen clinique actuel reproduit des cervicalgies basses, qui peuvent sans autre rentrer dans le cadre de ces troubles dégénératifs, qui n'ont rien d'inhabituel chez un patient âgé de 48 ans au moment des faits. Je rappelle que le pic diagnostic de telles lésions se situe durant la 5^{ème} décennie de la vie, période qui conjugue la fragilité tissulaire due à l'âge et un maximum de contraintes du sujet actif (encore plus chez un sportif). Les lésions dégénératives des étages supérieurs sont plus rares, mais pas exceptionnelles. Dans le cas

présent, l'atteinte de C2-3 pourrait expliquer les cervicalgies hautes alléguées (mais pas reproduites passivement). Il est cependant curieux que les plaintes ne soient pas unilatérales ! En d'autres termes, l'origine du syndrome cervico-cérébral décrit par le patient reste incertain, comme c'est souvent le cas (c'est-à-dire sans corrélation anatomo-pathologique probante). Quoi qu'il en soit, l'origine traumatique, relative à l'événement du 9 janvier 2010, semble hautement improbable. Ceci compte tenu de la prévalence des troubles dégénératifs cervicaux, mais aussi des symptômes cliniques apparus dans les suites du traumatisme, relativement modérés, intéressant en premier lieu le rachis cervical inférieur, et qui ne corroboreraient pas une lésion anatomique aiguë conséquente (lésion qui aurait certainement généré une clinique beaucoup plus bruyante, non seulement à court terme). Sur la base des éléments précités, on peut stipuler que l'événement en question, à l'origine peut-être d'une entorse cervicale bénigne (sur rachis dégénératif), et peut-être aussi d'une contusion/entorse bénigne de l'épaule droite, devait cesser de déployer ses effets après un délai maximal de 6-12 mois (repoussé dans ce cas à la fin 2011, en raison d'une prise en charge quelque peu retardée de la pathologie de l'épaule). Au-delà, la relation causale entre, ledit événement et, la symptomatologie résiduelle (cervicale ou cervico-cérébrale), paraît hautement, voire très hautement, improbable ». Par décision du 4 février 2013, N. _____ a refusé l'octroi des prestations au-delà du 18 novembre 2011, faute de lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles à la colonne cervicale et à l'épaule droite, à compter de cette date. A la demande du Dr U. _____, un nouveau scanner cervical a été réalisé le 25 février 2013. Dans son rapport du 27 février 2013, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu d'une part à l'absence de lésion fracturaire aiguë ou de subluxation des articulations de la charnière crânio-cervicale et cervicale supérieure jusqu'à C3. D'autre part, le radiologue a conclu qu'il y avait un remaniement dégénératif de l'articulation interapophysaire postérieure C2-C3 gauche d'aspect relativement avancé pour l'âge du patient et compte tenu de l'absence de tout autre signe dégénératif des autres articulations postérieures sus- et sous-jacentes visibles. Il a précisé que ceci était relativement peu habituel dans un contexte dégénératif simple, de sorte qu'un antécédent traumatique pouvait être suspecté. Dans un rapport médical du 4 mars 2013 à la protection juridique consultée par l'assuré, Assista Protection Juridique SA, le Dr U. _____ a expliqué que l'intéressé l'avait consulté la première fois le 12 janvier 2012 en raison d'une chute lors d'un exercice de pompiers. Il a précisé que les plaintes lors de cette première consultation concernaient le genou droit. Cependant, lors de la deuxième consultation, le patient avait aussi exprimé des plaintes de douleurs séquellaires à la chute de 2010. Le Dr U. _____ a indiqué que l'accident du 9 janvier 2010 avait occasionné des symptômes nouveaux et persistants, l'assuré présentant depuis 2010 des douleurs au niveau de la colonne cervicale avec des irradiations dans la musculature du trapèze. Il considérait également que les images radiologiques avaient été mal interprétées et que le CT-Scan montrait une pathologie non symétrique très vraisemblablement d'origine post-traumatique. Le Dr U. _____ a posé le diagnostic de status après traumatisme de la colonne cervicale avec arthrose post-traumatique de l'articulaire postérieure de C2-C3 gauche et considéré que l'assuré « ne souffr[ait] pas de lésions dégénératives anormales à son âge ». Le 6 mars 2013, l'assuré, par sa protection juridique, a formé opposition à la décision du 4 février 2013. Il a en substance fait valoir qu'un lien de causalité subsistait au-delà du 18 novembre 2011 entre ses douleurs à la colonne cervicale et à l'épaule droite et l'accident du 9 janvier 2010, prenant appui sur les rapports médicaux du Dr U. _____. Il en a conclu que le traitement de ces atteintes devait être pris en charge par l'assureur-accidents. Dans un rapport complémentaire du 27

juin 2013, le Dr X. _____ a maintenu que dans le cas de l'assuré, l'arthropathie C2-C3 n'était pas isolée, puisqu'il existait une atteinte dégénérative pluri-étagée de la colonne cervicale, soit des étages C4-C5, C5-C6 et C6-C7 et ces atteintes n'ayant rien d'exceptionnel chez un patient âgé de 48 ans. Le Dr X. _____ a rappelé qu'au-delà de 40, les trois-quarts de la population souffrait de troubles dégénératifs cervicaux. Le Dr X. _____ a encore rappelé que l'assuré souffrait de cervicalgies globales, voire de douleurs sous-occipitales bilatérales, avec irradiation jusqu'à mi-dos, de sorte que la présentation des symptômes ne corroborait clairement pas une atteinte isolée de C2-C3, mais pouvait être le reflet des atteintes bilatérales du rachis cervical inférieur. Par décision sur opposition du 30 juillet 2013, N. _____ a confirmé son refus de prendre en charge les troubles de l'assuré à compter de 2012, faute de lien de causalité avec l'évènement du 9 janvier 2010. B. Par acte du 13 septembre 2013, C. _____, par son avocate, Me Corinne Monnard Séchaud, recourt contre la décision sur opposition du 30 juillet 2013, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation et à la prise en charge de l'ensemble des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 9 janvier 2010, ainsi qu'à la prise en charge, par l'assureur-accidents, des appréciations médicales du Dr U. _____ des 14 [recte : 4] mars et 27 août 2013. Le recourant est d'avis qu'il a droit à des prestations d'assurance au-delà du 18 novembre 2011, arguant que ni le statu quo sine, ni le statu quo ante ne sont survenus selon l'appréciation médicale du Dr U. _____, qui a pleine valeur probante. Le recourant requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de « déterminer si les lésions, traitements et toutes autres atteintes relatifs à l'accident du 9 janvier 2010 sont dus de façon certaine, probable ou seulement possible à cet accident et s'il existe une relation de causalité naturelle possible, probable et certaine avec cet accident ». Avec son recours, le recourant produit le rapport du 27 août 2013 susmentionné du Dr U. _____ à son conseil. Le médecin y explique que son patient présente actuellement des douleurs à la tête et à la nuque, ces symptômes n'ayant pas évolué favorablement. Le Dr U. _____ est d'avis que la lésion concernée étant située d'un seul côté et à un seul niveau, elle est selon toute vraisemblance d'origine traumatique, précisant « qu'il s'agit d'une image typique d'arthrose post-traumatique » Il y précise encore que le lien de causalité avec l'accident du 9 janvier 2010 n'est pas rompu et qu'il n'y a aucun argument pour penser à un état préexistant. Dans sa réponse du 11 novembre 2013, N. _____ conclut au rejet du recours. En substance, l'assureur-accidents est d'avis que les certificats et rapports du Dr U. _____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions probantes du Dr X. _____. Dans sa réplique du 25 février 2014, le recourant est d'avis qu'il convient de suivre l'opinion du Dr U. _____, lequel s'appuie sur un suivi médical depuis janvier 2012 et se base sur les radios et le rapport du Dr G. _____, et non pas celle du Dr X. _____ qui ne tient, selon lui, pas suffisamment compte des circonstances concrètes de son cas. Subsidiairement, le recourant confirme sa demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Par duplique du 27 mars 2014, l'intimée fait valoir que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne semble pas nécessaire dans le cas d'espèce, au vu de la radiographie du 11 mars 2010, ainsi que des rapports du Dr [...], des Drs [...] et [...] et du Dr X. _____. C. Le 15 décembre 2014, la juge instructrice a chargé le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de réaliser une expertise, et lui a transmis un questionnaire. L'expert a vu l'assuré le 17 février 2015 et a rendu son rapport le 23 mars 2015. Dans l'anamnèse, le Dr B. _____ a notamment précisé que l'assuré avait déclaré une amélioration importante, avec disparition de 80% des

douleurs à l'épaule droite, suite au traitement de physiothérapie prescrit par le Dr H. _____ en décembre 2010 ; l'assuré avait cependant déclaré au Dr U. _____, qu'il avait consulté en 2012 pour une entorse au genou droit, que son épaule droite lui causait toujours des douleurs, occasionnelles, mécaniques et modérées, perdurant depuis la chute du 9 janvier 2010. Le Dr B. _____ a encore relevé ce qui suit : « le Dr U. _____, après examen comprenant un bilan radiologique standard puis par scanner de la colonne cervicale, diagnostique une arthrose cervicale post-traumatique. Il introduit une physiothérapie (...). Il n'y a pas d'amélioration, voire une aggravation liée aux séances de physiothérapie (...). Le traitement est alors stoppé » (cf. expertise p. 5). L'expert a également procédé à une interprétation personnelle de documents radiologiques, relevant notamment ce qui suit : « Colonne cervicale debout face + profil du 11.03.10 [...], très discrète rectitude cervicale haute. Bon alignement des murs postérieurs. Pas de discopathie, pas de troubles dégénératifs visualisés. (...) IRM cervicale du 16.10.12, structure et densité osseuse dans la norme, en particulier pas d'œdème spongieux. Absence d'hernie discale ou de protrusion discale. Pas d'hypersignal médullaire. Odontoïde très discrètement translattée sur la gauche, avec très léger hypersignal de la masse latérale de l'atlas gauche. A noter que l'examen n'est techniquement pas parfait, en raison semble-t-il d'un patient qui ne reste pas immobile selon le Dr. [...], radiologue, qui a interprété l'examen. Epaules droite et gauche face + Neer du 10.01.13, structure et densité osseuse dans la norme. Rapports gléno-huméraux et huméro-sous-acromiaux conservés. Acromions Bigliani de type I des deux côtés. Asymétrie acromio-claviculaire droite en faveur d'une élévation de la droite par rapport à la gauche, mais incidence radiologique non optimale pour une interprétation, en particulier espace articulaire non visualisé. CT cervical du 10.01.13, pas de séquelles traumatiques visualisées, en particulier pas d'anomalies morphologiques de C1-C2 et C3 et en particulier de la odontoïde. Discrète arthrose facettaire postérieure gauche C2-C3. IRM de l'épaule gauche du 05.07.13, lésion du tiers inférieur du sus-épineux à son insertion sur l'acromion. Hypersignal sur l'insertion du deltoïde en zone moyenne au niveau de l'acromion sans rupture de continuité. Discret œdème osseux de l'acromion au niveau de l'articulation acromio-claviculaire ». Au titre de l'appréciation du cas, le Dr B. _____ a notamment écrit ce qui suit : « (...) L'anamnèse actuelle remonte au 9 janvier 2010, avec une chute à ski en avant dans la neige poudreuse, à côté du hors-piste, momentanément ébloui par les lumières d'un ratriak. Il se rûpe le nez, et se fait mal au poignet droit, à la cheville droite, dans la région du dos et de la nuque. Il se relève, déclare avoir cassé un bâton, mais avoir continué pour rejoindre le contrôle sécurité d'une épreuve de ski-alpinisme à [...], afin de prendre son poste qu'il tiendra toute la journée. (...) Une IRM de la colonne cervicale est réalisée le 16 octobre 2012 qui montre une discrète asymétrie de la position de l'odontoïde, avec très discret hypersignal au niveau de la masse latérale gauche. Mon interprétation personnelle de cet examen confirme cette discrète lésion, l'absence de lésion discale, l'absence d'autre signal osseux ou d'œdème ligamentaire, des parties molles ou médullaire. Le bilan radiologique standard, puis le bilan par scanner effectué le 10 janvier 2013, mettent en évidence une arthrose localisée au niveau de la facette articulaire C2-C3, sans autres lésions associées. Le Dr. U. _____ pose un diagnostic d'arthrose C2-C3 unilatérale, qu'il relie à l'événement du 9 janvier 2010. Le Dr. X. _____, Médecin Conseil du N. _____, après avoir examiné l'assuré, pose un diagnostic d'arthrose cervicale idiopathique, sans relation avec l'événement du 9 janvier 2010. Il retient un diagnostic d'entorse cervicale simple, de contusion/entorse de l'épaule droite simple, et pose un statu quo sine environ six à douze mois après l'événement. Il se

pose donc la question de l'étiologie de cette lésion mise en évidence au niveau du rachis cervical supérieur, et d'autre part de savoir quelles ont été les lésions causées par l'événement du 9 janvier 2010. Si l'on reprend le mécanisme lésionnel de l'événement du 9 janvier 2010, il s'agit d'une chute en avant, dans de la neige poudreuse, alors qu'il faisait encore nuit, tôt le matin, ébloui par un ratrak. Il s'est relevé, a ressenti des douleurs à la cheville droite et au poignet droit, il a continué son ski de randonnée, et a effectué son travail de sécurité et de contrôle à ski toute la journée. Il n'a consulté que quatre jours plus tard son médecin traitant. Le bilan radiologique pratiqué s'avère normal, y compris celui de la nuque deux mois plus tard. Monsieur C. _____ a continué toutes ses activités professionnelles, mais également sportives. Monsieur C. _____ n'a jamais arrêté le ski de randonnée, en particulier un entraînement extrêmement régulier, ayant déjà effectué le grand parcours de la patrouille des glaciers. Le ski de randonnée nécessite l'utilisation intense des ceintures scapulaires et de leurs insertions sur le rachis cervical et dorsal. Cette activité sportive semble peu compatible avec une fracture du rachis cervical passée inaperçue sur la radiologie standard. Si l'on reprend le bilan par scanner et IRM effectué deux ans plus tard, il n'y a aucun signe pour une séquelle de fracture, qui serait également passée inaperçue. Le Dr. [...], radiologue, parle dans son consilium du 27 février 2013 d'un éventuel traumatisme, compte tenu de l'âge de l'assuré et du côté unilatéral. Le Dr. [...] ne précise pas de quel traumatisme il s'agit. Si l'on reprend les antécédents traumatiques de Monsieur C. _____, que j'ai énuméré à la page 3 de mon expertise, on se rend compte, qu'il a subi de très nombreux traumatismes sous forme de chutes à ski, de chutes à moto, de chutes en VTT, en particulier ces dernières années. Le Dr. [...] précise par contre dans son rapport « pourrait être suspectée », il s'agit donc clairement d'un conditionnel, sans plus. Mon analyse du bilan radiologique par scanner rejoint l'analyse du radiologue le Dr. [...]. Il s'agit d'une discrète arthrose facettaire postérieure gauche C2-C3, avec un très discret oedème visualisé à l'IRM correspondant à une synovite et un petit oedème. Personnellement, je ne visualise aucune séquelle de fracture d'une facette articulaire, d'une lame, ou un tassement. Je n'ai donc aucun signe direct ou indirect pour une ancienne fracture. Je rappellerais l'extrême fréquence de l'arthrose cervicale, qui commence dès la trentaine. Il s'agit d'abord d'une maladie du disque, soit une discopathie avec ramollissement, fissure et pincement, puis réellement d'une arthrose, associant une ostéophytose, soit une discarthrose, à laquelle s'associe en général une arthrose des facettes articulaires postérieures. Les séries de la littérature, montrent une fréquence de 60% à partir de 50 ans, et plus de 80% à 80 ans. Cliniquement, la douleur dans la partie basse de la nuque prédomine d'un côté, irradie vers l'omoplate et l'occiput, en général calmée par le repos, exacerbée lors des mouvements, classiquement la marche arrière en voiture. Cet épisode aigu dure en général une quinzaine de jours, avec parfois une symptomatologie résiduelle durant plusieurs mois. Concernant les lésions mises en évidence à l'épaule droite de Monsieur C. _____, celles-ci sont mineures puisque le médecin traitant n'a pas jugé nécessaire de pratiquer un bilan radiologique de l'épaule et que le Dr. H. _____ a constaté une mobilité complète, mais une dyskinésie de l'omoplate qui s'est normalisée sous physiothérapie, chez un patient qui n'a jamais arrêté ses activités sportives hivernales de ski de randonnée, continuant à s'entraîner de façon intensive, puis qu'il a participé et terminé la grande patrouille des glaciers en 2012, témoignant d'une excellente utilisation de ses deux ceintures scapulaires, tant au niveau de la force que de l'endurance. En conséquence, au vu d'un événement n'ayant pas entraîné un arrêt des activités sportives, mais uniquement des douleurs du poignet et de la cheville droites qui ont rapidement disparu, de la nuque et de

l'épaule droite, qui se sont bien atténuées et ne l'ayant pas obligé à arrêter ses activités sportives, de la mise en évidence uniquement deux ans après l'événement d'une lésion dégénérative modérée du rachis cervical, chez un homme de 52 ans très actif, je retiendrais une entorse simple du rachis cervical, rachis cervical présentant une cervicarthrose modérée débutante, banale chez un homme de 50 ans. Concernant les douleurs à l'épaule droite, il s'agit d'une entorse/contusion simple, banale, chez un homme très sportif, sollicitant de façon très marquée ses épaules. L'événement du 9 janvier 2010 n'a pas entraîné de lésion séquellaire et un statu quo sine peut être fixé au plus tard six mois après l'événement ». L'expert a répondu de la manière suivante aux questions du tribunal : « (...) Causalité Question 7: les troubles actuels (cas échéant détaillez chaque atteinte séparément) sont-ils dus à l'accident de manière possible (-50%), vraisemblable (50% et plus), certaine (100%) ? Merci d'objectiver votre réponse ? L'événement du 9 janvier 2010, n'a entraîné que des contusions simples de la cheville et du poignet droits et une entorse bénigne de la nuque. Les différents bilans radiologiques successifs n'ont mis en évidence que des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical haut, sans rapport de causalité avec l'événement. Cf. appréciation du cas. Il n'y a aucun élément probant pour une fracture occulte ayant entraîné des séquelles sous forme d'une arthrose facettaire unilatérale. L'arthrose cervicale commence dès la trentaine, plus fréquemment au rachis cervical inférieur, mais également au rachis cervical supérieur. Ces lésions sont banales et fréquentes, cf. appréciation du cas. L'événement a entraîné des entorses simples, avec un statu quo sine fixé six mois après l'événement au vu de l'absence de lésions séquellaires. (...) Question

E. 10

: Avez-vous constaté l'existence manifeste d'un état dégénératif préexistant à l'accident pour chacune des atteintes (merci de détailler votre réponse) ? Oui, les lésions dégénératives ont été mises en évidence par les examens effectués fin 2012, début 2013. Question

E. 11

: Dans le cas de troubles antérieurs à l'accident, considérez-vous que ce dernier les a aggravés ? Non, aucun élément objectif probant ne montre une aggravation de l'état existant, chez un assuré qui par ailleurs n'a pas arrêté ses activités sportives. Question

E. 12

: Dans ce cas, le statu quo ante a-t-il été retrouvé ? A quelle date ? Je fixerais un statu quo sine à six mois de l'événement, soit au 1^{er} juillet 2010 ». Par déterminations du 18 mai 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions. Dans ses déterminations du 25 juin 2015, le recourant fait grief à l'expert de ne pas être spécialiste du rachis. Il est en outre d'avis que la discussion de l'expertise n'a pas porté sur sa lésion spécifique haute et unilatérale et demande en conséquence qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, et subsidiairement la suspension de la procédure pour qu'il réalise une expertise privée. En particulier, le recourant relève que l'anamnèse contient de nombreuses inexactitudes et contradictions qui enlèvent toute valeur probante au rapport d'expertise, selon une liste qu'il produit en annexe. Au plan médical, le recourant explique avoir soumis le rapport d'expertise au Dr U. _____ qui a pris position dans un courrier du 17 juin 2015. Ce dernier formule plusieurs critiques à l'encontre de l'expertise, en particulier le fait que les réponses aux questions 10 et 11 sont inadéquates, étant donné que l'expert est d'avis que les radiographies de 2010 ne montraient aucun signe d'arthrose. Selon le Dr U. _____, l'expert n'a en outre pas discuté la question de la causalité de la lésion C2-C3 unilatérale,

alors qu'il s'agit d'un point capital du dossier. Le Dr U. _____ reproche encore à l'expert de n'avoir pas décrit l'accident de manière conforme à la déclaration d'accident de 2010 et du rapport de visite LAA du 17 mars 2011. Dans sa lettre du 18 août 2015, l'intimée est d'avis que l'expertise est probante et que les réflexions du Dr U. _____ ne sont pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert, au demeurant corroborées par celles du Dr [...] qui ne visualise pas non plus de séquelle traumatique de la colonne cervicale. Dans un courrier du 28 septembre 2015, le recourant maintient sa requête d'une nouvelle expertise, prenant appui sur un nouveau rapport du Dr U. _____ du 20 juillet 2015, selon lequel le médecin de premier recours n'a à tort pas prescrit d'investigations détaillées à la recherche d'une lésion luxée unilatérale ou une lésion sans luxation. Il demande qu'une décision incidente soit rendue sur sa requête d'une nouvelle expertise. Le recourant précise encore que contrairement à ce qu'affirme le Dr B. _____ dans son expertise, il a participé à la patrouille des glaciers en 2014 et non pas en 2012. Dans des déterminations du 27 octobre 2015, les parties maintiennent leurs conclusions. Le recourant produit un nouveau rapport du 21 octobre 2015 du Dr U. _____ qui relève que les radiographies de 2010 ne montraient pas de troubles dégénératifs, alors que celles de 2013 mettaient en évidence une altération de l'articulation interfaccettaire C2-C3 gauche. Il en conclut qu'il y a eu le développement d'une arthrose post-traumatique liée directement à l'accident de 2010, prenant une nouvelle fois appui sur le rapport du Dr G. _____. Par ordonnance du 9 novembre 2015, la juge instructrice a demandé au Dr B. _____ un complément d'instruction, lui demandant de prendre position sur les rapports du Dr U. _____ des 17 juin, 20 juillet et 21 octobre 2015 et de se prononcer sur la question de l'unilatéralité de l'arthrose ainsi que sur celle de l'état dégénératif préexistant. Elle lui a encore demandé le 5 janvier 2016 de se prononcer sur le rapport d'un SPECT/CT et scintigraphie osseuse du 11 décembre 2015, à la recherche d'arthrose cervicale active, produit par le recourant le 23 décembre 2015. Dans ce rapport, les Drs M. _____, spécialiste en médecine nucléaire, et F. _____, spécialiste en radiologie, ont conclu à une chondro-calcinose C1-C2, à de l'arthrose interfaccettaire et hyperactive C2-C3 gauche et à de l'arthrose interfaccettaire discrète et non hyperactive en C3-C4 et en C4-C5 gauche. Dans son complément d'expertise du 4 février 2016, le Dr B. _____ précise que les examens de SPECT/CT et scintigraphie osseuse sont actuellement les plus spécifiques pour les lésions osseuses, permettant de poser un diagnostic précis et fin, sur l'ensemble du squelette ostéoarticulaire. Il précise encore que la chondrocalcinosé est une maladie rhumatismale qui se manifeste par des atteintes et des destructions progressives articulaires. Le Dr B. _____ estime qu'il n'y a aucun élément sur ce nouvel examen qui indiquerait des séquelles traumatiques, mais au contraire qu'il y a tous les éléments pour des lésions dégénératives en C2-C3, C3-C4 et C4-C5. En conséquence, l'examen démontre de façon certaine, selon lui, une atteinte diffuse, multi-localisée d'une maladie dégénérative arthrosique du rachis cervical, de la ceinture scapulaire droite et enfin la présence d'une maladie rhumatismale au niveau du rachis cervical. Dans ses déterminations du 14 mars 2016 sur le complément d'expertise, l'intimée maintient ses conclusions. Le recourant, par déterminations du 25 avril 2016, conteste l'interprétation faite par le Dr B. _____ du rapport d'imagerie du 10 décembre 2015, et prétend que l'expert tente de tirer des conclusions extrapolées de ce rapport, lesquelles vont à l'encontre des images et à l'interprétation faite par le radiologue, contestant en conclusion la valeur probante de l'expertise du Dr B. _____. Le recourant conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire à effectuer par un spécialiste du rachis, le Dr [...] ou le Dr [...] et requiert une décision incidente sur cette question. Il

conclut subsidiairement à la suspension de la procédure pour qu'il puisse faire procéder à une expertise privée. A l'appui de ses déterminations, le recourant produit un nouveau rapport du 29 février 2016 du Dr U. _____, selon lequel l'avis du Dr B. _____ n'est ni adéquat, ni objectif, relevant que l'hyperfixation est massive en C2-C3 et que l'intensité de la fixation en-dessus et en-dessous est manifestement inférieure. Par courrier du 19 mai 2016, l'intimée répond qu'à son avis l'expertise du Dr B. _____ ne contient pas de contradictions et qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, de sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à un complément d'instruction. Le 20 mai 2016, le recourant confirme ses conclusions. Par ordonnance du 14 novembre 2016, la juge instructrice a rejeté la requête du recourant de mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire ainsi que de suspension de la cause, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 19 novembre 2011, date à laquelle N. _____ a considéré que le statu quo sine avait au plus tard été atteint, singulièrement sur le point de savoir si un lien de causalité persiste à compter de cette date entre l'accident du 9 mars 2010 et les douleurs présentées par le recourant au niveau de son rachis cervical et de son épaule droite. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents

suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Elle 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). b) 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 apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Cela étant, la jurisprudence a apporté des précisions s'agissant de l'appréciation des preuves dans le domaine médical. Ainsi, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise 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 351 consid. 3b/aa et les références). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de l'assurance-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 ss consid. 3 p. 352 s ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. a) En l'occurrence, le 9 janvier 2010, le recourant a fait une chute à ski sur la tête, se blessant à la nuque, au nez, au poignet et à la cheville droits, ainsi qu'à l'épaule droite (déclaration d'accident bagatelle du 15 janvier 2010 et rapport de la Dresse P. _____ du 8 septembre 2010). Il a consulté la Dresse P. _____ le 13 janvier 2010, qui a diagnostiqué, dans son rapport du 23 novembre 2010, un traumatisme crânien simple et des algies multiples, en particulier à la nuque, au poignet et à la cheville droits, ainsi qu'une tendinite du sous-épineux de l'épaule droite. La Dresse P. _____ a expliqué que les nuchalgies prédominaient en janvier 2010, alors que la radiographie de la colonne cervicale du 11 mars 2010 confirmait l'absence de lésion osseuse traumatique ou d'anomalie disco-somatique. Quant aux douleurs à l'épaule droite, elles ont été constatées par la Dresse P. _____ dès la première consultation (douleur à la tête humérale de l'épaule droite et à l'abduction active du bras droit), mais n'étaient pas prédominantes en janvier 2010. Ces douleurs se sont pourtant aggravées dès septembre 2010, alors que le recourant avait repris ses activités sportives, raison pour laquelle il a été adressé au Dr H. _____. Ce dernier a posé le diagnostic de dyskinésie de l'omoplate avec conflit secondaire (rapport du 23 décembre 2010) et conseillé au recourant des séances de physiothérapie. Le Dr H. _____ a constaté, au status du 1^{er} juillet 2011, qu'il y avait moins de dyskinésie à l'épaule, mais qu'il subsistait un arc douloureux modéré en flexion et en abduction. L'assuré a par la suite consulté le Dr U. _____, initialement en raison de douleurs à son genou droit à la suite d'une chute lors d'un exercice de pompier (le 12 janvier 2012). Lors de sa deuxième consultation auprès de ce médecin, l'intéressé a exprimé des plaintes de douleurs séquellaires à la chute de 2010, selon le Dr U. _____, de sorte que ce dernier a demandé

à l'assureur-accidents, le 29 juillet 2012, la réouverture du cas, précisant avoir prescrit un traitement de physiothérapie pour l'épaule droite et que la question d'investigations supplémentaires se posait pour la colonne cervicale. Se basant sur les rapports du Dr X. _____ des 16 janvier et 27 juin 2013, N. _____ a refusé de prendre en charge les prestations à compter de 2012, considérant qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'évènement accidentel et les troubles à la colonne cervicale et à l'épaule droite. b) Vu les positions diamétralement opposées du Dr X. _____ d'une part et, d'autre part, du Dr U. _____ notamment dans son rapport du 4 mars 2013, compte tenu également du scanner cervical du 27 février 2013 du Dr G. _____, la juge instructrice a ordonné une expertise. Dans le rapport d'expertise judiciaire du 23 mars 2015, le Dr B. _____ a retenu que l'évènement du 9 janvier 2010 avait entraîné des entorses simples du rachis cervical et de l'épaule droite, n'ayant pas causé de lésion séquellaire. Il a considéré qu'un statu quo sine pouvait être fixé six mois après l'évènement. Ces diagnostics sont fondés sur un examen clinique du recourant, une anamnèse détaillée et prennent en compte le dossier médical, en particulier radiologique du recourant. A cet égard, l'expert a procédé à une analyse des imageries du dossier de l'expertisé, relevant en particulier que la radiographie de la colonne cervicale du 11 mars 2010 ne montrait pas de troubles dégénératifs et qu'il n'y avait pas de séquelle traumatique sur le CT cervical du 10 janvier 2013, mais une discrète arthrose facettaire postérieure gauche en C2-C3. En particulier, l'expert a réfuté l'existence d'un lien de causalité entre cette dernière atteinte au rachis cervical et l'évènement du 9 janvier 2010 de manière convaincante. Il a en effet expliqué qu'il n'y avait aucun élément dans le dossier pour une fracture occulte en C2-C3 qui aurait entraîné des séquelles sous forme d'une arthrose facettaire unilatérale. En outre, le Dr B. _____ a rappelé que l'arthrose cervicale était fréquente puisqu'elle atteignait 60% de la population à partir de 50 ans, soulignant à cet égard que le recourant avait 52 ans au moment de l'expertise et qu'il était une personne très active. L'expert a encore relevé que la lésion dégénérative modérée du rachis cervical n'avait été mise en évidence que deux ans après l'accident du 9 janvier 2010, de sorte que cette lésion n'était pas en lien de causalité avec celui-ci. Ces conclusions sont claires et convaincantes, dès lors que la radiographie de la colonne cervicale du 11 mars 2010, soit datant de deux mois seulement après l'accident, ne montrait pas de lésion osseuse traumatique, ni d'anomalie disco-somatique (cf. rapport du 11 mars 2010 du Dr [...] et rapport de la Dresse P. _____ du 23 novembre 2010), ou encore d'atteinte dégénérative (cf. expertise du Dr B. _____, p. 11), alors que des lésions dégénératives du rachis ressortaient de l'IRM cervicale du 16 octobre 2012 et du CT-scan du 10 janvier 2013 (cf. rapport du Dr X. _____ du 16 janvier 2013). Vu ce qui précède, on ne peut donner raison au recourant lorsqu'il reproche à l'expert, dans ses déterminations du 25 juin 2015, de ne pas s'être prononcé sur la question de la causalité de la lésion C2-C3, puisque c'est précisément ce qu'il a fait. De même, les critiques du recourant quant au domaine de spécialité du Dr B. _____ sont infondées, l'expert étant spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et donc à même de rendre une expertise dans le cas d'espèce. En outre, s'il est vrai que les réponses de l'expert aux questions 10 et 11 du tribunal concernant un éventuel état dégénératif antérieur à l'accident sont quelque peu confuses, ses explications sur l'absence de lien de causalité entre l'arthrose facettaire postérieure gauche en C2-C3 et l'accident du 9 janvier 2010 sont suffisamment claires et convaincantes pour être suivies. S'agissant des critiques du Dr U. _____ (rapport du 17 juin 2015) portant sur la description de l'accident par l'expert, on remarque que les circonstances de la chute ont été décrites par l'expert (cf. expertise,

p.13 et supra p.10), de manière conforme à la déclaration d'accident du 15 janvier 2010 et au rapport de visite LAA du 17 mars 2011, seule la mention de la hauteur de la chute n'étant pas précisée par l'expert. Or, cette différence n'est pas décisive, dès lors que ni le recourant ni le Dr U. _____ n'en tirent de conclusions précises et étayées pour la question du lien de causalité. De même, les termes de l'expertise relevés par le recourant dans sa liste du 25 juin 2015 ne peuvent pas être qualifiés d'inexactitudes ôtant toute valeur probante à l'expertise. Il n'apparaît pas à la lecture de cette liste que les reformulations employées par l'expert trahissent les dires du recourant ou aient une incidence sur l'appréciation médicale et la question du lien de causalité. En particulier, le fait que l'assuré ait participé à la patrouille des glaciers en 2014 et non en 2012, comme l'a à tort noté l'expert ne porte pas à conséquence, dès lors que l'intéressé a repris des activités sportives en septembre 2010 déjà. c) L'analyse du Dr X. _____ rejoint du reste celle de l'expert judiciaire. Le Dr X. _____ a en effet diagnostiqué, dans ses rapports des 16 janvier et 27 juin 2013, en prenant en compte l'IRM cervicale du 16 octobre 2012 et le CT-scan du 10 janvier 2013, une arthropathie dégénérative postérieure modeste unilatérale en C2-C3 et des troubles dégénératifs cervicaux aux étages C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Le Dr X. _____ est lui aussi d'avis que le lien de causalité entre le syndrome cervico-cérébral et l'évènement du 9 janvier 2010 est hautement improbable, compte tenu de la prévalence de tels troubles dès l'âge de 50 ans, ce d'autant plus chez une personne très sportive, mais aussi vu les symptômes cliniques qu'a présentés le recourant dans les suites du traumatisme. Ces derniers étaient relativement modérés et intéressaient surtout le rachis cervical inférieur. Pour le Dr X. _____ également, l'évènement du 9 janvier 2010 n'a selon toute vraisemblance provoqué que des entorses bénignes au niveau cervical et de l'épaule droite qui devraient cesser de déployer leurs effets six à douze mois après l'évènement (le Dr X. _____ précisant que ce délai doit être repoussé à la fin 2011, en raison de la prise en charge retardée de la pathologie de l'épaule). Ainsi, le Dr X. _____ estime qu'au-delà de ce délai, la relation causale entre l'évènement accidentel et la pathologie cervicale paraît hautement improbable. On relève par ailleurs, que les avis des Dr B. _____ et X. _____ sont également corroborés par les premières constatations cliniques de la Dresse P. _____ dès lors que celle-ci a indiqué dans son rapport du 8 septembre 2010 que l'accident du 9 janvier 2010 avait provoqué des contusions à la nuque et à l'épaule droite notamment et diagnostiqué, dans son rapport du 23 novembre 2010, un traumatisme crânien simple, des algies multiples et une tendinite du sous-épineux de l'épaule droite (cf. supra). On rappellera que cette analyse est notamment fondée sur la radiographie du 11 mars 2010 susmentionnée qui atteste l'absence de lésion osseuse traumatique. d) Le Dr U. _____ considère quant à lui que l'arthrose de l'articulation C2-C3 gauche est d'origine post-traumatique (cf. rapport médical du 4 mars 2013) et dès lors, selon le recourant, à la charge de l'assureur-accidents. Or, les rapports médicaux du Dr U. _____ ne contiennent pas d'éléments suffisamment probants pour remettre en cause l'appréciation du Dr B. _____, qui est, ainsi qu'on l'a vu, largement corroborée par celle du Dr X. _____. En effet, la position du Dr U. _____ est essentiellement fondée sur le scanner cervical du 25 février 2013 réalisé par le Dr G. _____, lequel a mentionné qu'un antécédent traumatique pouvait être suspecté, sans pour autant l'affirmer. Cette hypothèse paraît d'ailleurs réfutée par les radiographies du 11 mars 2010 (cf. rapport du Dr [...] ; cf. également rapport de la Dresse P. _____ du 23 novembre 2010) et l'IRM du 10 janvier 2013 du Dr [...], qui a conclu à l'absence de séquelle de traumatisme visible au niveau cervical. Le Dr U. _____ a également posé le diagnostic de séquelle traumatique en

C1-C2 dans son rapport du 20 octobre 2012, mais sans l'étayer. Ce diagnostic n'est en outre pas confirmé par les SPECT/CT et scintigraphie osseuse du 10 décembre 2015 qui ont révélé la présence d'une chondrocalcinose C1-C2, soit une maladie rhumatismale se manifestant par des atteintes et destructions progressives articulaires (cf. complément d'expertise du Dr B. _____ du 4 février 2016). Enfin, l'on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il reproche au Dr B. _____ de donner « une interprétation contraire à celle-là même retenue par le médecin radiologue qui a effectué » le SPECT/CT du 10 décembre 2015. En effet, dans leur rapport du 11 décembre 2015, les Drs M. _____ et F. _____ ont conclu à la présence d'atteintes au rachis cervical (soit une chondro-calcinose C1-C2, de l'arthrose interfacettaire et hyperactive C2-C3 gauche et de l'arthrose interfacettaire discrète et non hyperactive en C3-C4 et en C4-C5 gauche) mais n'ont à aucun moment évoqué un traumatisme et ne se sont pas non plus prononcés sur la question du lien de causalité avec l'accident du 9 janvier 2010. Enfin, le Dr U. _____ relève que ces images démontrent une hyper-fixation massive au niveau C2-C3 à gauche qui « saute aux yeux » et que l'intensité de la fixation en-dessous et en-dessus est manifestement inférieure. Il est d'avis que le complément d'expertise du Dr B. _____ du 4 février 2016 n'est donc « ni adéquat ni objectif ». Ces critiques sont largement appellatoires, dès lors que le Dr U. _____ ne démontre ni n'explique en quoi ces nouvelles images étayeraient la thèse selon laquelle l'atteinte arthrosique en C2-C3 serait due à l'accident du 9 janvier 2010. e) Vu ce qui précède, il convient de retenir que l'évènement du 9 janvier 2010 a entraîné des contusions cervicales et à l'épaule droite. S'agissant de la fin du rapport de causalité entre l'évènement du 9 janvier 2010 et ces atteintes, les observations de la Dresse P. _____ ainsi que celles du Dr B. _____ et du Dr X. _____ sont motivées et en grande partie concordantes, de sorte qu'elles doivent être admises. En effet, on rappelle que la Dresse P. _____ a relevé dans son rapport du 23 novembre 2010 une nette réduction des douleurs à la nuque après un traitement de neuf séances de physiothérapie, qui s'est terminé en mai 2010, et que les Drs B. _____ et X. _____ estiment que la contusion à la nuque devrait avoir cessé de déployer ses effets dans un délai de six à douze mois après l'accident. Quant aux douleurs à l'épaule droite, dont la prise en charge a été retardée (cf. rapport médical du Dr X. _____ du 16 janvier 2013 et supra), il convient d'admettre qu'elles ne sont plus en lien avec l'accident depuis novembre 2011 comme l'a retenu l'assureur-accidents dans sa décision sur opposition. En effet, le Dr H. _____ a noté dans son rapport du 3 octobre 2011 que la mobilité de cette épaule était complète, que la force était symétrique à tous les tests et que le recourant ne faisait plus de physiothérapie. Le recourant a d'ailleurs déclaré à l'expert une amélioration importante avec disparition de 80% des douleurs après avoir fini sa physiothérapie. Enfin, dans le rapport de CT-scan des épaules du 10 janvier 2013, le Dr [...] a conclu à l'absence d'omarthrose, de sclérose visible au niveau des trochanters, précisé que l'espace sous-acromial était préservé des deux côtés, qu'il n'y avait pas de calcification en surprojection de la coiffe des rotateurs et enfin que les articulations acromio-claviculaires étaient sans particularité. C'est donc à juste titre que l'assureur-accidents a refusé la prise en charge des prestations à compter de l'année 2012. f) En définitive, un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise ou d'une suspension de la cause pour que le recourant mette en œuvre une expertise privée ne se justifie pas, la Cour de céans étant convaincue que les faits médicaux déterminants pour l'issue du litige présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135 ; TF

9C_208/2011 du 21 novembre 2011 consid. 2.1). 5. Le recourant a conclu, dans son acte de recours du 13 septembre 2013, à la prise en charge par N. _____ des appréciations médicales du Dr U. _____ des 4 mars 2013 et 27 août 2013. Or, l'assuré n'a pas demandé la prise en charge du rapport du 4 mars 2013 à l'assureur-accidents au titre de l'art. 45 LPGA (cf. TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1), de sorte que N. _____ n'a pas pu se prononcer sur cette question dans le cadre de la décision sur opposition du 30 juillet 2013. Cette question ne saurait donc être tranchée par la Cour de céans, vu qu'elle ne rentre pas dans le cadre du litige (cf. ATF 131 V 164 précité). Quant au rapport du 27 août 2013, il n'est pas fondamentalement différent des précédents rapports du Dr U. _____. Ce n'est dès lors pas ce rapport en particulier qui a aidé à la solution du litige (cf. TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En conséquence, les frais de ce rapport, au demeurant non chiffrés par le recourant, ne peuvent pas être mis à la charge de l'assureur-accidents. 6. Vu ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés, ce qui entraîne le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition du 30 juillet 2013. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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