

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 158 vom 8. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__158

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 158 du 8 juin 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 158 del 8 giugno 2018

Regeste

LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, ACCIDENT, RÉTROACTIVITÉ, OBLIGATION DE RENSEIGNER, ACTION EN RESPONSABILITÉ | 10 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 78 LPGA, 9 al. 2 OLAA

Erwägungen

E. 8

traitement médical... ? : Aucun traitement médical, prescrit après le délai d'atteinte du status quo ante/sine, n'est imputable à l'événement qui nous concerne.

E. 9

Atteinte à l'intégrité : En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique, clairement imputable à l'événement du 5 janvier 2013, susceptible de surcroît de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation y relative n'est due. [...] » Par rapport du 13 octobre ou novembre 2015, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir effectué le premier traitement le 20 février 2015 et avoir ordonné de la physiothérapie et une infiltration. Il a en outre fait état de douleurs résiduelles lors d'activités sportives, qu'il a mises en rapport de causalité avec la chute à ski de l'assuré. Sous la rubrique « Remarques », il a mentionné une « récupération complète de sa fonction » au 17 juillet. Par lettre du 13 octobre 2015, I. _____ a informé l'assuré de son intention de mettre un terme au versement de ses prestations à compter du 6 avril 2013. En substance, se fondant sur les informations données par l'expert, elle a fixé le terme de ses obligations légales au 5 avril 2013, considérant qu'à partir du 6 avril 2013, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait conduit au même résultat sans l'accident du 5 janvier 2013. Les lésions à partir du 6 avril 2013 n'étaient plus en relation avec l'événement accidentel invoqué, mais étaient la conséquence d'un état pathologique préexistant pour lequel un statu quo sine devait être fixé, c'est-à-dire comme si l'accident ne s'était jamais produit. I. _____ a ajouté qu'il appartenait désormais à l'assurance-maladie d'allouer à l'intéressé ses prestations, sous réserve de la franchise statutaire. Par ailleurs, elle renonçait à demander la restitution des autres prestations versées. Par courriel du 29 octobre 2015, l'assuré a indiqué à I. _____ s'opposer à la lettre susmentionnée du 13 octobre 2015. Par une attestation médicale du 6 novembre 2015, le Dr B. _____, médecin praticien auprès de Z. _____, vraisemblablement signant pour le Dr P. _____, a certifié qu'une consultation avait eu lieu en date du 29 avril 2015 et que « la pathologie présentée lors de la consultation était en relation avec son traumatisme par chute de ski en regard épaule droite en JANVIER 2013 ». Par courriel du 23 novembre 2015, l'assuré a demandé à I. _____ de lui confirmer que les factures non payées ensuite de son accident totalisaient un montant de 1'122 fr. 95 en

2014 et de 2'250 fr. 35 en 2015. Le 26 novembre 2015, l'intéressé s'est notamment plaint de ne pas avoir reçu de réponse à son précédent courriel et du fait que, après avoir pris contact avec les différents organismes médicaux concernés, il apparaissait que la liste des factures impayées fournie par I. _____ comportait des erreurs. Cette assureur a alors répondu par courriel du même jour, en indiquant que les factures suivantes avaient été payées : une facture de 456 fr. du 27 mars 2013 en faveur de [...] ; une facture de 506 fr. 25 du 11 juin 2014 en faveur de la Clinique [...] ; deux factures de 98 fr. du 17 juin 2014 et de 29 fr. 40 du 8 décembre 2014 en faveur de [...] SA ; une facture de 2'718 fr. 55 du 13 octobre 2015 en faveur du Dr V. _____ ; une facture de 29 fr. 40 du 19 novembre 2015 en faveur du Dr O. _____. Par décision du 24 mars 2016, I. _____ a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 6 avril 2013 et a renoncé à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au jour de ladite décision, confirmant la teneur de sa lettre du 13 octobre 2015 précitée. Par courriel du 17 avril 2016, l'assuré a adressé à I. _____ une « lettre en réponse à [son] courrier du 24 Mars ». Dans le délai imparti par I. _____ par lettre du 15 juin 2016, l'assuré s'est opposé à la décision susmentionnée par lettre du 18 juin 2016. En substance, il a fait valoir que ses différents médecins et physiothérapeutes lui avaient toujours indiqué que ses symptômes à l'épaule étaient dus au choc reçu le jour de l'accident du 5 janvier 2013. Il lui était en outre difficile de comprendre comment un médecin payé par I. _____ pouvait être convaincu que ses symptômes ne venaient pas de l'accident. L'intéressé a ajouté qu'I. _____ ne s'était manifestée que plusieurs années après l'accident et avait payé certaines factures jusqu'à fin 2015, ne donnant aucun signe sérieux de ne plus prendre en charges les soins et ne lui laissant pas l'opportunité de faire baisser à temps sa franchise auprès de son assureur-maladie. A plusieurs reprises, il y avait également eu des problèmes administratifs de la part d'I. _____ qui avaient empêché la procédure d'avancer, alors que lui-même avait été d'une grande réactivité. Par décision sur opposition du 15 août 2016 (mais datée par erreur du 29 janvier 2015), I. _____ a rejeté l'opposition, en maintenant sa position déjà exprimée. C. Par acte du 30 août 2016, F. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que l'intimée prenne en charge les factures impayées et les éventuelles futures factures en relation avec ses douleurs à l'épaule liée à son accident. En substance et en complément aux arguments précédemment avancés, il a reproché à l'intimée de n'avoir jamais consulté ses médecins, malgré ses nombreuses demandes en ce sens. Il a en outre fait valoir que le rapport d'expertise comprenait de nombreuses imprécisions, la plus importante étant le fait qu'il y était indiqué qu'il pratiquait du sport deux à trois heures par jour et qu'il venait de se mettre au triathlon. En réalité, il avait précisé qu'il pratiquait du sport deux à trois heures par semaine et qu'il s'était mis au triathlon en arrêtant tout autre sport afin de ménager son épaule. Il a ajouté que l'intimée avait par ailleurs continué à payer des factures jusqu'au 19 novembre 2015, le laissant penser que la situation était parfaitement normale et ne demandait nullement d'adapter les conditions de son assurance-maladie. A l'appui de son recours, il a produit dix pièces, figurant toutes déjà dans son dossier auprès de l'intimée, à l'exception d'un certificat de travail délivré le 15 avril 2016 par [...] SA, de « sa lettre en réponse [au] courrier [de l'intimée] du 24 mars » du 17 avril 2016, jointe à son courriel du même jour et précédemment évoquée, ainsi que d'un rapport du 20 décembre 2015 du Dr P. _____. Ce dernier document faisait référence à la consultation du 7 janvier 2013 et indiquait comme motif de consultation : « chute en ski il y a 3 jours avec trauma épaule droite ». Le Dr P. _____ posait le diagnostic de « tendinopathie épaule droite post

trauma » et mentionnait notamment une « discrète impotence fonctionnelle ». Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'intimée, représentée par Mes Didier Elsig et Patrick Moser, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. En substance, elle a relevé que, pour l'expert, l'évènement du 5 janvier 2013 était bénin. Les examens cliniques et l'imagerie ne mettaient en évidence aucune entité anatomique justifiant une incapacité de travail ou la poursuite d'un traitement médical et les plaintes du recourant étaient manifestement d'origine dégénérative. Elle a estimé qu'aucun indice concret ne permettait de douter de l'opinion de l'expert. A l'appui de ses dires, elle a produit le dossier du recourant ainsi qu'une procuration. Par réplique du 28 novembre 2016, le recourant a confirmé sa position, précisant que son principal reproche à l'intimée était de s'être manifestée des années après l'accident. Une audience d'instruction s'est tenue le 13 novembre 2017, lors de laquelle le recourant a été entendu. Ses déclarations ont été protocolées au procès-verbal et il y sera fait référence dans la mesure utile. 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 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). En l'occurrence, la valeur litigieuse, correspondant aux frais de traitements médicaux dont le recourant demande la prise en charge, est inférieure à 30'000 francs. La présente cause relève ainsi de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier de prestations de l'intimée à compter du 6 avril 2013, singulièrement à la prise en charge des frais de traitements médicaux concernant son épaule droite que l'intimée n'a pas réglés. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). b) Le droit aux prestations suppose en

premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). 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 (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire. A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2 et réf. cit.). 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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 (TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). c) En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, applicable ratione temporis [ATF 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_951/2015 du 29 septembre 2016 consid. 4]), le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il avait été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). 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. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). 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. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, 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 accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 précité consid. 3.2).

4. 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. Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont 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 médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à

celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

5. En l'espèce, le recourant argue notamment que ses atteintes à l'épaule droite, postérieures au 5 avril 2013, découlaient toujours de son accident de ski du 5 janvier 2013. Il y a d'emblée lieu de constater que lesdites atteintes relèvent des déchirures de tendons mentionnées à l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, soit des lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident au sens de cette disposition. Dès lors, il convient d'examiner, sur la base des pièces médicales présentes au dossier, si les troubles présentés par l'intéressé dès le 6 avril 2013 étaient encore en lien de causalité naturelle avec ledit accident du 5 janvier 2013, ou au contraire si leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, était clairement établie à ce moment-là.

a) A cet égard et au terme de son rapport d'expertise du 28 septembre 2015, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, est précisément arrivé à la conclusion que le statu quo sine vel ante était atteint après un délai maximal de trois mois ensuite de l'accident du 5 janvier 2013. En effet, le fait que le recourant n'ait pas présenté une « impotence fonctionnelle marquée » du membre supérieur lésé dans les suites immédiates du traumatisme, mais aussi sur le moyen terme, ne corroborait pas l'hypothèse de la survenue d'une lésion tendineuse significative lors de l'accident du 5 janvier 2013. Cette appréciation est en outre confirmée par le fait que, sur la base notamment du rapport de radiographies du 15 septembre 2015 du Dr K. _____ et du rapport d'IRM du 22 septembre 2015 du Dr E. _____, le Dr V. _____ a constaté que les caractéristiques lésionnelles étaient les mêmes à l'épaule droite et à l'épaule gauche, à savoir de type dégénératif. L'expert a ainsi estimé que tout doute résiduel quant à l'implication, ne serait-ce que partielle, de l'accident du 5 janvier 2013 dans les troubles à l'épaule droite postérieurs au 5 avril 2013 était levé. Par conséquent, une relation de causalité naturelle entre l'accident du 5 janvier 2013 et les troubles à l'épaule droite de l'intéressé paraissent hautement, voire très hautement, improbable. Ce médecin a estimé que l'accident avait en définitive permis de révéler un état pathologique sous-jacent, physiologique ou induit par un surmenage. Compte tenu de la littérature médicale appliquée au cas du recourant, le Dr V. _____ a ainsi indiqué qu'au-delà du délai de trois mois évoqué, le cursus de l'épaule droite de l'intéressé n'était manifestement régi que par ses troubles dégénératifs. Le recourant reproche essentiellement à l'expert V. _____ une imprécision en ce qui concerne l'intensité de son activité sportive ensuite de l'accident de ski. Cette question peut cependant être laissée ouverte dans la mesure où dite intensité ne constituait pas le fondement du raisonnement de l'expert tel que décrit ci-dessus, mais venait uniquement le confirmer. L'absence de cette intensité sportive ne saurait ainsi aucunement invalider le résultat retenu. Au demeurant, force est de constater que l'appréciation du Dr V. _____ résulte d'une étude fouillée, menée sur la base de l'entier du dossier et de l'examen du recourant. L'expert a clairement et de manière convaincante expliqué sa position, après un exposé complet de la théorie médicale en la matière, et ses conclusions sont dûment

motivées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport d'expertise. b) Aucun élément au dossier ne vient jeter le doute sur l'appréciation du Dr V._____. En effet, la plupart des documents médicaux font uniquement état de lésions ou de déchirures au niveau de l'épaule droite, sans pour autant se prononcer sur leur nature traumatique ou dégénérative. Les Drs P._____. (par rapport du 8 août 2014) et O._____ (par rapport du 13 octobre ou novembre 2015) ont certes estimé qu'une cause accidentelle entrainait en considération pour les symptômes du recourant. Ils n'ont cependant pas expliqué pour quelle(s) raison(s) ils arrivaient à cette conclusion, sauf éventuellement en évoquant que l'intéressé n'avait pas souffert auparavant d'atteintes similaires, ce qui constitue un raisonnement post hoc, ergo propter hoc qui ne saurait fonder un rapport de causalité au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3.b supra). A toutes fins utiles, il est encore relevé que le Dr P._____ a fait état d'une impotence modérée dans son rapport du 8 août 2014, ainsi que d'une discrète impotence fonctionnelle dans son rapport daté du 20 décembre 2015, mais dont la teneur a vraisemblablement été rédigée trois jours après l'accident du 5 janvier 2013. Ces éléments confirment que le recourant n'a pas présenté d'« impotence fonctionnelle marquée » suite au choc et finissent ainsi de convaincre du bien-fondé de la position de l'expert. Partant, aucun médecin n'a fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr V._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, de sorte qu'il convient de se rallier à ces dernières. Force est ainsi de constater que les lésions présentées par le recourant à l'épaule droite, au-delà d'un délai de trois mois après l'accident du 5 janvier 2013, étaient manifestement imputables à des troubles dégénératifs, à l'exclusion de toute origine accidentelle. L'intimée était par conséquent légitimée à retenir, au stade de la décision du 24 mars 2016, que le statu quo sine vel ante était atteint au 5 avril 2013 au plus tard. 6. Le recourant reproche également à l'intimée d'avoir continué à payer des factures jusqu'au 19 novembre 2015, le laissant penser que le cas était toujours pris en charge. Il fait par ailleurs valoir que l'intimée a tardé à rendre sa décision du 24 mars 2016 mettant un terme au versement des prestations de manière rétroactive à compter du 6 avril 2013, ce qui l'a ainsi empêché d'adapter les conditions de son assurance-maladie. a) Il convient tout d'abord de rappeler que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser que l'assureur-accidents a la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester. Il ne peut en revanche mettre fin rétroactivement à des prestations pour lesquelles il a déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle, que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies (ATF 133 V 57 consid. 6.6 à 6.8 ; TF 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2 ; également jurisprudence relative à l'art. 25 LPGA, par exemple TF 8C_422/2011 du 5 juin 2012). En l'occurrence, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitements postérieurs au 5 avril 2013, étant précisé qu'elle a indiqué renoncer à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au jour de la décision du 24 mars 2016. S'agissant des frais de traitements qu'elle n'avait pas encore pris en charge, force est de constater qu'aucun document au dossier ne permet de considérer que l'intimée avait admis son obligation de prester pour les traitements médicaux concerné par les factures litigieuses. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas le contraire. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, l'intimée était légitimée à refuser de prendre en charge les frais de traitements postérieurs au 5 avril 2013 qu'elle n'avait pas encore réglés. b) Ensuite, en reprochant à l'intimée d'avoir tardé à statuer, sans l'informer

du fait que ses frais de traitements pourraient ne pas être pris en charge par elle, le recourant se prévaut implicitement d'une violation du devoir de l'intimée de renseigner et de conseiller, consacré à l'art. 27 LPGA. Il fait également valoir que s'il avait été mis au courant du risque que ses frais de traitements puissent n'être plus pris en charge par l'intimée, il aurait adapté les conditions de son assurance-maladie en conséquence, en baissant par exemple sa franchise, ce qui lui aurait en définitive permis d'économiser de l'argent. La question peut en l'occurrence se poser. En effet, l'intéressée a manifestement adopté un comportement ambigu en tardant autant à instruire la question de la causalité et en prenant en charge certaines factures médicales, mais pas d'autres factures qu'elle a laissées en suspens, sans toutefois en informer clairement l'assuré. Au vu de cette attitude, le recourant pourrait éventuellement demander la réparation d'un dommage causé par l'intimée, ce qui constituerait une prétention en responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA. Il n'y a toutefois pas lieu de se prononcer définitivement sur ce point. En effet, conformément à l'art. 100 LAA, les demandes en réparation au sens de l'art. 78 LPGA doivent être déposées auprès de l'assureur, qui statue par décision. En l'occurrence, l'intimée n'a pas rendu de décision statuant sur une prétention en responsabilité du recourant. Ainsi, il appartiendra à l'intéressé, s'il l'estime utile, de faire valoir son dommage auprès de l'intimée. Cette dernière devra, dans ce cas, statuer sur cette prétention en rendant une décision, laquelle serait alors susceptible de recours.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni au recourant qui succombe (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. II. La décision sur opposition rendue le 15 août 2016 (mais datée par erreur du 29 janvier 2015) par I. _____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ F. _____, ■ Mes Didier Elsig et Patrick Moser (pour l'intimée), - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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