

VD_GERICHTE ZA15.041690 vom 24. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.041690

FR: VD_GERICHTE ZA15.041690 du 24 août 2018

IT: VD_GERICHTE ZA15.041690 del 24 agosto 2018

Erwägungen

E. 23

juin 2016.

- 6 - Après avoir pris connaissance des pièces du dossier et procédé à un examen clinique le 25 août 2016, le Dr M. _____ a rédigé son rapport d'expertise le 28 novembre 2016. Il a conclu pour l'essentiel qu'il convenait de distinguer la lésion des tendon et muscle infra-épineux de celle des tendon et muscle supra-épineux, la première s'avérant ancienne et dégénérative, tandis que la seconde était « bien plus récente », soit d'origine traumatique, soit d'origine dégénérative « avec lâchage des dernières fibres survenu peu de temps avant l'IRM ». Il a précisé que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'avaient été atteints en l'état, malgré l'intervention chirurgicale du 18 juin 2015. Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur ce rapport. B. _____ SA et l'assuré ont indiqué confirmer leurs conclusions respectives en date des 20 et 24 décembre 2016, au vu des observations de l'expert. Mutuel Assurances SA a pris position le 9 mars 2017, faisant valoir que le rapport d'expertise du Dr M. _____ ne pouvait se voir accorder pleine valeur probante, dans la mesure où ce document lui apparaissait incomplet, voire contradictoire à plusieurs égards. Elle a renvoyé à la détermination de son médecin-conseil du 28 février 2017 sur la teneur du rapport d'expertise. Le Dr H. _____ y avait consigné les éléments à son sens peu clairs ressortant de ce document, estimant que l'expert n'avait pas discuté les points litigieux en référence à ses propres appréciations. F. Compte tenu des observations du Dr H. _____, la juge instructrice a sollicité une expertise complémentaire auprès du Dr M. _____ par un nouveau mandat du 20 mars 2017. Le Dr M. _____ a rédigé ce complément en date du 19 avril 2017, dans lequel il a confirmé et étayé sa précédente appréciation du

- 7 - cas, tout en procédant à l'examen des prises de position du Dr H. _____ des 13 novembre 2015, 5 février 2016 et 28 avril 2017. Par écritures respectives des 22 mai et 23 avril [recte : mai] 2017, B. _____ SA et C. _____ ont fait valoir que le complément du Dr M. _____ s'avérait convaincant. Ils ont dès lors réitéré leurs conclusions en vue de l'admission des recours. Quant à Mutuel Assurances SA, elle s'est déterminée le 21 août 2017, mettant en exergue un nouvel avis du Dr H. _____ du 18 août 2017, par lequel ce spécialiste a maintenu ses critiques à l'égard du rapport d'expertise du Dr M. _____ et développé son point de vue. Mutuel Assurances SA a ainsi considéré que les conclusions de l'expert judiciaire ne pouvaient être dotées d'une valeur probante suffisante, à l'inverse de celles du Dr H. _____. Elle a derechef maintenu ses conclusions. En date des 8 et 15 septembre 2017, B. _____ SA et C. _____ en ont fait de même. Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile dans le développement juridique infra.

- 8 - 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). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Les termes « touchant l'obligation d'un autre assureur » sont assimilables à l'intérêt digne d'être protégé (à l'annulation ou la modification de la décision attaquée) au sens de l'art. 59 LPGA (ATF 133 V 539 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_251/2014 du 11 mars 2015 consid. 3.1).

- 9 - d) En l'espèce, les recours contre la décision sur oppositions du 7 septembre 2015 ont été interjetés devant le tribunal compétent en temps utile en date respectivement des 29 septembre 2015 et 6 octobre 2015. Ils respectent par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'ils sont recevables. On précisera que la qualité pour agir de la recourante doit être admise puisqu'elle recourt au titre d'assureur obligatoire des soins de C. _____. Son intérêt à l'annulation ou à la modification de la décision sur oppositions querellée n'est donc pas contestable. 2. En l'état, est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 10 avril 2015. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés par le recourant à l'épaule droite dès cette date sont d'origine uniquement dégénérative ou s'il subsiste un lien de causalité avec l'accident du 27 février 2015. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

- 10 - que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). Savoir si

l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du

E. 28

avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid.

- 11 - 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). 4. a) Selon l'art. 6 al. 2 aLAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2016), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. les fractures, b. les déboîtements d'articulations, c. les déchirures du ménisque, d. les déchirures de muscles, e. les élongations de muscles, f. les déchirures de tendons, g. les lésions de ligaments, h. les lésions du tympan. Les ruptures de la coiffe des rotateurs sont englobées dans la liste exhaustive contenue à l'art. 9 al. 2 aOLAA (cf. let. f [déchirures de tendons] ; ATF 123 V 43). Il est précisé à ce stade que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification ; RO 2016 4388).

- 12 - b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un

accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références). Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 aOLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire, ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant

- 13 - dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). c) D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). La jurisprudence a souligné à cet égard, que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126

- 14 - V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). b) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions

- 15 - d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 6. En l'espèce, il est incontesté que le recourant a souffert d'une « rupture massive de la coiffe des rotateurs », qui a été diagnostiquée à l'occasion de l'IRM du 10 avril 2015, consécutivement à l'accident du 27 février 2015. Les avis médicaux, en particulier ceux des Drs H._____ et M._____, ainsi que celui du Dr F._____, divergent toutefois sensiblement quant à l'origine éventuellement exclusivement dégénérative de cette atteinte. a) Dans son appréciation du 18 août 2015, le Dr H._____ a consigné ce qui suit : « Le patient, né en 1960 (55 ans), instructeur au L._____, poussait une voiture prise dans un mur de neige le 27.02.2015 et, lorsque la voiture est repartie, il a perdu l'équilibre et il est tombé sur l'épaule D [réd. : droite]. Cet événement a vraisemblablement occasionné une contusion de l'épaule D, comme en témoigne la présence de l'hématome à la face latérale de l'épaule décrit par le Dr D._____. Le patient a bien précisé une première fois qu'il était tombé sur le flanc droit, le bras le long du corps (p 1, § 2 de l'opposition) et une seconde fois qu'il était tombé lourdement sur la piste verglacée, le bras droit collé au corps (p 1, § 1 de l'annexe à l'opposition). Il n'y a donc pas eu de mouvement forcé en abduction et rotation du bras, par exemple, ni de traction sur le MSD [réd. : membre supérieur droit], ni d'impact sur la paume de la main. Un choc direct sur le flanc, le MS et sur le moignon de l'épaule n'est pas susceptible de provoquer les lésions de la coiffe des rotateurs présentes chez ce patient,

contrairement à certains des mécanismes décrits ci-dessus.

- 16 - Le bilan par IRM réalisé le 10.04.2015, soit 6 semaines après, n'a d'ailleurs pas démontré de lésion structurelle imputable à l'événement. Par contre, ce bilan a révélé la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif sous forme d'une rupture transfixiante complète du tendon du sus-épineux, étendue à la partie antérieure du sous-épineux sur une tendinopathie sous-jacente, une rétraction tendineuse à la hauteur de l'interligne gléno-huméral, une involution graisseuse du muscle petit rond et, à moindre degré, du sous-épineux et une arthropathie acromio-claviculaire discrète. La présence d'une rétraction tendineuse à l'interligne gléno-huméral et la présence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs témoignent, sans aucun doute possible, qu'il s'agit de lésions anciennes datant d'au moins une année et qui sont d'étiologie exclusivement dégénérative/maladive. L'accident du 27.02.2015 a donc aggravé de manière passagère cet état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie médicale et il a cessé de déployer ses effets 6 semaines après. Ce délai correspond au délai habituel de guérison d'une contusion de l'épaule. [...] » Après avoir pris connaissance du rapport opératoire du Dr F. _____, le médecin-conseil de l'intimée a étayé son point de vue en ces termes le 13 novembre 2015 : « [...] Le Dr F. _____ a retenu le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (D) et il a procédé à sa réparation. Au bilan opératoire, il a notamment objectivé cette rupture massive de la coiffe de grade IV [le stade IV des classifications des ruptures de la coiffe correspond au stade le plus avancé] avec une tête [humérale] chauve. Le moignon du tendon du sus-épineux était rétracté à la glène. Le tendon du sous-épineux a dû être récupéré très postérieurement. En raison de cette importante rétraction, le Dr F. _____ a dû procéder à une libération extensive des tendons de la coiffe et, après avoir obtenu une mobilisation maximum des tendons, il a procédé à un avivement de toute la zone du footprint [zone d'insertion de la coiffe des rotateurs sur la tête humérale] qui était très élargi et remanié de sclérose chronique. La réinsertion des tendons a généré une tension de la zone d'insertion, qualifiée d'assez grande par l'opérateur, qui n'a pas pu être complètement recouverte et, en raison de cette perte de substance tendineuse, le tendon bicipital a dû être utilisé comme greffon d'augmentation. Le status opératoire, en particulier la confirmation d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs grade IV avec une tête humérale chauve, les gestes chirurgicaux conséquents nécessaires à la libération des tendons rétractés, la tension résiduelle des tendons générée par leur réinsertion et la nécessité de recourir à un greffon d'augmentation pour couvrir une perte de substance tendineuse, confirment en tous points les conclusions de mon appréciation, à savoir qu'il s'agit d'un état antérieur avec des lésions tendineuses massives et rétractées anciennes, datant d'au moins 1 année, et qui ne peuvent, en aucun cas, s'être installées en moins de 4 mois.

- 17 - Le terme de tête chauve illustre d'ailleurs parfaitement cette situation chronique puisque la tête humérale apparaît nue et dépourvue de tous ses éléments tendineux qui devraient la recouvrir et qui se sont largement rétractés. La présence d'une sclérose élargie de la tête humérale en zone d'insertion de la coiffe des rotateurs confirme également qu'il s'agit d'un processus chronique évoluant de longue date. [...] » A la demande de l'intimée, le Dr H. _____ a rédigé un complément le 5 février 2016, dans lequel il a exposé les éléments suivants : « [...] La dégénérescence graisseuse correspond à une infiltration du muscle, dont les fibres sont atrophiées, par de la graisse. L'origine de la dégénérescence graisseuse est l'inaction musculaire. Elle peut être due à la rupture du tendon, à sa

dénervation dans le cadre de maladies neurologiques et de la perte des possibilités de mobilisation active de l'articulation en raison d'une arthropathie par exemple. Un muscle de la coiffe non rompu, en l'absence des autres pathologies précitées, n'a pas de dégénérescence graisseuse sauf si le muscle antagoniste est anciennement rompu. Chez ce patient, c'est la rupture de la coiffe des rotateurs qui est la cause de la dégénérescence graisseuse, en l'absence de maladie neurologique ou d'arthropathie démontrée. [...] La présence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe et d'une rétraction tendineuse majeure permettent d'affirmer la chronicité des lésions, qui datent d'au moins une année. En conclusion Les lésions de la coiffe des rotateurs, constatées au décours de l'accident contusif survenu le 27.02.2015, sont de nature exclusivement dégénérative et sont incompatibles avec une rupture récente de la coiffe, même dans le cadre d'une dégénérescence préexistante avancée. Ces lésions préexistaient à l'accident déclaré, depuis une année au moins, et elles n'ont pas été aggravées structurellement par ledit accident. Les éléments morphologiques parlant pour l'ancienneté des lésions citées sont la rétraction tendineuse majeure et la dégénérescence graisseuse des muscles. L'aspect des lésions constatées à l'imagerie ne peut pas être la conséquence de l'événement survenu 6 semaines auparavant, étant bien entendu qu'un tendon déjà complètement rompu et présentant une rétraction majeure ne peut pas être ultérieurement endommagé par un traumatisme contusif, ni même par un traumatisme indirect. [...] » Le Dr F. _____ s'est pour sa part exprimé en ces termes le 17 février 2016, à la demande de la recourante :

- 18 - « [...]L'importance de la rupture avec une rétraction du tendon presque à la glène et l'involution graisseuse de grade I à II, laisse fortement suspecter la présence d'une ancienne rupture. Cependant, le fait que ce patient était totalement asymptomatique laisse aussi entendre que cette rupture était équilibrée et qu'elle a été décompensée par l'accident dont a été victime Monsieur C. _____. [...] » b) A teneur de son rapport d'expertise du 28 novembre 2016, le Dr M. _____ a communiqué les résultats de son examen et de son analyse des éléments d'imagerie. Il a en outre répondu aux questions de la Cour de céans et des parties. Les extraits suivants dudit rapport peuvent être mis en exergue : « [...] 8. Etude de l'imagerie J'ai pris connaissance des images de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 10 avril 2015. Sur cet examen, les structures articulaires gléno- humérales sont intactes. Par contre il existe une importante arthrose acromio-claviculaire. Le tendon du supra-épineux est entièrement rompu, rétracté presque jusqu'à la glène. Son muscle ne montre qu'une légère atrophie, sans infiltration graisseuse. Ceci est particulièrement visible sur l'image 1/39. Sur les coupes para- sagittales obliques situées plus latéralement, c'est-à-dire par exemple sur l'image 13/39, le volume du muscle supra-épineux est réduit, mais toujours sans infiltration graisseuse. Cette réduction de volume doit être mise en relation avec une médialisation du corps musculaire liée à la rupture et à la rétraction du tendon. L'arthro-IRM montre également une rupture de l'infra-épineux dont le tendon montre moins de rétraction, par contre son muscle présente à la fois une atrophie et une infiltration graisseuse (image 1/39, image 9/39). Le tendon et le muscle sous-scapulaires sont sans lésion. Le tendon long chef du biceps est dans sa gouttière, sans lésion apparente. 9. Réponses au questionnaire du Tribunal à l'expert 1. Les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite observées lors de l'IRM du 10 avril 2015 sont-elles de nature exclusivement malades ou dégénératives ? Sur cet examen, les lésions de l'infra-épineux sont à forte prédominance dégénératives, ceci peut être affirmé au vu de l'infiltration graisseuse et de l'amyotrophie. Par contre il n'en est pas de même pour le supra-épineux. La rupture de ce tendon, observée sur cette IRM, est de nature soit traumatique, soit dégénérative. Dans cette

dernière éventualité, il pourrait s'agir d'une atteinte dégénérative du sus-épineux, avec lâchage des dernières fibres survenu peu de temps avant l'IRM, ce qui a permis une médialisation du tendon rompu, sans qu'une atrophie musculaire n'ait eu le temps de s'installer. En résumé, l'atteinte de l'infra-épineux paraît être présente de longue date, l'atteinte du supra-épineux, avec rétraction, est récente.

- 19 - 2. Une atteinte dégénérative ou malade préexistante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a-t-elle pu être aggravée par l'accident du 27 février 2015 ? Oui. 3. Dans l'affirmative, à partir de quel moment les troubles résiduels de la coiffe des rotateurs présentent-ils un caractère exclusivement dégénératif ou malade ? Un tel état n'est pas atteint. Ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'ont été atteints. Le traumatisme a provoqué une aggravation déterminante qui a été partiellement corrigée par l'intervention chirurgicale. 4. Avez-vous d'autres observations à formuler ? Le mécanisme vulnérant décrit par Monsieur C._____ est adéquat pour provoquer une rupture du tendon du supra-épineux. 10. Réponses au questionnaire du Groupe Mutuel [...] 2. Quelles conclusions quant à l'étiologie des lésions tirez-vous de la présence d'une rétraction tendineuse à l'interligne gléno-huméral et de la présence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs ? Il faut ici bien différencier l'atteinte des tendon et muscle supra-épineux de celle des tendon et muscle infra-épineux. L'étude attentive de l'arthro-IRM permet d'affirmer que la nature de la lésion n'est pas la même. L'infra-épineux présente une lésion ancienne, le supra-épineux une lésion bien plus récente. » Le Dr H._____ s'est exprimé sur le rapport d'expertise du Dr M._____ et a formulé notamment les remarques ci-après : « [...] Etude de l'imagerie par l'expert Cette étude est peu claire et contradictoire. [...] Une atrophie, bien que légère, est démontrée à l'imagerie mais n'est pas retenue par l'expert dans sa réponse au questionnaire du Tribunal Cantonal. Etiologie de la lésion du tendon du supra-épineux [...] Dans un même chapitre, l'expert retient deux étiologies à la lésion du tendon du supra-épineux, l'une de nature dégénérative et l'autre de nature traumatique, puis il mentionne qu'il pourrait s'agir d'une atteinte dégénérative du supra-épineux avec lâchage des dernières fibres juste avant l'IRM, mais il conclut finalement que la lésion du supra-épineux est récente. Ce raisonnement est difficile à comprendre et quelque peu contradictoire. De plus, l'expert n'explique pas pour quelles raisons l'étiologie dégénérative de la lésion du tendon du supra-épineux, initialement retenue, a été écartée alors que les éléments objectifs du dossier confirment cette étiologie au détriment d'une étiologie traumatique.

- 20 - Quant à l'hypothèse du lâchage des dernières fibres survenu peu de temps avant l'IRM, elle ne repose sur aucun élément concret, respectivement n'est appuyée par aucune donnée objective. La chronicité des lésions du tendon du supra-épineux et de l'infra-épineux, développée dans mes précédentes appréciations, est également appuyée par différents éléments qui ne sont pas compatibles avec une atteinte traumatique récente de la coiffe des rotateurs : d'une part, les suites immédiates de l'accident sans incapacité de travail, d'autre part, la date relativement tardive de la première consultation médicale, deux semaines après l'événement, motivée pour des troubles respiratoires d'origine malade. Le mécanisme vulnérant [...] Les tendons de la coiffe des rotateurs ne peuvent pas se déchirer à la suite d'une chute ou d'un choc sur l'épaule avec contusion directe, le muscle deltoïde qui recouvre la coiffe des rotateurs faisant obstacle aux lésions structurelles de la coiffe des rotateurs par sa fonction de protection mécanique. Pour qu'une déchirure des tendons se produise, une contrainte de traction non physiologique est nécessaire, en d'autres termes, les

tendons doivent être mis en charge brutalement et de manière contraire à l'action musculaire, par exemple par mouvements de rotation, d'abduction ou de luxation de l'épaule, ce qui n'a manifestement pas été le cas chez ce patient qui a précisé, à plusieurs reprises, qu'il était tombé le bras le long du corps. Rétraction tendineuse [...] L'expert ne répond pas à la question. Il ne développe notamment pas la relation entre l'importance de la rétraction tendineuse (qui peut être qualifiée de majeure pour le supra-épineux) et la chronicité des lésions. La rétraction des tendons est l'un des témoins, comme l'amyotrophie et l'involution graisseuse musculaire, de la chronicité des lésions de la coiffe des rotateurs. Ce point a d'ailleurs été détaillé dans mes appréciations médicales. Chez ce patient, la rétraction du supra-épineux est plus importante que celle de l'infra-épineux. Or, l'atteinte de l'infra-épineux est qualifiée d'ancienne, ce qui démontre la chronicité de la lésion du supra-épineux. [...] » c) Par complément d'expertise du 19 avril 2017, le Dr M._____ a répondu aux critiques du Dr H._____ et justifié sa position comme suit : « [...] Appréciation du Dr H._____ du 13 novembre 2015 [...] Prise de position : le Dr H._____ ne différencie pas entre les tendons supra-épineux et infra-épineux. Cette distinction est pourtant cruciale, en raison des motifs exposés ci-dessous. Le degré de rétraction du tendon n'est pas nécessairement une mesure de l'ancienneté de la lésion. Le tendon rompu va se rétracter plus ou moins loin, en fonction des attaches résiduelles de part et d'autre de la lésion. Etant donné qu'il s'agissait là d'une rupture massive, le sus-épineux n'a pas pu être retenu par l'infra-épineux, et

- 21 - le tonus musculaire du muscle sus-épineux a pu retirer le tendon à bonne distance en direction proximale. Dans ces conditions, il est bien compréhensible que des gestes chirurgicaux importants aient dû être réalisés, d'une part pour récupérer le sus-épineux, d'autre part pour mobiliser l'infra-épineux qui présentait une lésion plus ancienne. Il n'est donc pas possible d'affirmer, comme le fait le Dr H._____, que toutes les lésions présentes chez l'expertisé sont des lésions tendineuses anciennes qui n'ont pas pu s'installer en moins de quatre mois. Appréciation du Dr H._____ du 5 février 2016 : le Dr H._____ retient ici à juste titre, qu'en l'absence de maladie neurologique ou d'arthropathie démontrées, c'est la rupture de la coiffe des rotateurs qui est la cause de la dégénérescence graisseuse chez Monsieur C._____. Par contre, ici également, il ne différencie pas entre les lésions des tendons supra-épineux (ou sus-épineux) et infra-épineux (ou sous-épineux). [...] Prise de position : [...] Par contre, le Dr H._____ ne différencie pas entre les lésions des supra- et infra-épineux, un point crucial pour l'appréciation chez cet expertisé. Le Dr H._____ mentionne « la dégénérescence graisseuse des muscles » sans distinction. Il ne tient pas compte du fait que le muscle supra-épineux ne présentait pas ou peu d'amyotrophie. Le rapport du radiologue concernant l'IRM du 10 avril 2015 [...] mentionne que le supra-épineux ne montre ni amyotrophie ni involution graisseuse significatives. Dans l'infra-épineux, la radiologue décrit une amyotrophie sans involution graisseuse nette. En résumé, je maintiens ainsi ma conclusion selon laquelle le tendon de l'infra-épineux présentait une lésion ancienne, et le tendon du supra-épineux une lésion récente. Courrier du Dr H._____ du 28 février 2017 : Etude de l'imagerie par l'expert : le Dr H._____ estime qu'elle est peu claire et contradictoire. Il cite mon étude de l'imagerie, où le supra-épineux ne montrait qu'une légère atrophie sans infiltration graisseuse. Le Dr H._____ omet de mentionner le rapport du radiologue, qui faisait état de l'absence d'amyotrophie significative. La différenciation entre absence d'atrophie significative et légère atrophie sans infiltration graisseuse est un point de détail. Il n'y a pas de contradiction, il s'agit d'un exposé de deux interprétations de l'IRM. Ces deux

situations contrastent de manière importante avec l'atrophie du muscle infra-épineux, qui est bien plus importante. Etiologie de la lésion du tendon du supra-épineux : le Dr H. _____ estime que mon raisonnement est difficile à comprendre et quelque peu contradictoire. J'aimerais le préciser ici : la différence d'importance de trophicité entre les muscles supra-épineux et infra-épineux indique une date d'apparition différente pour les lésions de ces deux tendons. La lésion de l'infra-épineux est ancienne, ce que personne ne conteste. Par contre la lésion du supra-épineux est plus récente, en raison de l'absence d'atrophie (ou légère atrophie). Pour la lésion du tendon supra-épineux, il reste donc deux hypothèses. L'une est celle d'une atteinte dégénérative à évolution rapide (ou

- 22 - complétion rapide d'une lésion déjà un peu plus ancienne), l'autre hypothèse est celle d'une atteinte traumatique. Mon expertise ne prend pas partie pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Ce n'est pas là le rôle du médecin. Finalement le Dr H. _____ estime que l'absence d'incapacité de travail immédiatement après l'accident et le délai pour la première consultation médicale ne sont pas compatibles avec une atteinte traumatique récente de la coiffe des rotateurs. Je ne partage pas cette appréciation. Le mécanisme vulnérant : le Dr H. _____ estime que les tendons de la coiffe des rotateurs ne peuvent pas se déchirer à la suite d'une chute ou d'un choc sur l'épaule avec contusion directe. Le mécanisme lésionnel décrit par l'expertisé mentionne une chute sur le côté droit, le bras droit étant situé le long du corps. Il ne s'agit donc pas d'un impact direct sur l'épaule, mais bien d'une chute sur le côté droit. Il paraît plausible, voire même probable, que l'expertisé ait essayé d'amortir l'impact, en se retenant avec le bras droit. Pour ce faire, il a dû réaliser un mouvement d'abduction de l'épaule, ce qui réalise, comme le dit justement le Dr H. _____, une « contrainte de traction non physiologique » pour le muscle supra-épineux, qui est le principal moteur pour le mouvement d'abduction dans l'arc de mobilité inférieure. Rétraction tendineuse : le Dr H. _____ relève que mon expertise ne développe pas une relation entre l'importance de la rétraction tendineuse et la chronicité des lésions. Je dois lui donner raison sur ce point. Dans le cas particulier de Monsieur C. _____, la difficulté réside dans le fait que l'infra-épineux présentait une lésion ancienne. Dans une telle situation, dès que le tendon du supra-épineux est libre, il n'est plus retenu par l'infra-épineux dans sa migration en direction proximale. Cette migration peut alors être plus ou moins rapide et importante. La présence d'une rétraction importante n'est donc pas un état signifiant une lésion ancienne. [...] » Le Dr H. _____ s'est prononcé sur le complément précité en date du 18 août 2017, maintenant pour l'essentiel ses précédentes observations. Il a conclu en ces termes : « [...] L'histoire de ce patient, sans événement vulnérant susceptible de provoquer une déchirure tendineuse de la coiffe des rotateurs, sans prise en charge médicale rapide et sans incapacité de travail précoce, est incompatible avec une déchirure traumatique aiguë et permet de retenir que la lésion du supra-épineux est d'étiologie dégénérative chronique, en d'autres termes, qu'elle préexistait à l'événement du 27.02.2015. L'importance de la rétraction tendineuse du supra-épineux, associée à une amyotrophie, même légère, sont des éléments objectifs qui permettent de le confirmer. [...] » 7. Il s'agit à ce stade de se prononcer sur les appréciations antagonistes de l'expert judiciaire et du médecin-conseil de l'intimé,

- 23 - telles qu'exposées ci-dessus, singulièrement sur les critiques formulées par ce dernier à l'encontre des rapports d'expertise judiciaire. On peut préalablement observer, à l'instar des recourants, que le rapport du Dr M. _____ du 28 novembre 2016, ainsi que son complément du 19 avril 2017, répondent a priori aux exigences jurisprudentielles pour se voir accorder pleine valeur probante. L'expert a en effet disposé de l'intégralité des pièces

du dossier, dont les documents d'imagerie, et a procédé à un examen clinique du recourant. En particulier, le rapport rédigé le 28 novembre 2016 contient les éléments d'anamnèse pertinents et rapporte les allégations du recourant. Exemptes de contradictions, les conclusions de l'expert apparaissent dès lors parfaitement convaincantes. Quoiqu'en dise l'intimée, respectivement son médecin-conseil, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir incomplètement rempli sa mission et de ne pas s'être prononcé sur l'étiologie de la rupture de la coiffe des rotateurs. On rappellera en effet que dans le cadre de l'art. 9 al. 2 aOLAA, il y a lieu de se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante et non pas avec certitude. 8. Reste néanmoins à examiner si les griefs soulevés par l'intimée, respectivement le Dr H. _____, sont de nature à faire douter des conclusions de l'expert judiciaire, conformément à la jurisprudence rappelée ci-avant sous consid. 5c supra. a) Eu égard aux circonstances de l'accident du 27 février 2015 et au mécanisme vulnérant, le recourant n'a fourni des précisions qu'au stade de la procédure d'opposition, indiquant avoir chuté lourdement sur le verglas, le bras droit collé au corps. L'expert n'exclut toutefois pas un mouvement réflexe, dans la mesure où le maintien du bras le long du corps en cas de chute n'est pas un comportement naturel durant un tel accident. Le médecin-conseil de l'intimée s'en tient en revanche aux descriptions du recourant. Cela étant, la connaissance exacte du mécanisme vulnérant n'apparaît pas essentielle à la solution du litige in casu, au vu de la

- 24 - jurisprudence développée en lien avec l'art. 9 al. 2 aOLAA. Il existe en effet incontestablement un facteur extérieur, soudain et involontaire, à savoir la chute du recourant, laquelle constitue une cause possible de la lésion de l'épaule droite. Il n'y a donc pas lieu de déterminer la dynamique exacte de l'événement du 27 février 2015, l'art. 9 al. 2 aOLAA permettant de toute façon de qualifier d'accident la déchirure du tendon observée dans le cas d'espèce. On ajoutera dans ce contexte que l'audition de témoins, telle que proposée par le recourant à la Cour de céans, s'avère superflue, de sorte que cette requête peut être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a). b) S'agissant des suites immédiates de l'accident et du temps écoulé avant la première consultation médicale, le recourant a communiqué les raisons de cet intervalle, ayant adapté ses activités professionnelles aux douleurs et à la perte fonctionnelle partielle de son bras droit. Ces précisions paraissent vraisemblables, étant précisé qu'aucun élément – notamment médical – versé au dossier ne vient les contredire, sous réserve de l'appréciation du Dr H. _____. Les rapports médicaux des Drs D. _____ et F. _____ attestent par ailleurs d'une perte fonctionnelle de l'épaule droite après l'accident, ce bien au-delà de la date de la première consultation du 11 mars 2015. Il peut ainsi être déduit, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une telle impotence fonctionnelle était présente dès les suites immédiates de l'accident concerné. La prise d'antalgiques et les mesures d'adaptation professionnelles sont susceptibles d'expliquer le maintien de la capacité de travail, alors que la persistance des douleurs et des limitations fonctionnelles justifient la consultation médicale et la déclaration différée de l'accident. Enfin, les tendons du biceps et du muscle sous-scapulaire ne présentant pas d'anomalie, certaines des fonctions de l'épaule demeuraient préservées, ce qui a vraisemblablement permis au recourant de conserver son activité professionnelle. Dès lors, on ne peut conclure, comme le fait le Dr H. _____, que le recourant ne présentait pas la

- 25 - symptomatologie inhérente à une lésion de la coiffe des rotateurs et qu'une telle lésion aurait été d'origine exclusivement dégénérative en raison d'une prise en charge

médicale différée et de la poursuite de l'activité lucrative. c) Concernant les différentes lésions de la coiffe des rotateurs, tant l'expert que le médecin-conseil de l'intimée s'accordent à reconnaître un caractère exclusivement dégénératif de la lésion du tendon infra-épineux ou sous-épineux. Le Dr H. _____ considère que la lésion du tendon supra-épineux ou sus-épineux est dégénérative, les tendons des muscles composant la coiffe des rotateurs formant un ensemble anatomique et fonctionnel qui devrait être analysé dans son ensemble. Si cette approche apparaît pertinente sous l'angle médical et thérapeutique, l'art. 9 al. 2 aOLAA n'impose en revanche pas une analyse globale de la coiffe des rotateurs. En effet, l'appréciation du caractère exclusivement maladif ou dégénératif peut se rapporter à un seul tendon ou partie de la coiffe des rotateurs, alors même que ce caractère serait clairement établi pour une autre partie de la coiffe des rotateurs. En l'espèce, reste donc à déterminer si la lésion du tendon supra-épineux revêt, compte tenu des observations ressortant de l'IRM, un caractère exclusivement dégénératif ou maladif. d) Sur cette question, le médecin-conseil de l'intimée est d'avis que l'importance de la rétractation tendineuse du supra-épineux, associée à une amyotrophie, même légère, sont des éléments objectifs confirmant une étiologie exclusivement dégénérative et chronique antérieure à l'accident du 27 février 2015. Le Dr M. _____ a pour sa part relevé que l'absence d'amyotrophie ou une amyotrophie légère, le défaut d'involution graisseuse significative et un degré de rétractation du tendon en fonction des attaches résiduelles de part et d'autre de la lésion évoquaient une survenance beaucoup plus récente. Cette lésion pouvait donc résulter d'une atteinte dégénérative d'évolution rapide ou d'une atteinte traumatique. Le Dr H. _____ ne s'est pas prononcé sur ces explications, mais s'est fondé sur des considérations médicales générales, non pas sur l'analyse des spécificités du cas concret, pour étayer son

- 26 - appréciation. A cet égard, les conclusions de l'expert judiciaire apparaissent dès lors convaincantes en ce qu'elles se fondent sur les données réunies dans la situation particulière du recourant. e) On précisera par ailleurs que l'expert judiciaire n'exclut ni une atteinte dégénérative du tendon supra-épineux, ni une origine traumatique de cette atteinte. Il est donc précisément dans l'alternative que résout expressément l'art. 9 al. 2 aOLAA, à savoir que dans le doute entre une origine exclusivement malade et une origine traumatique, il incombe à l'assurance-accidents de prouver. f) Au vu des éléments ci-dessus, il convient en définitive de se fonder sur l'avis de l'expert judiciaire, dont la valeur probante n'a pas été remise en question par les observations du médecin-conseil de l'intimée. Faute d'avoir démontré l'origine exclusivement dégénérative ou malade de la lésion de la coiffe des rotateurs du recourant à la date du 10 avril 2015, l'intimée est donc tenue de continuer à servir ses prestations au-delà de cette date. 9. On ajoutera à titre superfétatoire que les illustrations jurisprudentielles citées par l'intimée à l'appui de sa position in casu ne lui sont d'aucun secours en l'occurrence. a) Ainsi que l'a relevé la recourante, l'arrêt 8C_485/2014 du 24 juin 2015 n'est pas superposable à la situation du recourant, dans la mesure où, dans cette affaire, le Tribunal fédéral s'est penché sur le cas d'un assuré victime d'une chute à ski sur l'épaule, mais sans déchirure, ni rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. b) L'arrêt 8C_128/2014 du 2 décembre 2014 traite de la lésion subie au genou par un agriculteur indépendant et de l'appréciation des preuves. En l'occurrence, le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt attaqué, estimant que la cour cantonale avait à bon droit privilégié l'avis du médecin-conseil de l'assureur, lequel reposait sur des éléments objectifs du cas concret. On peut observer que ces considérations sont

- 27 - partiellement transposables au cas concret. Elles justifient en l'occurrence de privilégier l'appréciation du Dr M. _____ au détriment de celle du Dr H. _____, lequel s'est fondé sur des considérations d'ordre général (cf. également : consid. 8d supra).

c) L'arrêt 8C_606/2013, cité par la recourante, apparaît en revanche très proche du cas particulier, dans la mesure où le Tribunal fédéral a statué sur le cas d'un assuré victime d'une « rupture avec rétractation du tendon du supra-épineux et une atrophie musculaire discrète à modérée ». La Haute Cour a rappelé que l'origine malade ou dégénérative des lésions devait être manifeste pour exclure toute cause accidentelle. Elle a confirmé l'appréciation de la cour cantonale, selon laquelle, en dépit d'une atteinte dégénérative ayant exercé une influence déterminante, l'assurance-accidents devait continuer à prester vu l'impossibilité d'exclure l'incidence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire. Les considérations retenues par le Tribunal fédéral dans ce cas d'espèce viennent ainsi conforter les éléments pris en compte par la Cour de céans in casu. 10. Compte tenu de ce qui précède, on peut conclure que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 10 avril 2015, à charge pour l'intimée de déterminer le moment à partir duquel l'état de santé, en relation avec l'atteinte de l'épaule droite, peut être considéré comme stabilisé. Les recours doivent en conséquence être admis et la décision sur oppositions querellée réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de servir ses prestations au-delà du 10 avril 2015. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). b) Il n'est pas alloué de dépens, dès lors que le recourant n'est pas représenté par un mandataire qualifié (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al.

- 28 - 1 LPA-VD). B. _____ SA a par ailleurs procédé par l'intermédiaire de son service juridique interne en sa qualité d'assureur social.

- 29 -

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