

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2014

---

Présidence de      Mme      BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges      :      M.      Métral et Mme Pasche  
Greffière      :      Mme      Brugger

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,  
avocate à Lausanne,

et

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à  
Lausanne.

---

**Art. 4 LPGA; 6 LAA; 9 al. 2 OLAA**

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

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité suisse, né le [...] 1951, était, au moment de l'accident le 27 février 2009, employé en tant que déclarant en douane auprès de l'entreprise [...] à [...]. Dans le cadre de cette fonction, il était amené à effectuer de la manutention de colis plus ou moins lourds. Il était assuré à ce titre en assurance accident obligatoire auprès de F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Le 27 février 2009, alors qu'il effectuait en moto une manoeuvre de dépassement d'un fourgon, ce véhicule s'est brusquement déporté sur la même voie, lui coupant la route. En tentant de l'éviter, il a freiné d'urgence et perdu la maîtrise de sa moto, sans toutefois entrer en collision avec le fourgon. Il a pu finalement se relever et rentrer à son domicile par ses propres moyens. Il s'est ensuite rendu aux urgences des Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : les Q.\_\_\_\_\_), quelques heures après l'accident.

Le résumé de consultation au centre d'accueil et d'urgences de cet hôpital du 27 février 2009 mentionne des douleurs thoraciques antérieures droites dyspnée, des douleurs aux épaules avec faiblesse (difficulté à lever les épaules), des douleurs au genou et à la jambe gauche. L'examen clinique effectué évoque des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire droite, pas de touches de piano, des douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche, un testing musculaire coiffe très difficile, une dermabrasion à l'avant-bras droit et au genou droit. Le genou gauche présente une tuméfaction avec probable épanchement sous rotulien, flexion complète difficile et un hématome important face antérieure jambe gauche. A titre de diagnostic les médecins ont retenu des contusions multiples post AVP (accident de la voie publique), une lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche et une entorse acromio-claviculaire droite non compliquée. Ils ne disposaient en revanche d'aucun argument en faveur d'une pathologie pulmonaire ou abdominale. Un arrêt

de travail du 27 février au 6 mars 2009, à temps complet, a été prescrit par le service des urgences.

Le 6 avril 2009, l'employeur de l'assuré a déclaré l'accident à F.\_\_\_\_\_. Il a indiqué au titre de parties du corps atteintes les épaules droite et gauche, les côtes à droite, les genoux droit et gauche et le tibia droit. Il a également indiqué des contusions multiples et brûlures aux genoux, une IRM (imagerie par résonance magnétique) étant planifiée après Pâques.

L'assuré a complété sa déclaration à la demande de F.\_\_\_\_\_ le 24 avril 2009. Il a précisé les circonstances de l'accident comme suit :

« Je me suis mis sur la voie de gauche pour doubler et au même instant le fourgon devant moi s'est mis à gauche mais sa vitesse était inférieure et j'ai du freiner, je ne crois pas l'avoir touché mais j'ai perdu le contrôle de la moto.

[...] Je roulais à 80 km/h, ce tronçon est limité à 80 km/h. Le fourgon devait rouler à 60 km/h, je crois. C'est la première fois que je tombe à moto et de la façon que ça s'est passé je n'arrive pas à m'expliquer la chute ».

A la demande du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 6 mai 2009 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a conclu à une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs aux dépens du sus-épineux avec rétraction tendineuse et atrophie musculaire. Il évoquait également un important épanchement intra-articulaire gléno-huméral, s'étendant dans la bourse sous-coracoïdienne bordant le sous-scapulaire.

Le 19 mai 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé au Dr K.\_\_\_\_\_ la lésion post-traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche sous forme de rupture totale du sus-épineux et luxation antérieure du tendon du long chef du biceps. Il a proposé, compte tenu du handicap ressenti et de la lésion, une arthroscopie opératoire de l'épaule gauche avec suture de coiffe par voie arthroscopique, éventuellement mini-open. Cette opération a été pratiquée le 23 juin 2009.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a pratiqué un CT-scan thoracique le 10 juin 2009 à la demande du Dr M.\_\_\_\_\_. L'examen a notamment mis en évidence de multiples fractures costales à droite (2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup>) et le médecin a conclu à des ganglions médiastinaux d'aspect banal, des micronodules de localisation sous-pleurale au niveau du lobe supérieur gauche et dans la région linguale, une petite opacité floue dans le segment apical du lobe inférieur droit traduisant un trouble ventilatoire ainsi qu'un hémangiome dans le segment VI du foie. Le médecin ne constatait pas d'opacité suspecte dans le parenchyme pulmonaire.

L'assuré a été licencié pour le 31 juillet 2009.

A la demande du Dr P.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a effectué le 6 octobre 2009 une IRM du genou gauche, dont le rapport du même jour contient les conclusions suivantes :

« Discret épanchement intra-articulaire, dans l'échancrure inter-condylienne et kyste synovial de localisation supra-condylienne interne. Chondropathie rotulienne et condylienne antéro-externe « *grade III* ». Déchirure « *grade III* » de la corne postérieure du ménisque interne. Dégénérescence du ménisque externe. Pas de rupture des ligaments collatéraux et croisés. Bursite sous le ligament collatéral externe. Pincement du compartiment interne du genou ».

L'opération du ménisque effectuée le 6 novembre 2009 par le Dr P.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une lésion complexe et étendue de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne du genou gauche.

Dans un bref rapport à F.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ résumait les précédentes interventions et leurs suites opératoires et l'informait d'une 3<sup>ème</sup> intervention prévue le 14 janvier 2010 sous forme d'arthroscopie pour suturer les tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dont l'IRM avait mis en évidence une lésion nette du sus-épineux.

F.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise. De son rapport du 19 décembre 2009, il ressort notamment les éléments suivants :

« **Radiographies :**

J'ai donc eu à disposition les radiographies suivantes :

**27 février 2009 (Q.\_\_\_\_\_)** **jambe gauche face et profil :** structure osseuse sans particularité. Aucune lésion traumatique visible sur ces radiographies. Congruence articulaire fémoro-tibiale sans particularité sur la face et sur le profil, de même que congruence articulaire sans particularité au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

Rotule gauche axiale : légère bascule de la rotule sur la droite qui cependant paraît correctement centrée et de type Wiberg I. Très léger amincissement de l'interligne fémoro-patellaire externe. Aucune image traumatique.

Thorax de face : pas de lésion traumatique visible et pas de pneumothorax.

Epaule gauche face et axiale : sur la face ascension tout à fait nette de la tête humérale. Espace sous-acromial diminué et sclérose périostée sur la face inférieure de l'acromion. Sclérose sous-périostée tout à fait nette au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus. Pas de lésion osseuse visible sinon une suspicion d'arthrose acromio-claviculaire.

Epaule droite de face : la tête humérale est bien centrée dans la cavité glénoïde. L'espace sous-acromial est de dimension physiologique. Il y a un peu d'arthrose acromio-claviculaire. Du côté de cette épaule droite, il n'y a pas d'image de sclérose sous-périostée au niveau de la grosse tubérosité.

**6 mai 2009 (Dr D.\_\_\_\_\_)** importante investigation radiologique de l'épaule gauche (IRM) comportant 10 planches et en tout 190 prises de vue. (!) J'ai examiné en détail toutes ces images. Je constate que l'image d'encoche présente sur la radiographie des Q.\_\_\_\_\_ du 27 février 2009 au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus est encore présente. Il s'agit de l'insertion de la coiffe des rotateurs sur la grosse tubérosité de l'humérus. La coiffe des rotateurs présente une lésion diffuse qui n'apparaît pas radiologiquement à priori comme étant récente. Le tendon du sus-épineux présente une dégénérescence graisseuse modérée. Le tendon est fortement rétracté. Le tendon du sous-scapulaire apparaît également irrégulier et sur certains clichés présente une lésion tout à fait nette. La gouttière du tendon du biceps est vide. L'espace sous-acromial est aminci. L'articulation acromio-claviculaire présente des signes d'arthrose nets, mais modérés.

Le rapport du radiologue mentionne que le muscle sus-épineux présente un aspect atrophié avec un tendon totalement rétracté avec liquide sous-acromio-deltaïdienne évoquant un status post-structure transfixiante de la coiffe des rotateurs. Le radiologue mentionne également un aspect de sub-luxation du tendon du long

chef du biceps avec des signes hypo-intenses évoquant une ténosynovite.

Les conclusions du radiologue sont une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs au dépend du sus-épineux avec rétraction tendineuse et atrophie musculaire.

A mon avis il ne s'agit pas d'une rupture traumatique, mais bien d'une lésion dégénérative importante de cette coiffe des rotateurs.

**6 octobre 2009 (Dr D. \_\_\_\_\_) IRM du genou gauche :** sur les incidences transversales, la rotule paraît légèrement basculée sur l'extérieur et il y a des signes de sclérose sous-chondrale de la facette externe de la rotule manifestant une hyperpression chronique de l'articulation fémoro-rotulienne à cet endroit.

Sur les incidences sagittales, la congruence articulaire fémoro-tibiale est bonne. Il y a une lésion intra méniscale de la corne postérieure du ménisque interne, horizontale, avec atteinte de la surface méniscale inférieure. Il s'agit à l'évidence d'une lésion dégénérative intra méniscale du ménisque interne atteignant la corne postérieure et moyenne du ménisque interne, qui n'a pas l'aspect d'une rupture traumatique, mais bien plutôt d'une lésion dégénérative. Les ligaments croisés antérieurs et postérieurs sont intacts.

Cette image se retrouve sur tous les clichés en incidence sagittale. Il y a également une légère image dégénérative du tendon rotulien à son insertion sur la rotule, image discrète.

Le ménisque externe est intact sur tous les clichés.

Sur les clichés agrandis, la lésion du ménisque interne dont la corne postérieure est tout à fait visible et ces images correspondent absolument à une lésion dégénérative de ce ménisque.

Sur les images frontales, la lésion du ménisque interne est visible dans sa portion moyenne. Il s'agit d'une lésion complexe. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire.

Il n'y a pas d'image de pincement articulaire fémoro-tibial ou de signe d'arthrose.

Pour sa part, le radiologue décrit une déchirure de grade III du ménisque interne. A mon avis, il ne s'agit pas d'une déchirure, mais bien d'une lésion dégénérative.

Pour le reste je suis d'accord avec le rapport du radiologue.

**24 novembre 2009 : (Dr D. \_\_\_\_\_) épaule droite face et profil :** il y a une bonne congruence gléno-humérale. L'espace sous-acromial est de dimension semble-t-il physiologique. L'acromion présente un bec osseux inférieur. Il y a une petite image de sclérose sous-périostée au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus.

**Arthrographie de l'épaule droite :** à mon avis, il n'y a pas d'expansion anormale de la capsule articulaire. Alors que le radiologue décrit une opacification de la bourse sous acromio-

deltoïdienne traduisant une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs, pour ma part, s'il y a une petite lésion de la coiffe des rotateurs, celle-ci n'est pas importante.

**IRM de l'épaule droite :** là aussi de très nombreux clichés, que j'ai tous examinés. Il y a une petite encoche à l'insertion des muscles de la coiffe des rotateurs sur la grosse tubérosité de l'humérus avec un épaissement périostée et sous-périostée. Le tendon du sus-épineux ne paraît pas rompu, mais est aminci, avec une image de dégénérescence graisseuse longitudinale et, peut être, à un endroit, une petite lésion transfixiante de ce tendon du sus-épineux. Sur d'autres clichés, cette dégénérescence graisseuse est mieux visible. Le tendon du long chef du biceps ne paraît pas dans sa position normale dans la gouttière bicipitale de la tête humérale.

Enfin, le tendon du sous-épineux est un peu irrégulier.

Enfin, sur tous ces clichés, une image intra osseuse au niveau du col de l'humérus, ronde, un peu régulière, d'un diamètre d'environ 1.5 cm, et qui évoque la présence d'un enchondrome bénin.

Dans les grandes lignes je suis d'accord avec le rapport du radiologue.

**Diagnostic :**

Lésion dégénérative importante de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, ayant été probablement péjorée temporairement par l'évènement annoncé.

Lésion dégénérative du ménisque interne gauche

Lésion dégénérative de l'épaule droite, nettement moins importante que du côté gauche.

**Discussion :**

Monsieur S. \_\_\_\_\_ est donc un patient actuellement âgé de 58 ans, qui à cet âge, le 27 février 2009, a eu un accident de moto au cours duquel il a perdu la maîtrise de son véhicule. Il est tombé, selon ses dires, sur le côté gauche, mais a pu se relever et rentrer chez lui sur sa moto. Le soir même il s'est présenté aux Urgences des Q. \_\_\_\_\_ où les constatations médicales ont été reportées dans le résumé de consultation daté du 27 février 2009.

D'abord traité conservativement par son médecin traitant habituel le Dr K. \_\_\_\_\_, étant donné la poursuite des douleurs au niveau de l'épaule gauche, une IRM a donc été effectuée le 6 mai 2009, donc 2 mois et demi après l'accident. A la suite de cette IRM, le patient a été envoyé chez le Dr P. \_\_\_\_\_, Chirurgien Orthopédiste, lequel déclare dans son rapport du 19 mai 2009 qu'il s'agit d'une lésion post-traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

Or, à mon avis, après avoir regardé les très nombreuses images d'IRM, je conclus que lors des premières radiographies faites à l'Hôpital Cantonal le jour de son accident, il y avait déjà une encoche tout à fait nette au niveau de la grosse tubérosité de l'humérus, avec sclérose sous périostée, ce qui dénote, déjà à l'époque, une lésion de la coiffe des rotateurs à son insertion sur la grosse

tubérosité, image classique de ce que l'on appelait, il y a un certain temps, image de périarthrite scapulo-humérale. L'arthro-IRM pratiquée le 6 mai 2009, me paraît confirmer qu'il ne s'agit pas d'une image traumatique due à l'accident mais qu'il me paraît tout à fait probable qu'il s'est agi chez ce patient d'une lésion dégénérative déjà présente au moment de l'accident, mais qui a été probablement traumatisée et rendue douloureuse par les suite de l'accident.

Il me paraît donc qu'il s'agit d'une péjoration momentanée d'un état antérieur qui me paraît plus que probable. J'en veux pour preuve, également, que l'épaule droite du patient, qui n'a pas été traumatisée, présente actuellement également des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs.

Du reste, il me paraît fort probable que si l'accident lui-même avait provoqué ces lésions, le patient aura eu suffisamment mal à son épaule gauche, qu'il n'aurait pas pu lui-même se relever et se remettre sur sa moto pour rentrer chez lui.

Les activités professionnelles du patient avant son accident, comme travailleur à [...] pendant 23 ans avec passablement de manutention, comme travailleur au [...] depuis 1992 avec également beaucoup de manutention de colis plus ou moins gros, et avec la livraison de colis en ville, montrent que le patient a utilisé passablement ses deux membres supérieurs et sa carrure athlétique (qui m'a fait lui dire qu'il aurait pu avoir fait de la boxe auparavant), montrent que ses deux épaules ont été probablement surmenées pendant longtemps, ce qui a entraîné ces lésion dégénératives.

La chute a donc exacerbé les lésions dégénératives de l'épaule gauche ce qui a entraîné l'arthroscopie du 23 juin 2009.

Les autres blessures et contusions des deux genoux et des deux jambes n'ont plus aucune expression actuellement et les éraflures multiples sont toutes guéries.

A noter que le patient n'a pas repris son travail depuis son accident et a été licencié pour le 31 juillet 2009.

Depuis son arthroscopie de l'épaule gauche du 23 juin 2009, il n'y a plus aucun document médical dans votre dossier jusqu'au 6 octobre 2009 (IRM du genou gauche). En ce qui concerne ce genou gauche, le diagnostic pré-opératoire du Dr P. \_\_\_\_\_ est celui de suspicion de lésion méniscale interne du genou gauche. Il n'y avait donc pas de certitude clinique.

Du reste, le Dr P. \_\_\_\_\_, dans son rapport opératoire, ne parle que d'une lésion complexe et étendue du ménisque interne à sa corne postérieure, mais ne parle nul part d'une lésion post traumatique. Il s'agit effectivement d'une lésion complexe, atteignant la surface inférieure du ménisque, mais qui n'a absolument pas l'image radiologique d'une rupture traumatique du ménisque.

Il me paraît donc que l'arthroscopie du genou gauche, qui était tout à fait logique compte tenu des plaintes du patient et de l'image radiologique, n'est pas à mettre en causalité avec l'accident du 27

février 2009, mais bien à mettre sur le compte d'un état dégénératif n'étant pas à charge de l'assurance accident LAA.

Enfin, en ce qui concerne l'épaule droite, il s'agit également d'un état dégénératif qui me paraît évident, compte tenu de mon examen clinique qui montre encore une bonne mobilité de cette épaule.

Pour ma part, il ne me paraît pas y avoir d'indication opératoire à cette épaule droite, laquelle a vraisemblablement été un peu plus utilisée depuis l'arthroscopie de l'épaule gauche, mais qui est susceptible de s'améliorer par un traitement conservateur.

Il est connu qu'après une arthroscopie avec suture de la coiffe des rotateurs, la récupération est lente. Le patient est cependant droitier et son membre supérieur gauche n'est pas le membre dominant. Cette épaule gauche présente encore une diminution marquée de la mobilité et la physiothérapie doit se poursuivre.

Je ne pense pas, pour ma part, qu'un statut quo ante pourrait être retrouvé, mais par contre compte tenu de ces lésions qui étaient vraisemblablement déjà en grande partie présentes au moment de l'accident, et étant donné que l'épaule droite est également douloureuse maintenant, un statut quo sine doit être envisagé ».

Se fondant sur ce rapport d'expertise, F. \_\_\_\_\_ a, par lettre du 4 janvier 2010, informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations concernant l'épaule gauche au 31 décembre 2009 et qu'elle refusait toutes prestations concernant les lésions du genou gauche et de l'épaule droite en raison de l'état dégénératif et du défaut de causalité.

Après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_, le Dr P. \_\_\_\_\_ a informé le mandataire de l'assuré par courrier du 4 mars 2010 qu'il maintenait pour sa part ses conclusions relatives à la causalité entre les lésions constatées et l'accident de 2009. Il a en particulier relevé que le patient ne se plaignait absolument pas de ses épaules ou de son genou gauche avant cet événement, qu'il s'était rapidement plaint aussi bien de ces deux épaules que de son genou gauche, que l'épaule gauche étant plus sévèrement atteinte les médecins s'étaient initialement focalisés sur cette épaule gauche, les problèmes devant être résolus l'un après l'autre. Selon lui l'intervention du mois de novembre 2009 avec clairement démontré une lésion complexe, non dégénérative, de cette corne postérieure et moyenne du ménisque interne de ce genou gauche. La petite chondromalacie associée ne pouvait faire admettre une lésion

méniscale dégénérative. S'agissant des épaules, la situation était similaire, en ce sens que si ces dernières présentaient quelques signes dégénératifs probablement antérieurs à l'accident, leur fonctionnement asymptomatique, malgré quelques petits signes dégénératifs acromioclaviculaires, permettait d'admettre très certainement le lien de causalité entre l'accident et la rupture de la coiffe.

L'assuré a, par courrier du 23 mars 2010, fait part de ses observations à F.\_\_\_\_\_. Relevant la discordance entre les constatations du Dr W.\_\_\_\_ et celles du Dr P.\_\_\_\_\_, il a requis une expertise neutre.

Par courrier du 13 août 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_ a informé F.\_\_\_\_\_ d'une bonne récupération de l'assuré s'agissant de son épaule gauche, malgré une faiblesse contre résistance du sus-épineux, d'une complète récupération de son genou gauche, mais de la persistance d'un problème de l'épaule droite nécessitant une intervention de type acromioplastie.

Le 9 septembre 2010, F.\_\_\_\_\_ a rendu une décision, indiquant une complète capacité de travail dès le 7 janvier 2010 attestée par le Dr P.\_\_\_\_\_, ainsi que la reprise d'une activité à 100% en tant que déclarant en douane dès le 1<sup>er</sup> mars 2010. Cette reprise d'activité confirmait les conclusions du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ de sorte que F.\_\_\_\_\_ admettait que le statu quo sine était atteint pour l'épaule gauche dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et que le lien de causalité entre le genou gauche, l'épaule droite et l'accident du 27 février 2009 faisait défaut.

Représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, l'assuré a formé opposition le 11 octobre 2010 relevant notamment que l'opération prévue le 14 janvier 2010 n'avait pu avoir lieu, l'assureur contestant le lien de causalité naturelle, que la garantie d'hospitalisation s'agissant de l'opération du 6 novembre 2009 concernant le genou gauche avait été donnée par F.\_\_\_\_\_, que l'IRM du 10 juin 2009 attestait en particulier de multiples fractures costales à droite permettant d'admettre le lien de

causalité naturelle entre l'accident et l'épaule droite. Il requérait en outre un délai au mois de novembre pour lui permettre de communiquer de nouveaux documents médicaux.

Sollicité par l'assuré, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans un rapport du 6 novembre 2010, a confirmé la rupture de la coiffe des rotateurs évoquée sur le rapport d'IRM du 24 novembre 2009, indiquant que tant les images de l'arthrographie que celle de l'arthro-IRM attestait de cette rupture. Les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ s'en trouvaient affaiblies puisqu'il ne diagnostiquait pour sa part pas la rupture. Concernant le genou gauche, compte tenu des observations faites immédiatement après l'accident constatant la présence d'une importante tuméfaction avec une limitation de la flexion et un hématome important de la face antérieure de la jambe droite, la lésion méniscale dans ce contexte était compréhensible et l'effet positif du traitement chirurgical pratiqué renforçait encore cette idée du peu d'importance à donner aux lésions chondrales.

Ce rapport a été transmis à F.\_\_\_\_\_ le 24 novembre 2010 par l'assuré qui a confirmé les conclusions prises dans son opposition du 11 octobre 2010.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait part de ses observations à cet égard dans un courrier du 13 décembre 2010. Il a relevé d'une part qu'il ne pouvait s'agir d'un véritable rapport d'expertise compte tenu de sa brièveté et du manque d'argumentation détaillée. Il s'est étonné d'autre part des multiples fractures costales mentionnées dans le rapport du scanner thoracique du 10 juin 2009, lesquelles ne figurent pas dans les conclusions dudit rapport et ne lui ont pas été rapportées par l'assuré lors de sa consultation, concluant qu'elles ne pouvaient certainement pas être en lien de causalité avec l'accident. Le Dr W.\_\_\_\_\_ maintenait ses conclusions, confirmant que les lésions à l'épaule droite et au genou gauche n'avaient pas l'aspect d'une lésion traumatique.

F.\_\_\_\_\_ a rendu une décision sur opposition le 18 janvier 2011 confirmant les termes de sa précédente décision.

Dans un rapport du 14 février 2011, le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé au mandataire de l'assuré ce qui suit s'agissant de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ :

« [...] En ce qui concerne l'épaule droite.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ constate, en page 4 de son rapport de décembre 2010 dans ses commentaires sur les reproductions que j'ai jointes à mon rapport. « ..sinon de constater le passage des produits de contraste dans la bourse sous acromiale. ».

Cette appréciation qui correspond à une réalité ne correspond pas à sa description en page 13 de son expertise, où il nie l'existence d'une rupture de la coiffe attestée par le passage de produit de contraste, dans sa description de l'arthrographie en contradiction avec le rapport du radiologue.

L'image de l'IRM, il écrit en page 4 également « ...comme étant le fait d'un aspect dégénératif avec une lésion transfixiante.. » alors que en page 13 de son expertise il écrit « le tendon du sus-épineux ne paraît pas rompu.. » il marque aussi « ..et, peut être, à un endroit une petite lésion transfixiante.. » L'image reproduite ne peut en aucun cas se décrire comme ça, elle correspond à une rupture importante transfixiante.

J'ai étayé mes commentaires en incluant les images radiologiques.

En ce qui concerne le genou, le Dr W.\_\_\_\_\_ ne reprend pas les faits cliniques constatés aux Q.\_\_\_\_\_.

Je maintiens donc mes conclusions qui sont que le rapport, peut être volumineux, de mon confrère contient des erreurs, qu'il reconnaît manifestement quand on compare ses écrits.

En ce qui concerne la formulation des diagnostics en page 13

Lésion dégénérative importante..... épaule gauche  
Lésion dégénérative.... ménisque interne genou gauche  
Lésion dégénérative.... épaule droite.

Celle formulation ne décrit en rien la situation anatomique mais interprète ».

**B.** Par acte du 17 février 2011, S.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 18 janvier 2011. Il a conclu principalement à la réforme de la décision en ce sens que

F.\_\_\_\_\_ soit condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 27 février 2009 et subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction. Il a fondé son argumentation sur l'article 9 OLAA, dans la mesure où les médecins avaient clairement établi l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident et que dès lors, sous réserve d'une origine exclusivement dégénérative, que l'assureur n'avait pas prouvée, les suites de cette lésion devaient être prises en charge par l'intimée. Il a requis à titre de mesure d'instruction complémentaire, l'audition par le biais d'un questionnaire médical du Dr U.\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer le lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident du 27 février 2009.

Répondant par l'intermédiaire de son conseil par acte du 23 mars 2011, F.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours au motif que le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ se prononçait clairement en faveur d'une lésion dégénérative du genou gauche ainsi que de l'épaule droite et que s'il admettait que l'accident puisse avoir aggravé la lésion de l'épaule gauche, il n'en demeurerait pas moins que le statu quo sine avait été retrouvé.

Le 9 juin 2011, le recourant a produit des déterminations complémentaires, dans lesquelles il a requis la production du dossier de l'assureur maladie B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_) alléguant que ce dernier avait adopté une position identique à la sienne. Il a confirmé les termes de son recours du 17 février 2011, ainsi que ses conclusions.

Le 17 juin 2011, la juge instructrice en charge du dossier a requis la production du dossier de l'assureur maladie B.\_\_\_\_\_, qui l'a transmis le 8 juillet 2011 à la Cour des assurances sociales.

Le recourant, dans un mémoire intitulé « réplique II » du 30 août 2011, a confirmé les conclusions prises dans le cadre de son recours au motif que l'examen du dossier de l'assureur maladie confirmait l'argumentation qu'il avait développée et a maintenu sa demande de mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Il a écrit à la Cour des assurances

sociales le 1<sup>er</sup> septembre 2011 pour rectifier une erreur de plume de son allégués 61.

Dans ses déterminations du 15 novembre 2011, l'intimée a relevé que plusieurs pièces du dossier indiquaient clairement que le cas relevait de la maladie. Elle a sollicité la comparution du Dr W. \_\_\_\_\_ à l'audience qui serait fixée par la Cour.

Le recourant a confirmé par courrier du 21 novembre 2011 sa demande de mise en oeuvre d'une expertise judiciaire au vu des conclusions divergentes des différents médecins, expertise qui a été ordonnée le 15 mai 2012 par la juge instructrice auprès du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport d'expertise du 3 avril 2013 le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de déchirure massive de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche, déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et déchirure du ménisque interne au genou gauche. Dans la discussion du cas il a en outre relevé ce qui suit :

« Monsieur S. \_\_\_\_\_ a déclaré n'avoir eu aucun problème antérieur ou de gêne aux épaules ou au genou gauche avant l'accident de moto du 27 février 2009.

Quel pouvait être l'état des épaules et du genou gauche de Monsieur S. \_\_\_\_\_ au moment de l'accident de moto survenu le 27 février 2009 ?

Il est clair que le processus de vieillissement est hautement individuel et qu'il dépend de beaucoup de facteurs, incluant la génétique, le mode de vie et les processus pathologiques préexistants. Les tendinopathies de sur-utilisation ne sont pas limitées aux athlètes de compétition, mais peuvent également toucher les sportifs récréatifs et de nombreux travailleurs. Les changements associés avec l'augmentation de l'âge résultent en un déclin de la structure et de la fonction des tendons. Les changements dégénératifs en relation avec l'âge peuvent déjà être détectés à la troisième décennie (Kannu 2005). Certes, il est évident que Monsieur S. \_\_\_\_\_ avait des tendons de la coiffe et des ménisques d'une personne de 58 ans. La question est de savoir le rôle de l'accident du 27 février 2009 sur les tendons de la coiffe aux deux épaules et du ménisque interne au genou gauche.

### **Épaules :**

Le Dr W. \_\_\_\_\_ estime que le patient avait une lésion dégénérative préexistante de la coiffe aux deux épaules. Monsieur S. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'il n'avait eu aucun problème antérieur ou de gêne aux épaules avant l'accident du 27 février 2009. Est-il possible que le patient ait eu une déchirure asymptomatique de la coiffe aux deux épaules avant son accident ? Selon différentes études citées précédemment, le taux de déchirures asymptomatiques de la coiffe présentes entre 50 ans et 59 ans, est respectivement de 2% (Schibany 2004), de 2.1% (Moosmayer 2009), de 10% (Kim 2009), et de 13% (Tempelhof 1999). Si l'on combine ces chiffres et que l'on calcule le pourcentage estimé de chances du patient de ne pas avoir une déchirure asymptomatique de la coiffe préexistante à l'accident, on voit qu'il est situé entre 87% et 98%.

Prenons néanmoins l'hypothèse que Monsieur S. \_\_\_\_\_ avait une déchirure dégénérative asymptomatique préexistante de la coiffe. Est-ce que l'accident du 27 février 2009 a provoqué une péjoration momentanée d'un état antérieur comme le prétend le Dr W. \_\_\_\_\_ ? Il a été démontré par une étude ultrasonographique que les déchirures asymptomatiques devenaient symptomatiques quand il y avait une extension de la déchirure (Yamaguchi 2001). Ainsi, si le patient avait une déchirure dégénérative asymptomatique préexistante de la coiffe, elle a été augmentée par l'accident du 27 février 2009. Il ne s'agit donc pas d'une péjoration momentanée d'un état antérieur.

Le Dr W. \_\_\_\_\_ affirme que les activités professionnelles de Monsieur S. \_\_\_\_\_ (travailleur à la [...] pendant 23 ans et travailleur au [...] depuis 1992) ont comporté passablement de manutention de colis plus ou moins gros, ce qui montre que les deux épaules ont été probablement surmenées pendant longtemps, ce qui a entraîné des lésions dégénératives. Il est probable que le Dr W. \_\_\_\_\_ ait partiellement raison. Il y a néanmoins trois choses qui me dérangent dans ce raisonnement.

Premièrement, s'il s'agit de lésions dégénératives de la coiffe liées au travail de Monsieur S. \_\_\_\_\_, elles relèveraient donc d'une maladie professionnelle, qui serait de toute façon à charge de l'assurance accident, en l'occurrence F. \_\_\_\_\_.

Le deuxième point qui ne colle pas avec le raisonnement du Dr W. \_\_\_\_\_ est l'absence de douleurs aux épaules du patient avant l'accident du 27 février 2009. Il est effectivement connu que certains travaux lourds semblent prédisposer aux lésions de la coiffe des rotateurs (Svendsen 2004 & Melchior 2006), mais habituellement, elles se manifestent par des douleurs (Herberts 1984, Gazielly 1994, & Andersen 2007).

Troisièmement, la déchirure de la coiffe aux deux épaules chez Monsieur S. \_\_\_\_\_ était particulièrement importante, surtout à gauche. En effet, il y avait une nette surélévation de la tête humérale gauche avec diminution de l'espace sous-acromial sur les radiographies effectuées aux Q. \_\_\_\_\_ le jour même de l'accident, le 27 février 2009, ce qui témoigne d'une déchirure massive de la coiffe. L'IRM de l'épaule gauche de Monsieur S. \_\_\_\_\_ effectuée le 6 mai 2009 confirme la présence d'une déchirure massive de la

coiffe (déchirure complète du tendon sus-épineux rétracté à la glène; déchirure subtotale du tendon sous-épineux et déchirure partielle importante du tendon sous-scapulaire), ainsi qu'une luxation antérieure complète du long chef du biceps. Contrairement à ce que dit le Dr W.\_\_\_\_\_, l'épaule droite du patient a également été traumatisée, raison pour laquelle une radiographie de l'articulation acromio-claviculaire droite a été effectuée aux Q.\_\_\_\_\_, le 27 février 2009. Je rappellerai que lors d'entorses acromio-claviculaires il y a fréquemment des lésions intra-articulaires gléno-humérales, et en particulier des déchirures de la coiffe (Takase 2004, Pauly 2009 & Tischer 2009). L'arthro-IRM de l'épaule droite de Monsieur S.\_\_\_\_\_, du 24 novembre 2009, confirme la présence d'une importante déchirure de la coiffe (déchirure complète du tendon sus-épineux modérément rétracté; déchirure partielle des tendons sous-épineux et sous-scapulaire), ainsi qu'une luxation antérieure complète du long chef du biceps. Les épaules du patient avaient donc respectivement une déchirure massive de la coiffe à gauche et une importante déchirure de la coiffe à droite. Il faut se rapporter à un papier récent, cité plus haut, qui a recherché les restrictions des activités quotidiennes chez 462 patients (924 épaules) âgés de 46 à 87 ans (Nakajima 2012). Les activités quotidiennes étaient restreintes chez les patients ayant des déchirures de la coiffe, qui ressentaient des douleurs nocturnes au niveau de l'épaule et une faiblesse musculaire lors de l'élévation de l'épaule, comparativement aux individus n'ayant pas de déchirure de la coiffe. Même les patients ayant une déchirure de la coiffe asymptomatique, avaient de la difficulté à soulever une charge de 3.6 kg jusqu'à la hauteur de l'épaule. L'état des épaules de Monsieur S.\_\_\_\_\_ (constatés sur les IRM du 6 mai 2009 et 24 novembre 2009) n'aurait donc pas permis de faire un travail lourd, avec manutention de colis plus ou moins gros.

Il faut également se rappeler l'importance du traumatisme que Monsieur S.\_\_\_\_\_ a subi lors de son accident du 27 février 2009. Il est tombé de sa moto alors qu'il roulait à 80 km/h! Si j'ose me permettre, à cette vitesse, en chutant de sa moto, je pense que Monsieur S.\_\_\_\_\_ a eu beaucoup de chance de ne pas avoir eu de lésions beaucoup plus graves. Je mentionnerai que selon les statistiques chez les motards il y a malheureusement eu 74 morts sur les routes suisses en 2012. Quelques articles rapportent des cas de déchirures de la coiffe consécutives à des accidents de moto (Rickert 2006, Bhalla 2011 & Luenam 2012).

Néanmoins, il n'est pas nécessaire d'avoir un traumatisme aussi violent pour provoquer une déchirure de la coiffe. Le plus souvent les traumatismes décrits sont rarement à haute énergie, mais plutôt liés à un traumatisme à basse énergie, même chez les patients jeunes (Hawkins 1999). Habituellement, les patients signalent une chute de leur hauteur avec un choc direct sur l'épaule, un choc indirect avec une chute sur la main ou sur le coude, ou un étirement du bras (Bassett 1983, Packer 1983, Hawkins 1985, Ellman 1986, Bokor 1993, Farin 1995 & Sorensen 2007).

#### **Genou gauche :**

En se basant sur le résumé de consultation du Centre d'Accueil et d'Urgences des Q.\_\_\_\_\_, du 27 février 2009, jour de l'accident, on constate que Monsieur S.\_\_\_\_\_ se plaignait, entre autres, de

douleurs au genou gauche. Cliniquement, il présentait une tuméfaction du genou gauche avec probable épanchement, et une flexion complète difficile. En l'absence de lésion fracturaire (ce qui a été confirmé par les radiographies) ou ligamentaire éventuelle, l'anamnèse et l'examen clinique font penser à une déchirure méniscale consécutive à l'accident. La déchirure méniscale interne a été confirmée par la suite sur l'IRM du genou gauche effectuée le 6 octobre 2009.

L'IRM a également montré la présence de troubles dégénératifs. Ce qui a été confirmé ultérieurement sur les radiographies effectuées à mon cabinet, le 14 septembre 2012. En effet, le patient présente un pincement fémoro-tibial interne aux deux genoux, à prédominance gauche, ce qui correspond à une gonarthrose (arthrose du genou) fémoro-tibiale interne bilatérale. Une prévalence de pathologie méniscale de 70% à 90% a été rapportée chez des patients ayant une arthrose symptomatique du genou (Englund 2012). Néanmoins, les genoux arthrosiques ayant des déchirures méniscales ne sont pas plus douloureux que ceux sans déchirure, et les déchirures méniscales n'influencent pas l'état fonctionnel (Bhattacharyya 2003, Englund 2009 & Englund 2012). Parfois, certaines déchirures méniscales peuvent provoquer une gêne importante ou même des blocages en raison d'un fragment disloqué et, dans ces cas, un traitement chirurgical devient souvent nécessaire (Englund 2009 & Englund 2012).

En ce qui concerne le ménisque interne au genou gauche, le Dr W. \_\_\_\_\_ se base sur l'IRM pour dire qu'il s'agit effectivement d'une lésion complexe, atteignant la surface inférieure du ménisque, mais qui n'a absolument pas l'image radiologique d'une rupture traumatique du ménisque. La réalité est tout autre. Une étude néerlandaise récente, faite sur 134 patients, semble montrer que les déchirures méniscales radiaires, longitudinales et complexes sont fortement en relation avec un traumatisme, récent ou ancien, alors que les déchirures horizontales peuvent être préexistantes dans beaucoup de cas (Boks 2006).

Si on reprend le protocole opératoire de l'intervention du 6 novembre 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_ sur le genou gauche, ce dernier note en ce qui concerne la lésion méniscale : Lésion complexe et étendue de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne. Cette lésion semble être une anse de seau déchiquetée avec composante de « *horizontal cleavage tear* ». Une anse de seau est typiquement un genre de déchirure méniscale d'origine traumatique (Alatakis 2009 & Lim 2012).

Suite à l'intervention du 6 novembre 2009, avec méniscectomie interne partielle, le genou gauche est revenu à la normale, comme le note le Dr P. \_\_\_\_\_ dans la lettre, du 13 août 2010, qu'il adresse à F. \_\_\_\_\_ : « *En ce qui concerne son genou gauche, une récupération complète est notée. F/E complète, aucune douleur, pas d'effusion, pas de plainte au niveau de ce genou gauche* ». Ceci montre que c'est bien le ménisque et non l'arthrose qui a été responsable des symptômes.

Quelques articles rapportent des cas de déchirures méniscales consécutives à des accidents de moto (Lu 1996, Haasper 2006 &

Eskander 2010). Néanmoins, il suffit d'une force en rotation sur un genou partiellement fléchi ou une hyperflexion pour provoquer une déchirure méniscale (Greis 2002 & Verdonk 2010) ».

Le 26 juin 2013, le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise, affirmant la pleine valeur probante qu'il fallait lui conférer, relevant que la réponse aux questions à juger se trouvait aux pages 51 à 53 du rapport et qu'ensuite des questions posées par le tribunal, l'expert avait déclaré un lien de causalité exclusive tant pour le genou gauche que pour les deux épaules, le statu quo ante ayant été retrouvé deux mois après l'accident (recte : l'intervention par arthroscopie) concernant le genou gauche. Arguant que l'expert judiciaire prenait clairement une position favorable aux arguments développés par lui-même, il confirmait les conclusions prises dans son recours et requérait de pleins dépens.

L'intimée s'est pour sa part déterminée le 27 août 2013, relevant des incohérences que posait le rapport d'expertise et requérant des explications complémentaires de la part de l'expert sur les lésions du genou gauche et des épaules.

Dans ses déterminations du 27 septembre 2013, le recourant s'est employé point par point à répondre aux questions soulevées dans les déterminations de l'intimée du 27 août 2013. Il a en particulier relevé qu'un complément d'expertise devait être pertinent, ce qu'il contestait, compte tenu de la conformité de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ aux règles jurisprudentielles et que les questions complémentaires qu'entendait poser la partie adverse s'avéraient inutiles et dénuées de pertinence.

La juge instructrice, par courrier du 17 octobre 2013, a indiqué aux parties que la cause lui semblait en état d'être jugée, sans que soit nécessaire le complément d'expertise requis sous réserve de réquisitions complémentaires. Si, par courrier du 18 novembre 2013, le recourant a informé la Cour qu'il n'avait pas d'autres réquisitions à formuler, l'intimée, par déterminations du 4 décembre 2013, a relevé que le caractère purement dégénératif qu'il lui appartenait de prouver, s'agissant des lésions aux genoux et aux épaules du recourant, ne pouvait l'être qu'en

instruisant d'avantage l'affaire. L'assureur-accidents a en particulier relevé que les circonstances de l'accident qui ne ressortaient que des seules déclarations du recourant devaient être établies de manière plus précise, dans la mesure où, selon lui, l'événement n'avait pu entraîner des lésions des deux côtés du corps. En outre, dans la mesure où il lui appartenait d'établir des lésions dégénératives préexistantes, il lui semblait nécessaire d'investiguer sur l'état de santé antérieur du recourant. L'intimée sollicitait en cas de refus de faire administrer un complément d'expertise, l'audition de l'expert, ainsi que des médecins traitants du recourant dans le cadre d'une audience.

S'adressant aux parties le 12 décembre 2013, la juge instructrice a confirmé qu'un complément d'expertise, au vu d'une nouvelle appréciation des preuves n'était pas nécessaire et a en revanche invité le recourant à lui transmettre des indications relatives au Dr M. \_\_\_\_\_ qu'il avait consulté le 27 mai 2009 pour la première fois, ainsi qu'à lui transmettre les coordonnées de son médecin traitant. Elle a enfin refusé l'audition des médecins, indiquant que leur témoignage ne lui apparaissait pas déterminant pour trancher le litige et invitant l'intimée, si elle le jugeait nécessaire, à produire dans le même délai un nouvel avis médical du Dr W. \_\_\_\_\_.

Le 27 janvier 2014, l'intimée a fait parvenir au tribunal le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2013 en indiquant qu'il avait motivé sa demande de complément d'expertise. Il ressort de ce rapport ce qui suit, outre le fait que le Dr W. \_\_\_\_\_ a ressenti le contenu du rapport d'expertise judiciaire comme une attaque personnelle :

« Je me bornerai cependant à rappeler brièvement les points suivants :

- L'accident de Monsieur S. \_\_\_\_\_ est survenu le 27 février 2009 à 14h10 (déclaration d'accident) et déclaration à l'Assurance le 16 avril 2009, donc 5 semaines plus tard.

- Le 20 avril 2009, F.\_\_\_\_\_ demande au patient des renseignements complémentaires sur le déroulement de l'accident, et la réponse de Monsieur S.\_\_\_\_\_ du 24 avril 2009 déclare qu'il ne croit pas avoir touché le véhicule qu'il dépassait et qu'il a perdu le contrôle de sa moto. Il n'arrive pas à s'expliquer la chute.
- Je rappelle ici encore une fois que si le patient a fait une chute de moto en roulant à 80 Km/h (ce que je ne conteste pas), tous les documents à disposition déclarent qu'il s'est relevé tout seul, qu'il est remonté sur sa moto et qu'il est ainsi rentré chez lui (il était 14h10).
- Le patient ne peut donc pas expliquer cette chute.
- Il n'y a pas eu de contrat de Police ni d'éventuel témoin (déclaration de sinistre).
- Il a consulté les Urgences des Q.\_\_\_\_\_ plusieurs heures plus tard (rapport des Q.\_\_\_\_\_).
- Qu'après les examens cliniques et radiologiques nombreux et variés, le diagnostic posé aux Q.\_\_\_\_\_ est « *contusions multiples post-AVP (Accident de la Voie Publique), lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, entorse acromioclaviculaire droite non compliquée. Pas d'argument pour une pathologie pulmonaire ou abdominale* ». Il est également mentionné sur ce rapport que le patient est peu favorable à rester aux Q.\_\_\_\_\_ en observation pendant une nuit et il quitte alors les Urgences pour rentrer chez lui.
- Que compte tenu de cela, l'accident ne peut pas être considéré comme un accident grave, mais bien plutôt comme un accident de moyenne importance.
- Que si le patient avait été gravement blessé, il aurait été hospitalisé et n'aurait pas pu rentrer à moto jusqu'à son domicile après son accident, ni aller aux Urgences quelques heures plus tard.
- Qu'il aurait consulté son Médecin traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_, le lendemain de l'accident et non 5 jours plus tard comme mentionné dans les documents.

J'ajoute encore qu'il est depuis longtemps connu et admis par le corps médical, et les Tribunaux, que des dégénérescences musculo-tendineuses au niveau de la coiffe des rotateurs commencent déjà à partir de l'âge de 40 ans, sans qu'il y ait plainte de la part des patients. Après l'âge de 50 ans, les autopsies de patients décédés, soit par accident, soit de diverses maladies ne touchant pas les épaules, on a constaté que, selon les Auteurs, de 15 à 30% des patients montraient des lésions dégénératives des structures musculo-tendineuses des épaules sans s'être jamais plaints de douleurs. Ceci signifie que Monsieur S.\_\_\_\_\_ a très bien pu avoir des lésions dégénératives de ses épaules avant son accident sans s'être plaint, mais que l'accident en question les a révélées et probablement accentuées, mais en tous cas pas provoquées.

Je reste donc, en toute connaissance de cause, à mon appréciation dans le cas de Monsieur S.\_\_\_\_\_ comme décrit dans mon expertise du 29 décembre 2009 et dans ma lettre complémentaire adressée à F.\_\_\_\_\_ le 13 décembre 2010 concernant le rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2010 ».

Faisant suite aux déterminations du 4 décembre 2013 de l'intimée, le recourant a indiqué dans un courrier du 27 janvier 2014 l'impossibilité pour l'intimée d'avoir accès à la globalité du dossier médical antérieur à l'accident. Il a précisé qu'au vu de l'importance des dégâts à la moto ensuite de la chute, l'expert n'avait été amené qu'à apprécier la valeur de l'épave. Il a en outre transmis les explications s'agissant de la date du rendez-vous avec le Dr K.\_\_\_\_\_, expliqué également les raisons relatives au fait que le CT-scan thoracique n'avait été réalisé que le 10 juin 2009 et transmis les coordonnées du Dr M.\_\_\_\_\_.

Interpellé le 11 mars 2014, sur la question de savoir si le recourant l'avait consulté pour des problèmes de santé en relation avec l'une ou l'autre de ses épaules ou son genou gauche, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'avait jamais été consulté avant le 27 février 2009, la date de la première consultation étant le 27 mai 2009. Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il a confirmé, par courriers des 10 juillet et 16 août 2014, qu'aucun soin avant le 27 février 2009 n'avait été apporté ni aux épaules ni aux genoux du recourant qui ne s'en était d'ailleurs, avant cette date, jamais plaint.

Par courrier du 19 août 2014, l'intimée a confirmé ses écritures du 4 décembre 2013, à la remise de ces nouveaux documents, tandis que le recourant par déterminations du 19 août 2014 a confirmé le fait qu'il se trouvait conforté dans son argumentation et qu'il persistait dès lors dans ses conclusions.

### **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 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).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, compte tenu du domicile du recourant à [...] lors du dépôt du recours, contre une décision sur opposition de l'assureur accident, 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 statuer (art. 93 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; 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; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** La question litigieuse est celle de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 27 février 2009 et les lésions constatées au genou gauche et à l'épaule droite et celle du retour du statu quo sine le 1<sup>er</sup> janvier 2010 s'agissant de l'épaule gauche. Autrement dit, il convient de déterminer s'agissant de cette dernière atteinte si le recourant a droit à des prestations de l'assureur-accidents au-delà de cette date.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_71/2012 du 11 décembre 2012 consid. 4 et 5.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3 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; TF 8C\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

**4. a)** En vertu de la délégation de compétence donnée par l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; 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.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion 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 en principe 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 (cf. 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).

**b)** Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). La mission de l'expert, quant à elle diffère indiscutablement de celle du médecin traitant et en principe, le juge, sauf motifs impérieux ne s'écarte pas des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**5. a)** Conformément à la jurisprudence rappelée au consid. 4 a) précité, la notion de lésion corporelle assimilée a pour but d'éviter au profit de l'assuré la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Ainsi, pour autant que l'origine malade de la lésion ne soit pas manifeste, voire exclusive, il appartient à l'assureur accidents d'en prendre en charge les suites si une cause extérieure en a déclenché les symptômes.

Il est constant, dans le cas d'espèce, que les atteintes à la santé dont le recourant requiert la prise en charge, à savoir la déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et la déchirure du ménisque interne du genou gauche, constituent des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c et f OLAA (les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ayant été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses, cf. ATF 123 V 43 consid. 2b; 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4) et que dès lors, sous réserve de l'origine exclusivement malade de ces dernières et d'une cause extérieure, l'intimée doit les prendre en charge.

De l'avis de l'expert judiciaire, le Dr R.\_\_\_\_\_, les atteintes à la santé, consistant en une déchirure de la coiffe des épaules gauche et droite et en une déchirure du ménisque interne du genou gauche, dont se plaint le recourant, sont exclusivement dues à l'accident de moto dont il a été victime le 27 février 2009. Reprenant les documents radiologiques, l'expert explique les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'interprétation du radiologue, notamment s'agissant de l'IRM du 6 mai 2009 relative à l'épaule gauche, relevant, à cet égard, l'inadéquation de la lecture des

différentes séquences de l'IRM effectuées pour juger de l'atrophie musculaire du sus-épineux. De même dans la discussion du cas, il donne les raisons lui permettant de s'écarter de l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ et d'exclure une origine exclusivement dégénérative des atteintes du recourant. Se fondant sur une importante littérature médicale, il relève la rareté d'une déchirure asymptomatique de la coiffe des rotateurs à 58 ans, admet que si tel avait été le cas il ne pouvait s'agir d'une péjoration momentanée d'un état antérieur, mais bien d'une nouvelle atteinte en lien exclusif avec l'accident, dans la mesure où une telle déchirure asymptomatique devient symptomatique lorsqu'elle se péjore. De même il ne peut expliquer une absence totale de douleurs si les lésions aux épaules avaient été causées par son activité professionnelle, dans la mesure où il a été amené dans ce cadre pendant de nombreuses années à manipuler des charges parfois conséquentes. L'importance des déchirures constatées lui permet de surcroît d'affirmer qu'il n'aurait pas été en mesure de soulever sans difficultés des charges même inférieures à 5 kg. Enfin, il relève que tomber en moto en roulant à 80 km/h engendre généralement des traumatismes beaucoup plus importants que ceux dont a été victime le recourant. Quant aux constatations relatives à son genou gauche, faites à l'arrivée du recourant aux urgences des Q.\_\_\_\_\_, à savoir la tuméfaction du genou avec probable épanchement et flexion complète difficile, elles permettaient à l'expert de penser à une déchirure méniscale traumatique, en l'absence de fracture constatée radiologiquement ou de lésions ligamentaires. S'il admet que l'IRM a démontré la présence de troubles dégénératifs, l'expert indique que le type de déchirure méniscale complexe présentée par le patient est considéré comme étant d'origine traumatique. Enfin, la lésion décrite sur le protocole opératoire, soit une anse de seau, s'inscrit dans le cadre des déchirures méniscales à caractère traumatique et la fonction complète retrouvée suite à l'opération sans que ne subsiste aucune douleur lui permet d'y voir un indice supplémentaire au lien de causalité.

Cette expertise vient confirmer l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, convaincu de l'origine traumatique des atteintes aux épaules, de même qu'au genou gauche. A l'instar de l'expert judiciaire, ce

médecin relève que l'absence totale de plaintes du recourant antérieurement et la simultanéité de celles-ci avec l'accident du 27 février 2009, malgré des traitements échelonnés dans le temps, sont autant d'éléments permettant d'admettre le lien de causalité. De même selon lui, les quelques signes dégénératifs mis en évidence par l'imagerie ne suffisent pas à l'interrompre (cf. courrier du 4 mars 2010).

Enfin le Dr U.\_\_\_\_\_, mandaté à titre privé par le recourant, ne parvient pas non plus à d'autres conclusions, lorsqu'il relève la concordance entre l'anamnèse, l'examen clinique effectué le jour de l'accident aux Q.\_\_\_\_\_, les diagnostics posés, ainsi que l'effet positif des traitements chirurgicaux à l'épaule et au genou gauche (rapport du 6 novembre 2010 p. 3 à 5).

De la lecture de ces différents documents se dégage une opinion médicale admettant majoritairement un lien de causalité entre l'accident et les lésions du recourant aux épaules et au ménisque gauche. Finalement, l'avis qu'exprime le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 décembre 2009 reste isolé et ne permet pas d'envisager une origine manifestement malade aux lésions présentées par le recourant. Les diagnostics de lésions dégénératives qu'il pose, au contraire des autres médecins intervenants, ne sont pas fondés sur un système de classification scientifique reconnu. Ses courriers ultérieurs des 13 décembre 2010 et 8 mai 2013 ne permettent pas plus de s'en convaincre, puisque le Dr W.\_\_\_\_\_ ne fonde pas son argumentation sur des éléments médicaux objectifs mais tente de démontrer le défaut de lien de causalité par des hypothèses qu'il élabore sur la base des éléments de fait tels que la façon dont le recourant s'est rendu à l'hôpital, les délais écoulés entre l'accident et sa déclaration, entre l'accident, l'imagerie effectuée et les visites médicales, ainsi que son défaut d'hospitalisation qu'il met sur le compte d'un accident de peu d'importance (rapport du 8 mai 2013 p. 3).

L'expertise judiciaire revêt pour sa part une pleine valeur probante. En effet, le Dr R.\_\_\_\_\_ fonde ses conclusions sur l'examen des

documents médicaux figurant au dossier, en expliquant les raisons de son avis divergeant lorsqu'il existe, procède à une anamnèse familiale, systématique et socioprofessionnelle complète, s'appuie sur le résultat de tests effectués lors de l'expertise, se réfère à une importante documentation médicale théorique qui lui permet également d'asseoir ses constatations cliniques, motive clairement l'opinion médicale à laquelle il parvient, prenant soin de répondre aux questions du tribunal et des parties de manière précise et gardant l'objectivité et la distance nécessaire à la tâche demandée. À aucun moment, contrairement à ce qu'allègue le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 8 mai 2013, l'expert, qui certes ne partage pas son avis, fait preuve d'un comportement déplaisant et irrespectueux à son égard. La Cour n'a en conséquence dans le cas d'espèce aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire qu'elle considère fondées.

Cet avis est d'autant plus convaincant qu'il ne ressort pas du dossier de l'assureur maladie un document médical supplémentaire qui permettrait d'admettre une origine exclusivement malade des lésions constatées aux épaules et au genou gauche. Le fait que, dans les documents administratifs d'B. \_\_\_\_\_, une croix ait été inscrite sous la case maladie et que, dans une notice interne, cet assureur ait indiqué avoir renoncé à poursuivre la procédure pour différents motifs liés au mode de gestion de l'intimée, ne permet pas d'avantage de s'en convaincre. Bien plus, l'origine exclusivement malade des lésions des épaules et du genou gauche est encore moins crédible par la confirmation donnée par les médecins traitants les Drs K. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ de n'avoir jamais eu à traiter le recourant pour des motifs en lien avec les parties du corps lésées avant l'accident du 27 février 2009.

**b)** L'accident et son déroulement n'ont, dans un premier temps, pas fait l'objet de contestation de la part de l'intimée, l'assureur accident ayant, dans sa réponse, admis les faits tels que relatés dans la déclaration du 6 avril 2009, son complément du 24 avril suivant et dans les actes de procédure sans aucune variation de la part du recourant. L'intimée, dans ses déterminations du 4 décembre 2013, évoque

cependant des circonstances peu claires qui feraient douter des suites de l'événement s'agissant du lien de causalité entre ce dernier et les lésions de l'épaule droite et du genou gauche. Par cette argumentation, elle conteste de fait les conséquences de l'accident et leur ampleur.

Il ressort pourtant du rapport des urgences des Q. \_\_\_\_\_ établi le jour même de l'accident que le recourant s'est plaint à son arrivée de douleurs thoraciques antérieures droites dyspnée, de douleurs aux épaules avec faiblesse (difficulté à lever les épaules) et de douleurs au genou et à la jambe gauche. La déclaration d'accident du 6 avril 2009, ainsi que son complément du 24 avril suivant, que l'intimée n'a par ailleurs jamais remis en cause lors de l'instruction du dossier menée par elle, font également état de ces mêmes parties du corps touchées. A cet égard, il convient également de relever que le recourant a invariablement exposé les circonstances de l'accident, les lésions et les douleurs qui en ont découlés de la même manière tout au long de la procédure. On ne peut dès lors suivre l'intimée lorsqu'elle prétend à l'absence de douleurs immédiates aux parties du corps concernées dans les suites de l'accident. D'autre part, la manière dont le recourant s'est rendu aux urgences, ou le délai qui s'est écoulé entre les investigations approfondies par IRM au genou et à l'épaule droite et l'accident ne permet pas, médicalement, de conclure comme le fait l'intimée à une absence de douleurs et donc de lésions en lien avec cet événement. L'arrêt 8C\_330/2012 du 19 avril 2013 du Tribunal fédéral cité par l'intimée n'est à cet égard pas pertinent puisque le recourant a immédiatement fait état de douleurs et le service des urgences des Q. \_\_\_\_\_ a immédiatement relevé la perte de force aux deux épaules dans son rapport du 27 février 2009.

Quant au CT-scan thoracique du 10 juin 2009, dont l'assureur relève la mise en œuvre tardive, outre le fait qu'il a été effectué ensuite d'une tache constatée par radiographie sur le poumon gauche du recourant, qui a permis la mise en évidence des fractures costales, il n'est pas dans le cas d'espèce particulièrement relevant à mesure qu'il ne porte pas en particulier sur les parties du corps dont la prise en charge est litigieuse. Il permet en revanche d'appuyer la présence des douleurs

thoraciques constatées le jour de l'accident. On relèvera à cet égard qu'il n'est de manière générale pas particulièrement surprenant de devoir faire face, lors de la mise en place d'examen médicaux complémentaires permettant d'approfondir les investigations, à des délais qui peuvent parfois être relativement long, compte tenu de la surcharge des centres médicaux

Considérant ces différents éléments, force est de constater qu'ils ne permettent pas non plus de remettre en question les conclusions de l'expert judiciaire, de sorte qu'il y a lieu d'admettre sous cet angle également le rapport de causalité entre l'accident et les lésions à l'épaule droite et au genou gauche.

**c)** S'agissant de l'épaule gauche, l'intimée, sur la base du rapport du 19 décembre 2009 du Dr W.\_\_\_\_\_, en a admis la prise en charge jusqu'au 31 décembre 2009. Passé cette date, elle a considéré que le statu quo sine avait été retrouvé, compte tenu de l'état dégénératif préexistant.

La question doit être examinée à l'aune de la règle particulière de preuve posée par la jurisprudence applicable aux lésions assimilées, selon laquelle, pour admettre le retour à un statu quo ante ou sine, l'accident ne doit plus jouer aucun rôle et le caractère exclusivement maladif de l'atteinte être clairement démontré (cf. TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 4.3). Ainsi la règle de la vraisemblance prépondérante, généralement valable en assurance-accidents pour admettre l'évolution vers un statu quo sine, ne s'applique pas dans ce cas particulier.

Il ressort de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ que la déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche est d'origine exclusivement traumatique (rapport du 3 avril 2013 p. 61 question n° 2). S'il considère que l'atteinte au genou gauche est actuellement stabilisée, l'intervention par arthroscopie du 6 novembre 2009 ayant permis une récupération complète, il n'en est pas de même de l'atteinte aux épaules

et en particulier de l'épaule gauche. L'expert relève en effet que la coiffe de l'épaule gauche, malgré l'intervention du 23 juin 2009, a mal cicatrisé, de sorte qu'un traitement chirurgical supplémentaire s'avérait nécessaire. Il ne laisse cependant planer aucun doute s'agissant de la lésion consistant en une déchirure de la coiffe des rotateurs qu'il attribue exclusivement à l'accident et exclut que l'un de ces troubles soit partiellement dû à l'accident (rapport du 3 avril 2013 p. 57 question n° 9). Selon le Dr W. \_\_\_\_\_, qui est d'avis qu'il s'agit d'une lésion dégénérative, la déchirure de la coiffe à l'épaule gauche relève d'une péjoration momentanée d'un état antérieur dont le *statu quo sine* devrait être considéré comme retrouvé six, au maximum huit, mois après l'accident. Il estime que l'épaule gauche aurait, même sans l'accident, commencé à faire souffrir le recourant et nécessité des soins à ce moment étant donné la survenue des douleurs à l'épaule droite peu avant sa consultation (rapport du 19 décembre 2009 p. 17). Or, l'argument sur lequel se fonde le Dr W. \_\_\_\_\_ ne tient pas dans la mesure où, d'une part, l'origine traumatique de la déchirure de la coiffe à l'épaule droite a été établie par l'expertise judiciaire (consid. 5b *in fine supra*) et, d'autre part, le recourant s'est plaint de douleurs à son arrivée aux Q. \_\_\_\_\_, dont le rapport du 27 février 2009 relevait la perte de force aux deux épaules. Enfin, le Dr W. \_\_\_\_\_, au même titre que l'expert judiciaire, a considéré que l'état définitif s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche n'était pas atteint (rapport du 19 décembre 2009 p. 18). Dès lors, on ne peut déduire ni des conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_, ni des autres pièces au dossier, que la déchirure massive de la coiffe constatée à l'épaule gauche serait imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, que ce soit pour la période ayant immédiatement suivi la chute ou celle postérieure au 31 décembre 2009.

Compte tenu de ce qui précède, et en l'absence d'éléments objectifs contraires, il y a lieu de constater que le *statu quo sine* concernant cette épaule n'a pas été retrouvé et les troubles subsistant encore actuellement sont donc à prendre en charge par l'intimée dans la mesure où ils découlent de l'accident.

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; TF 8C\_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 5.1).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves »; ATF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

Dans le cas précis, le complément d'expertise tel que requis par l'intimée n'apparaît pas comme étant susceptible d'influencer le sort du présent litige. En effet, l'expert judiciaire s'est prononcé de façon complète sur l'aspect médical du cas en sa qualité de spécialiste sur les lésions constatées et leur relation de causalité avec l'événement. Il ne lui appartient pas de se prononcer sur les raisons ayant conduit les médecins précédents à procéder à des examens plusieurs mois après l'accident, pas plus qu'il ne lui appartient de se prononcer sur la dynamique de l'accident

ou ses circonstances et leurs conséquences par rapport aux lésions constatées.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a été interpellé, à l'instar de ce que souhaitait l'intimée, sur les soins prodigués aux deux épaules et au genou gauche antérieurement à l'accident et les explications relatives à son rôle minime joué dans cette affaire ont été données à satisfaction. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a eu l'occasion de se prononcer par écrit à plusieurs reprises, un délai supplémentaire ayant été fixé à l'intimée pour produire cas échéant un nouveau rapport, de sorte que l'audition - mesure non pertinente dans le cas précis - de ces médecins lors d'une audience n'apparaît pas susceptible de modifier le sort du litige.

Partant, compte tenu d'une appréciation anticipée des preuves, force est de déduire que les mesures d'instructions complémentaires requises sous forme de complément d'expertise ou d'audition des médecins précités, s'avèrent non pertinentes et par la même superflues pour se prononcer sur les éléments querellés.

Compte tenu de l'argumentation qui précède, le recours s'avère ainsi bien fondé et doit en conséquence être admis. La décision sur opposition attaquée doit être réformée en ce sens que F. \_\_\_\_\_ devra prendre en charge et assumer toutes les suites relatives aux lésions des deux épaules et du genou gauche en lien avec l'événement accidentel du 27 février 2009 et ceci même au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2010 s'agissant de l'épaule gauche.

**b)** Le recourant, qui a obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, au vu de l'importance de la procédure, de l'expertise effectuée et des nombreuses déterminations, il y a lieu

d'arrêter le montant des dépens à 4'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGa).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 18 janvier 2011 rendue par F.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que l'assureur-accidents devra prendre en charge les suites de l'accident du 27 février 2009, aux deux épaules et au genou gauche et ceci même au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2010.
  
- III. L'intimée versera au recourant un montant de 4'000 francs (quatre mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour S.\_\_\_\_\_),
- Me Séverine Berger (pour F.\_\_\_\_\_),

- 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).

La greffière :