

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mars 2014

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marina Machado, avocate à  
Fleurier,

et

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 et 24 al. 1 LAA ; art. 9 al. 2 et 36 al. 1  
OLAA**

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

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé du 15 juillet 1985 au 30 septembre 2003 auprès de la société B.\_\_\_\_\_, d'abord en qualité de jardinier puis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1996, comme responsable du domaine entretien des bâtiments et extérieurs. Du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 31 août 2007, il a œuvré pour le compte de J.\_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de F.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.\_\_\_\_\_, la caisse ou l'intimée).

Le 14 août 2007, l'assuré a chuté dans les escaliers. Selon la déclaration d'accident du 23 août 2007, la partie du corps atteinte a été l'épaule droite, décrite comme « fracturée », les premiers soins ayant été donnés à H.\_\_\_\_\_ par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, qui a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 14 août 2007.

F.\_\_\_\_\_ a pris le cas en charge.

Une arthrographie par imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite a été mise en œuvre le 21 septembre 2007 en raison d'une suspicion de lésion de la coiffe. Dans son rapport du même jour, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une déchirure étendue de la coiffe des rotateurs intéressant le sus-épineux et le sous-épineux. Il a également fait état d'arthrose acromio-claviculaire modérée, avec un bec ostéophyttaire latéral de l'acromion.

Dans son rapport à F.\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2007, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de rupture du tendon sous et sus-épineux de la coiffe des rotateurs droite sur tendinopathie chronique de la coiffe, le patient étant en totale incapacité de travail. Sous la rubrique « causalité » de son rapport, il a indiqué « rupture aiguë sur tendinopathie de la coiffe ».

A l'occasion d'une entrevue avec un inspecteur de la caisse du 21 novembre 2007, l'assuré a expliqué avoir sans doute loupé une marche le jour de l'accident, glissé, puis être tombé de tout son poids sur l'épaule droite. Il avait ressenti immédiatement des douleurs très violentes. Il avait appelé à l'aide et une personne était venue le relever.

Dans son rapport du 22 janvier 2008 à F.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une reprise du travail n'était pas envisageable pour l'instant, le patient ayant développé une capsulite rétractile de l'épaule droite.

F.\_\_\_\_\_ a annoncé le cas de l'assuré en détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 21 février 2008. L'assuré a dans ce contexte été invité à déposer une demande de prestations AI, ce qu'il a fait le 25 mai 2008.

Le 9 avril 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait savoir au médecin-conseil de F.\_\_\_\_\_ que l'état de son patient - chez qui il diagnostiquait une rupture du tendon sous- et sus-épineux de la coiffe droite, une tendinopathie chronique droite et une capsulite rétractile droite - évoluait objectivement peu.

La caisse a alors mandaté le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la main et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin qu'il examine l'assuré. Dans son rapport du 7 juillet 2008 faisant suite à son examen de l'assuré du 9 juin 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite, d'arthrose acromio-claviculaire, conflit sous-acromial chronique et perte de substance dégénérative des tendons sus- et sous-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de diabète insulino-dépendant et de syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 2004 opéré à gauche en 2005 et non traité à droite. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que la limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite était très vraisemblablement en lien de causalité naturelle probable avec l'accident du 14 août 2007.

Toutefois l'arthrose acromio-claviculaire droite, la lésion de la coiffe des rotateurs et le syndrome du tunnel carpien constituaient certainement des facteurs étrangers préexistants dégénératifs, pour les raisons suivantes :

- « - L'âge du patient où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques rares.
- Antécédent de fortes sollicitations du membre supérieur droit dominant (travaux de carrosserie, pêche, etc.).
- Diabète.
- L'action vulnérante du 14.08.2007 est inappropriée pour entraîner une sollicitation de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture en l'absence de toute notion de mouvement extrême de l'épaule ou d'abduction active contre résistance. Un choc direct à la face latérale de l'épaule est par contre susceptible de révéler un état pathologique préexistant asymptomatique.
- Les radiographies initiales et l'IRM n'ont montré aucune lésion anatomique manifestement traumatique, mais uniquement une série de troubles dégénératifs, notamment de l'articulation acromio-claviculaire et de l'espace sous-acromial droit dont l'association est classiquement retrouvée dans l'aboutissement d'un processus chronique évoluant sur de nombreuses années. »

Pour le Dr C. \_\_\_\_\_, l'accident du 14 août 2007 n'avait ainsi fait que révéler, et non pas causer, les lésions anatomiques objectivables au niveau de l'épaule droite (soit l'arthrose acromio-claviculaire et la perte de substance des rotateurs). Pour lui, la capsulite rétractile, qui était actuellement le handicap majeur, résultait directement du traumatisme et évoluait de façon peu satisfaisante. Toujours pour l'expert, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité antérieure qu'au taux de 50%, mais avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (savoir une activité ne nécessitant pas d'effort ni de mouvement répétitif du membre supérieur droit). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a enfin constaté que l'état de l'assuré n'était pas encore stabilisé, si bien qu'il ne lui était pas encore possible de dire si le statu quo sine allait être retrouvé d'ici l'été, ni d'évaluer une atteinte à l'intégrité.

Le 16 octobre 2008, F. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'assuré qu'elle le considérerait comme apte au placement dans une activité adaptée dès le 6 décembre 2008, admettant de prolonger le versement des indemnités journalières jusqu'au 5 décembre 2008.

Par décision du 4 novembre 2008, la caisse a admis de verser des indemnités journalières en faveur de l'assuré jusqu'au 31 décembre 2008, le considérant comme apte à travailler à 100% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans une activité adaptée, en se fondant sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2008 selon laquelle il était apte à travailler à 50% dans son activité habituelle de responsable d'immeuble et à 100% dans une activité adaptée.

Le 4 novembre 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste au chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rédigé un certificat médical selon lequel son patient était inapte au travail du 4 novembre 2008 au 31 janvier 2009.

Le 4 novembre 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution stagnante, avec une mobilité s'améliorant gentiment, le patient gardant beaucoup de douleurs.

Le 6 novembre 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une capsulite rétractile droite et une rupture des tendons sus- et sous-épineux de l'épaule droite sur tendinopathie chronique, avec évolution stagnante, une reprise du travail n'étant pas prévue.

L'assuré s'est opposé le 5 décembre 2008 à la décision de la caisse du 4 novembre 2008, en faisant pour l'essentiel valoir que son état n'était pas stabilisé et que la décision précitée était dès lors prématurée.

Par décision sur opposition du 10 juillet 2009, F. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré, en exposant que la situation n'avait pas évolué depuis l'été 2008.

**B.** Par acte du 2 septembre 2009, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens que la caisse était tenue de poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 31

décembre 2008 jusqu'à stabilisation complète de son état, et subsidiairement à son annulation (cause AA 102/09).

Dans sa réponse au recours du 26 octobre 2009, F. \_\_\_\_\_ a modifié sa décision sur opposition du 10 juillet 2009 en relevant ce qui suit :

« **1. M. A. \_\_\_\_\_ est, depuis le 17.08.09, en stage de réadaptation professionnelle auprès de l'O. \_\_\_\_\_ à [...], stage qui devrait durer jusqu'au 31.01.10.**

**Il a perçu des indemnités journalières dites d'attente de l'AI pour la période du 09.06.09 au 16.08.09, d'un montant brut de 198.40/jour (net Fr. 186.40/jour).**

**Depuis le 17.08.09, il perçoit des indemnités de réadaptation du même montant** et il devrait en être ainsi jusqu'à la fin des mesures professionnelles accordées par l'AI, jusqu'au 31.01.10 en tout cas, et probablement encore durant une certaine période au-delà, puisque des stages en entreprises sont ensuite envisagés.

Entre le 09.06.09 et le 31.01.10 au moins, le droit aux indemnités journalières de l'assurance LAA cesse, conformément à l'art. 16.3 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20].

**2.** Compte tenu de l'octroi de ces indemnités journalières AI à dater du 09.06.09, la suspension du paiement des indemnités journalières de l'assurance-accidents au 31.12.08 apparaît inadéquate, de sorte que **la F. \_\_\_\_\_ admettra encore le versement d'indemnités journalières jusqu'au 08.06.2009** selon le calcul suivant :

**Indemnités de l'assurance LAA :**

100% du 01.01.2009 au 28.02.2009 = 59 jours à Fr. 187.50 = Fr.  
11'062.50

50% du 01.03.2009 au 08.06.2009 = 100 jours à Fr. 93.80 =  
Fr. 9'380.00

**Indemnités de l'assurance complémentaire LAA :**

100% du 01.01.2009 au 28.02.2009 = 59 jours à Fr. 23.40 = Fr.  
1'380.60

50% du 01.03.2009 au 08.09.2009 = 100 jours à Fr. 11.70 = Fr.  
1'170.00

**Total : Fr. 22'993.10**

**3. La décision sur opposition [du] 13.07.09 est en conséquence modifiée selon ch. 2 ci-dessus, toutes autres conclusions du recourant étant rejetées [...]. »**

Une audience d'instruction a eu lieu le 12 janvier 2010. A cette occasion, les parties ont passé la transaction suivante :

- « I. Le recourant accède à la proposition en procédure de la F.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2009. Ainsi, la F.\_\_\_\_\_ se reconnaît débitrice, pour solde de tout compte afférent à la période du 1<sup>er</sup> janvier au 8 juin 2009, de la somme de 22'993 fr. 10 [en lettres], qu'elle s'engage à verser dans les dix jours.
- II. La F.\_\_\_\_\_ reprendra l'instruction du cas au terme des mesures de réadaptation AI entreprises, s'agissant d'une éventuelle rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III. La F.\_\_\_\_\_ se reconnaît débitrice de la somme de 700 fr. [en lettres] à titre de dépens, à verser en mains du mandataire du recourant. »

**C.** Le 13 avril 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une rupture des tendons sus- et sous-épineux de l'épaule droite avec rupture du LCB [long chef du biceps] ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule droite. Il a relevé que le patient était en cours de reconversion professionnelle avec l'aide de l'AI, attestant 50% d'incapacité de travail jusqu'au prochain contrôle fin juin 2010.

Le 22 juin 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une arthropathie de l'épaule droite, un status post-capsulite rétractile de l'épaule droite ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire droite symptomatique. L'évolution était stagnante. Le Dr V.\_\_\_\_\_ prévoyait de revoir le patient deux mois plus tard, se réservant de proposer une infiltration acromio-claviculaire sous contrôle scopique au bloc opératoire en cas de persistance des douleurs acromio-claviculaires.

Le 20 octobre 2010, le conseil de l'assuré a fait savoir à F.\_\_\_\_\_ que dans la mesure où l'atteinte à la santé était désormais stationnaire, il attendait qu'elle prenne position sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

Le 21 octobre 2010, F.\_\_\_\_\_ lui a répondu qu'elle se prononcerait au terme des mesures de réadaptation AI, qui se poursuivaient.

Le 22 novembre 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution stagnante, avec persistance de douleurs de l'épaule droite, le patient étant actuellement en cours de reconversion professionnelle avec une capacité de travail attestée de 50%. Pour le Dr K.\_\_\_\_\_, une activité nécessitant une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste ou des mouvements répétitifs ainsi que des travaux de force n'était pas envisageable.

Une nouvelle expertise de l'assuré a été confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'a examiné le 14 septembre 2012. Dans son rapport du 25 septembre 2012, ce spécialiste a posé les diagnostics de contusion de l'épaule droite le 14 août 2007, de capsulite post-traumatique de l'épaule droite actuellement pauci-symptomatique, d'arthrose acromio-claviculaire droite avancée, de large rupture de la coiffe des rotateurs sur tendinopathie chronique et de diabète de type II. Pour le Dr G.\_\_\_\_\_, l'assuré ne pouvait pas poursuivre une activité où des mouvements seraient effectués en dessus de l'horizontale et des activités où il existait des ports de charges, l'activité de concierge actuelle de l'assuré - exercée à 100% depuis le 19 décembre 2012 - étant tout à fait adaptée à sa situation médicale. D'un point de vue asséculoologique, les diagnostics à retenir étaient ceux de contusion de l'épaule droite et de capsulite post-traumatique. Dans la très grande majorité des cas, les capsulites rétractiles s'estompaient après une à deux années de traitement. Par conséquent, pour le Dr G.\_\_\_\_\_, la situation actuelle de l'assuré était dominée par des pathologies liées à un état dégénératif et non aux séquelles de l'accident. L'expert a en outre apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées :

**« 4. Les plaintes émises par l'assuré et les troubles constatés sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible, exclus à l'accident du 14 août 2007 :**

L'accident du 14 août 2007 a engendré clairement une contusion de l'épaule droite avec développement d'une capsulite rétractile. Dans la pire situation, les capsulites rétractiles peuvent durer deux ans. Il est clair qu'actuellement la symptomatologie de l'épaule droite présentée par Monsieur

A. \_\_\_\_\_ est en relation avec des troubles dégénératifs. Les douleurs sont localisées au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite. Le patient ne peut pas dormir sur le côté droit.

La diminution de la mobilité de l'épaule droite est liée à une atteinte tendineuse dégénérative. Cette lésion tendineuse est clairement dégénérative puisque l'IRM qui a été effectuée le 21 septembre 2007 parle d'arthrose acromio-claviculaire. De plus, les Docteurs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ qui ont examiné le patient en octobre 2007 n'ont pas retenu d'indication à proposer une suture de cette coiffe en évoquant une amyotrophie musculaire. Il est évident qu'en cas de lésion traumatique sans atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs, cette lésion aurait dû être suturée. L'absence d'acte chirurgical témoigne bien d'un état dégénératif avancé. Cet état dégénératif ne peut pas s'être développé entre août 2007 et octobre 2007, date à laquelle le Professeur W. \_\_\_\_\_ et le Docteur M. \_\_\_\_\_ ont examiné ce patient.

Par conséquent, les plaintes émises par l'assuré ne sont que possiblement en relation avec l'accident du 14 août 2007.

**5. Un traitement médical est-il encore susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident ?**

Non.

**6. L'état de santé actuel de M. A. \_\_\_\_\_ peut-il être considéré comme stabilisé ?**

**Si oui, est-ce que l'accident du 14 août 2007 provoque un dommage permanent sous forme :**

**6.1 d'une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail de l'assuré, eu égard aux séquelles accidentelles : dans son activité professionnelle antérieure ? dans son activité actuelle ?**

**6.2 d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique et mentale au sens de l'art. 24 LAA ?**

**Dans l'affirmative de quelle importance (exprimée en fonction du barème de l'Annexe 3 OLAA et, le cas échéant, des Tables spéciales de la Division médicale de la SUVA) ?**

**Le taux actuel de l'atteinte est-il influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente et, si oui, dans quelle mesure exprimée en pourcent ?**

Oui, l'état de Monsieur A. \_\_\_\_\_ est stabilisé. L'accident du 14 août 2007 ne provoque aucun dommage permanent. Il n'y a donc pas de diminution de la capacité de travail actuelle liée aux séquelles de l'accident du 14 août 2007 tant dans une activité antérieure que dans l'activité actuelle. Aucune atteinte importante et durable de l'intégrité physique ou mentale n'est à retenir. »

Le 28 septembre 2012, F. \_\_\_\_\_ a fait savoir au conseil de l'assuré que selon le Dr G. \_\_\_\_\_, les problèmes qu'il présentait encore

au niveau de son épaule droite n'étaient que possiblement en rapport de causalité avec la contusion subie le 14 août 2007, de sorte qu'il n'y avait ni incapacité de travail permanente ou de longue durée, ni atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale.

Le 16 janvier 2013, l'assuré, par son conseil, a prié la caisse de fixer son IPAI à 10%, en se référant notamment à un avis du Dr K. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2012, qu'il a produit, à la teneur suivante :

« M. A. \_\_\_\_\_ a présenté une capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite. Sur ce point, je partage l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_. La clinique liée à la capsulite s'estompe, dans la grande majorité des cas, après 12 à 24 mois de traitement.

Je suis par contre moins affirmatif au sujet de la contusion de l'épaule droite. Il ne fait nul doute que la coiffe des rotateurs de M. A. \_\_\_\_\_ était dégénérative et déjà lésée au moment de l'accident du 14 août 2007. Cet accident a potentiellement augmenté la taille de la lésion. Le patient n'ayant pas retrouvé son état initial, les séquelles de cet accident sont plus importantes qu'une simple contusion de l'épaule. »

Par décision du 25 janvier 2013, la caisse a relevé que les atteintes présentes au niveau de l'épaule droite de l'assuré ne pouvaient plus être considérées comme étant en lien de causalité au moins probable avec l'accident du 14 août 2007, si bien qu'elle déclinait tout droit à de nouvelles prestations, et en particulier à une IPAI. Elle prenait acte de la position du Dr K. \_\_\_\_\_, en relevant que celle-ci pouvait « tout au plus être interprétée comme formulant un rapport de causalité possible entre l'accident et la lésion de la coiffe des rotateurs à droite », estimant que ce faisant, le Dr K. \_\_\_\_\_ rejoignait à la fois les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ formulées dans son expertise du 7 juillet 2008 (spéc. p. 8-9) et celles du Dr G. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 25 septembre 2012.

L'assuré a formé opposition à cette décision, en concluant à l'octroi d'une IPAI de 10%.

Par décision sur opposition du 16 avril 2013, F. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa position.

**D.** Par acte du 17 mai 2013, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Marina Machado, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une IPAI de 10%, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction. Il fait valoir que s'il est certes probable qu'une atteinte dégénérative ait exercé une influence sur la survenance de ses lésions actuelles, cela ne suffit pas pour établir le caractère exclusivement dégénératif de ces lésions, estimant que l'intimée a ainsi violé l'art. 9 OLAA et qu'une IPAI lui est due. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique.

Dans sa réponse du 13 juin 2013, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose en substance que selon les expertises des Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, la chute du 14 août 2007 a entraîné une contusion de l'épaule droite et une capsulite rétractile, la déchirure de la coiffe des rotateurs (tendons sus- et sous-épineux) étant d'origine dégénérative et préexistait à l'accident.

Le 8 juillet 2013, le recourant a indiqué qu'il renonçait à requérir une expertise orthopédique, maintenant pour le surplus 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 (cf. 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 auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; 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 ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, au vu des conclusions du recours, est seule litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une IPAI, et dans l'affirmative de quel taux.

**3.** L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu

de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, l'événement dommageable ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 402 consid. 4.3, 119 V 335 consid. 1).

Si 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 l'accident (*statu quo sine* ; 8C\_ 901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR 2011 UV n° 4 p. 12, 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et références citées). 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 événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

**4.** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, 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, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (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 :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),
- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et
- les lésions du tympan (let. h).

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références, 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 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 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 (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

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\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2, 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 et les références citées).

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 (cf. TF 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 déjà cité, consid. 3.2 et les références).

**5. a)** L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

**b)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., Bâle 2007, n° 229 p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

**c)** L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en

règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la CNA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; cf. 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

**6.** Le juge apprécie librement les preuves (cf. art. 61 let. c LPGa). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; cf. TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**7. a)** Seule se pose la question de savoir si le recourant peut prétendre à une IPAI. On rappellera qu'il n'est pas contesté que l'accident du 14 août 2007 a déclenché les symptômes ressentis par l'assuré. L'intimée a du reste admis la prise en charge de l'événement accidentel précité et a alloué ses prestations. Toutefois, pour qu'une lésion assimilée

à un accident puisse être retenue, il faut encore que soit établi qu'elle est en lien avec l'accident. A cet égard, le recourant paraît tenir pour établi que la lésion de la coiffe des rotateurs qu'il présente est imputable à l'accident d'août 2007. Cependant, s'il est vrai que l'arthro-IRM du 21 septembre 2007 a mis en évidence une déchirure de la coiffe des rotateurs intéressant le sus- et le sous-épineux, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur le point de savoir si cette déchirure était de nature post-traumatique. A cet égard, dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2008, et lors même qu'il a examiné l'assuré lorsque son état n'était pas encore stabilisé, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que l'arthrose acromio-claviculaire, de même que la lésion de la coiffe des rotateurs, constituaient certainement des facteurs étrangers préexistants dégénératifs, compte tenu de l'âge du patient, des antécédents de fortes sollicitations du membre supérieur droit dominant, de la présence de diabète, du type d'action vulnérante et de l'absence de lésion anatomique manifestement traumatique sur les radiographies initiales et l'IRM, celles-ci montrant uniquement une série de troubles dégénératifs.

L'intimée a ensuite mis en œuvre une seconde expertise, confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, qui est, comme le Dr C.\_\_\_\_\_, parvenu à la conclusion que les diagnostics en lien avec l'accident étaient ceux de contusion de l'épaule droite et de capsulite rétractile post-traumatique. Quant à l'atteinte tendineuse, elle est, de l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, dégénérative, dès lors que l'IRM effectuée en septembre 2007 fait état d'arthrose acromio-claviculaire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ voit également dans l'absence d'indication à proposer une suture de la coiffe la preuve d'un état dégénératif avancé. On relèvera à ce stade que dans le cadre de sa mission d'expert, le Dr G.\_\_\_\_\_ a examiné l'entier du dossier de l'assuré. Il a posé l'anamnèse de ce dernier, décrit ses plaintes, procédé à un examen clinique et rédigé des conclusions claires et dénuées de contradiction. Son rapport du 25 septembre 2012 remplit dès lors les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Sur la base de ce rapport - probant - on constatera que les atteintes imputables à l'événement accidentel d'août 2007 ont consisté en une contusion de l'épaule droite et le développement d'une capsulite

rétractile. Or ces deux atteintes ne figurent pas sur la liste - exhaustive - de l'art. 9 al. 2 OLAA. Certes, dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ estime que l'accident a « potentiellement » augmenté la taille de la lésion de la coiffe des rotateurs, tout en relevant qu'il ne fait nul doute que ladite coiffe était dégénérative et déjà lésée au moment de l'accident. Cette seule appréciation n'est pas propre à faire douter des constats du Dr G.\_\_\_\_\_. L'intimée n'a dès lors pas violé le droit en n'appliquant pas l'art. 9 al. 2 OLAA in casu.

Il reste à définir si les deux atteintes retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_, savoir la contusion à l'épaule et la capsulite, constituent une atteinte importante et durable, susceptible de subsister avec au moins la même gravité pendant toute la vie.

A cet égard, la contusion est par essence une atteinte qui ne dure pas. Quant à la capsulite rétractile, le Dr G.\_\_\_\_\_ est, comme le Dr K.\_\_\_\_\_, d'avis que, dans la grande majorité des cas, la clinique liée à la capsulite s'estompe après douze à vingt-quatre mois de traitement. Le recourant ne présente dès lors pas d'atteinte imputable à l'accident susceptible de subsister durablement. C'est ainsi à juste titre que le droit à l'IPAI lui a été refusé par l'intimée.

**b)** Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise orthopédique du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014).

**8. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 avril 2013 par F.\_\_\_\_\_, est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marina Machado (pour le recourant),
- 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 :