

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant,

et

J._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1960, agent immobilier auprès d' [...], est assuré auprès d'J._____ (ci-après: J._____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 17 mars 2013, l'assuré a glissé sur une plaque de glace en marchant sur la chaussée (cf. déclaration d'accident bagatelle complétée par l'employeur le 8 avril 2013).

Dans un rapport de consultation du 17 mars 2013, la Dresse Y._____, médecin-assistante aux urgences de l'Hôpital de [...], a retenu le diagnostic de contusions au coude et à l'épaule droite, la radiographie de l'épaule n'ayant pas permis de visualiser de fracture, alors que celle du coude a révélé un ancien arrachement de la tête radiale. Au niveau du status, elle a retenu :

« MSD [membre supérieur droit] : pas de déformation visible de l'épaule, douleurs à la palpation de la face antérieure et latérale de l'épaule et du bras proximal, omoplate indolore, erythème olecrane de 2 cm de diamètre indolore, pas de tuméfaction autre, pas de plaie, pas de douleurs à la palpation du coude. Extension et flexion coude indolores et non limités, mobilisation de l'épaule impossible dans toutes les directions. Pas de déficit sensitif de la main et des doigts, bonne mobilité des doigts, pouls radial palpable ».

Compte tenu de ces éléments, elle a préconisé un traitement antalgique pendant une semaine, une immobilisation antalgique avec bretelle, ainsi qu'une consultation auprès du médecin traitant en cas d'absence d'amélioration dans la semaine. Elle a attesté une incapacité totale de travail durant trois jours.

À la demande de la Dresse T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, une échographie de l'épaule droite a été pratiquée le 16 avril 2013, laquelle a conclu à une

déchirure complète avec rétraction des tendons du sus-épineux et du sous-épineux.

Dans un courrier du 29 avril 2013 adressé à la Dresse T._____, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu une probable rupture du tendon sus-épineux et sous-épineux de l'épaule droite suite à une chute «sur le coude avec depuis des douleurs au niveau de son épaule à droite».

Dans un rapport du 7 mai 2013 relatif à une arthro-IRM de l'épaule droite du 6 mai 2013 adressé au Dr B._____, la Dresse S._____, spécialiste en radiologie, a retenu les éléments suivants:

« Déchirure complète et transfixiante du tendon supra-épineux avec une rétraction tendineuse stade 3 à l'aplomb de la glène, une amyotrophie débutante stade I et une dégénérescence graisseuse stade 2.

Déchirure transfixiante des 2/3 antérieur du tendon infra-épineux avec une rétraction tendineuse stade 3, une amyotrophie modérée et une dégénérescence graisseuse stade 2.

Tendinopathie modérée du long chef du biceps en intra-articulaire.

Arthropathie acromio-claviculaire débutante ».

Par courrier du 28 mai 2013, le Dr B._____ a informé J._____ que l'assuré présentait une lésion de la coiffe de son épaule à droite et qu'il serait opéré de la réparation de la coiffe par arthroscopie en date du 20 août 2013, laquelle nécessitait un temps d'hospitalisation de trois nuits et quatre jours. A cet égard, il demandait à J._____ de lui envoyer une confirmation de la prise en charge des prestations.

Dans un courrier du 28 mai 2013 adressé à la Dresse T._____, le Dr B._____ a indiqué qu'il retenait sur la base de l'arthro-IRM le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux et sous-épineux à l'épaule droite. Il a en outre précisé que le patient présentait des douleurs de son épaule droite dans le cadre d'une rupture du tendon sus-épineux avec rétraction de stade 3 et partie haute du tendon sous-épineux, raison pour laquelle il proposait une réparation arthroscopique.

En réponse notamment au courrier du Dr B. _____ du 28 mai 2013, J. _____ a refusé provisoirement de garantir la prise en charge des coûts, par facsimilé du 11 juin 2013, indiquant qu'elle n'était pas encore en mesure de confirmer son obligation d'octroyer des prestations.

Dans un rapport médical LAA, établi le 17 juin 2013 à l'attention d'J. _____, la Dresse T. _____ a précisé que l'assuré suivait une physiothérapie avant l'opération et qu'il n'était pas en arrêt de travail.

Dans un rapport médical initial LAA du 18 juin 2013 adressé à J. _____, la Dresse Y. _____ a confirmé les termes de son rapport du 17 mars 2013.

Par rapport d'évaluation du 8 juillet 2013 adressé à J. _____, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'J. _____ a indiqué, au sujet de la relation de causalité notamment, qu'il était possible que le déroulement de l'accident soit à l'origine des diagnostics posés. Il a retenu comme facteur externe à l'accident une coiffe dégénérative préexistante. Il a ajouté notamment que l'opération projetée n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 17 mars 2013, car les lésions étaient préexistantes. Il a en outre précisé qu'il ne pouvait pas déterminer sur dossier si le statu quo ante ou sine avait été atteint. Enfin, il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise.

Au vu de ces éléments, J. _____ a mandaté le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise (cf. notamment le courrier du 9 juillet 2013 relatif à la convocation de l'assuré).

Dans un rapport d'expertise du 16 août 2013 faisant suite à un examen clinique de l'assuré, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de large rupture ancienne chronique dégénérative des tendons du sous et du sus-épineux de l'épaule droite, avec rétraction à la glène, amyotrophie et dégénérescence graisseuse. Il a retenu une capacité de travail totale en

date de l'expertise vis-à-vis des suites de l'événement du 17 mars 2013 au vu du statu quo sine fixé trois mois après l'événement. Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'expert a notamment retenu les éléments suivants:

« L'étiologie des lésions de la coiffe est très importante non seulement sur le plan asséurologique, mais également sur le plan pronostic. En effet, il a clairement été montré que le pronostic d'une suture de coiffe était lié à l'importance de l'amyotrophie et surtout de la dégénérescence du muscle sus-épineux. Le Pr. Goutallier dans ses publications, mais également dans un symposium à la SOFCOT avait clairement déclaré que la suture des lésions rétractées du sus-épineux étaient de mauvais pronostic, particulièrement lorsqu'il y avait une dégénérescence graisseuse, même de stade I. Dans ces cas là, les taux de rerupture sont extrêmement élevés, de plus de 30% à 50%.

Si l'on revient au cas de Monsieur C._____, le bilan radiologique par arthro-IRM qui est le gold standard des investigations de la coiffe des tendons de l'épaule, met donc en évidence une rupture complète transfixiante du tendon du sus-épineux, avec une rétraction tendineuse stade III à la glène, une amyotrophie et une dégénérescence graisseuse stade II. Le tendon du sous-épineux présente une rétraction également à la glène des deux tiers de son tendon, associé à une amyotrophie et une dégénérescence graisseuse identique.

Il s'agit donc clairement d'une rupture ancienne, chronique, datant de plus de trois ans, qui a été parfaitement tolérée, asymptomatique, probablement en raison des exercices réguliers d'auto-entretien que faisaient Monsieur J._____ à son fitness. La chute a entraîné une contusion, d'abord du coude droit, puis indirectement de l'épaule droite.

Le bilan radiologique par arthro-IRM n'a mis en évidence aucune lésion récente, mais des lésions anciennes chroniques.

Vis-à-vis de l'événement du 17 mars 2013, je retiendrai donc une contusion simple du coude droit et de l'épaule droite et fixerai donc un statu quo sine au plus tard trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie douloureuse qui perdure est en relation de causalité exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative qu'est la tendinopathie chronique rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ».

S'agissant de la causalité naturelle, l'expert a indiqué qu'elle n'était que possible entre la mise en évidence des lésions de l'arthro-IRM du 6 mai 2013 et l'événement du 17 mars 2013.

Par décision du 28 août 2013, J._____ a déclaré prendre en charge les prestations légales jusqu'au 17 juin 2013, considérant que les traitements au-delà de cette date n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé.

Le 25 septembre 2013, l'assuré s'est opposé à la décision d'J._____ du 28 août 2013.

Par décision sur opposition du 14 octobre 2013, J._____ a confirmé sa décision du 28 août 2013, considérant que l'assuré n'avait plus droit aux prestations légales dès le 18 juin 2013, les traitements dès cette date n'étant plus en rapport avec le sinistre annoncé. Elle a en effet considéré que l'événement du 17 mars 2013 avait révélé une tendinopathie chronique rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, à savoir une rupture du tendon sus-épineux et sous-épineux de l'épaule droite, lésion qui faisait partie de la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA. L'expert G._____ avait en outre clairement expliqué les motifs pour lesquels la pathologie qui perdurait au-delà du 17 juin 2013 était en rapport de causalité exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative, le délai de trois mois étant conforme à la jurisprudence. Elle ajoute qu'il y a lieu de conférer pleine valeur probante à l'expertise du Dr G._____ dès lors que celle-ci a été établie par un spécialiste reconnu, et que le rapport d'expertise se fonde sur des examens complets, qu'il a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré et qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Enfin, elle relève, au sujet de la violation du secret médical invoqué par l'assuré, que celui-ci est tenu de fournir des renseignements et d'autoriser les médecins à en fournir en vertu de son devoir de collaborer et qu'il doit se soumettre à des examens médicaux, telle qu'une expertise, dans le cadre de l'instruction d'une demande (art. 28 et 43 LPGA et art. 55 OLAA). En outre, le fournisseur de prestations, tel que le médecin traitant, transmet à l'assureur toutes les indications nécessaires pour que ce dernier puisse se prononcer sur le droit aux prestations (art. 54a LAA).

B. Par acte du 12 novembre 2013, C. _____ recourt contre la décision sur opposition du 14 octobre 2013 d'J. _____ auprès de la Cour des assurances sociales. Il conclut implicitement à l'admission du recours et à l'obligation pour l'intimée de verser des prestations légales au-delà du 17 juin 2013. Il conteste notamment le bien-fondé et la pertinence de la demande d'expertise, considérant, d'une part, que la décision à prendre était déjà connue du médecin-conseil et, d'autre part, que l'expert s'est limité à prendre des mesures corporelles sans analyser particulièrement son épaule. Il estime dès lors que l'expertise a été demandée par l'intimée pour des preuves à futur et qu'elle n'a aucun lien avec l'accident de son épaule, invoquant ainsi un abus de droit. Il ajoute qu'il n'a donné aucune autorisation au Dr G. _____ de transmettre son rapport d'expertise à l'intimée. Enfin, il doute qu'une personne ayant les tendons sous et sus-épineux sectionnés puisse supporter une charge répétée de 10 à 12 kg et soutient dès lors que le motif évoqué du statu quo ante/sine ne peut être retenu.

Dans sa réponse du 20 décembre 2013, J. _____ confirme sa décision du 14 octobre 2013, à laquelle elle renvoie principalement.

Invité à se déterminer sur la réponse de l'intimée, le recourant n'a pas déposé de réplique dans le délai imparti à cet effet.

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).

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

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. In casu, le litige porte sur la question de savoir si, pour les suites de l'accident survenu le 17 mars 2013, l'intimée reste tenue de servir ses prestations au-delà du 17 juin 2013, date à compter de laquelle elle considère que les lésions subies au niveau de l'épaule droite ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se

présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'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 de l'assuré 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; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue

pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), qui prévoit que 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 p. 140, 145 consid. 2b p. 147).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145

consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). 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.

c) 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. 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant

laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'autorité compétente afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

3. En l'occurrence, selon l'intimée, le rapport du Dr G. _____ permet de retenir une évolution de la santé du recourant vers un statu quo sine. En effet, l'atteinte à l'épaule droite dont le recourant se prévaut doit être mise sur le compte d'une maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs antérieure à l'événement du 17 mars 2013. Le recourant soutient au contraire que la rupture de la coiffe des rotateurs constatée lors de l'artro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 6 mai 2013 est en relation de causalité avec l'événement du 17 mars 2013 et que l'intimée doit dès lors prendre en charge les traitements.

a) Dans le cadre de la présentation du cas, le médecin-conseil a retenu une causalité naturelle possible entre l'atteinte au niveau de l'épaule et l'événement du 17 mars 2013. Il a en outre estimé que l'arthro-IRM montrait la présence d'une dégénérescence graisseuse stade II des deux muscles déchirés, ce qui permettait de conclure à une évolution d'au moins trois ans selon l'étude de Melis sur 1688 patients. Il a toutefois souhaité l'avis d'un expert et a désigné le Dr G. _____ en vue de la réalisation d'une expertise orthopédique.

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des

examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108). Ainsi, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. En application de l'art. 55 al. 1 OLAA, l'assuré doit donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertise, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. L'assuré doit également autoriser les tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements. L'art. 55 al. 2 OLAA prévoit que l'assuré doit se soumettre aux mesures d'investigation ordonnées par l'assureur en vue

d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en question le choix du médecin-conseil de recommander à l'intimée de compléter l'instruction par une expertise indépendante. L'assureur était fondé - et même tenu - d'ordonner une telle expertise s'il estimait que des doutes, mêmes faibles, subsistaient quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465, consid. 4). En outre, dans le cadre de l'expertise, l'anamnèse permet une étude complète du cas et constitue un élément déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise. Enfin, dès lors que l'assuré doit tenir à disposition le rapport d'expertise en vertu de l'art. 55 al. 1 OLAA, l'expert était fondé à transmettre celui-ci à l'intimée, afin qu'elle puisse se déterminer sur les prestations d'assurance.

b) Il ressort du rapport d'expertise que l'événement du 17 mars 2013 a entraîné uniquement une contusion simple du coude droit et de l'épaule droite, pour laquelle le status quo sine peut être fixé à trois mois après l'événement, soit au 17 juin 2013. La tendinopathie chronique rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui a été révélée par l'arthro-IRM du 6 mai 2013 est en relation de causalité exclusive avec une pathologie dégénérative. L'expert a ainsi exposé que l'arthro-IRM précitée n'avait mis en évidence aucune lésion récente, mais des lésions anciennes chroniques. Il a également précisé que la rupture datant de plus de trois ans, avait été tolérée et était parfaitement asymptomatique, probablement en raison des exercices réguliers d'auto-entretien effectués par le recourant à son fitness. La chute avait finalement entraîné une contusion du coude droit, puis indirectement de l'épaule droite. Finalement, les lésions subsistant après le 17 juin 2013, date à laquelle la contusion survenue le 17 mars 2013 avait cessé de déployer ses effets, ne peuvent ainsi pas être rattachées à l'événement précité, mais sont d'origine exclusivement dégénérative.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que l'expertise réalisée par le Dr G. _____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur l'étude du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques du recourant et tient compte des plaintes de celui-ci. Conscient que la question essentielle à résoudre résidait dans l'établissement du diagnostic en lien avec l'événement du 17 mars 2013, l'expert a fait référence à plusieurs reprises à la littérature médicale. En définitive, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions motivées et convaincantes de l'expert, aucun autre rapport médical au dossier ne faisant état d'éléments cliniques ou diagnostics qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert. Par conséquent, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions de l'épaule droite du recourant subsistant après le 17 juin 2013 - soit une large rupture ancienne chronique dégénérative des tendons du sous et du sus-épineux de l'épaule droite, avec rétraction à la glène, amyotrophie et dégénérescence graisseuse - ne peuvent pas être rattachées à l'événement du 17 mars 2013, mais sont d'origine exclusivement dégénérative. Par conséquent, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), l'on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer des prestations au-delà du 17 juin 2013, date à laquelle la contusion à l'épaule et au coude provoquée par l'événement du 17 mars 2013 avait cessé de déployer ses effets, nonobstant les douleurs alléguées par le recourant.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par C. _____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

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

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

- I. Le recours déposé le 12 novembre 2013 par C._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 14 octobre 2013 par J._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- C._____, à [...],
- J._____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne

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 :