

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Sébastien Pedroli, avocat à Payerne,

et

O._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 9 al. 2 aOLAA ; 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) travaillait en qualité de monteur auprès de L._____ SA, à [...], et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels selon la législation sur l'assurance-accidents auprès de O._____ (ci-après : O._____ ou l'intimée).

Le 9 novembre 2009, alors qu'il était en train de bâcher une serre, le prénommé a glissé contre un montant métallique, d'abord sur le flanc droit puis avec le haut du dos. Il a pu se rattraper de la main droite à l'échafaudage, restant momentanément suspendu dans le vide jusqu'à ce que de l'aide lui soit fournie pour descendre. Il a ensuite repris son activité professionnelle, malgré quelques douleurs à l'épaule droite et dans la zone cervico-dorsale.

Le 11 novembre 2009, l'assuré a consulté la Dresse D._____, médecin généraliste auprès du Centre [...], qui a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite versus tendinite et suspicion de la coiffe des rotateurs à droite.

Par déclaration de sinistre du 16 novembre 2009, l'assuré a annoncé l'événement du 9 novembre 2009 à O._____, qui a pris en charge le cas.

Une IRM de l'épaule droite réalisée le 8 décembre 2009 par le radiologue A._____, a fait état d'une déchirure transfixiante sur une zone de 1 x 1 cm de la partie distale du tendon du sus-épineux ainsi que d'une tendinopathie sans rupture visualisée du sous-épineux et du sous-scapulaire.

Dans un rapport du 8 mars 2010, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne au Centre S._____, a posé le diagnostic de rupture partielle de la coiffe des rotateurs avec section du tendon du sus-épineux

et intégralité des tendons sous-épineux et sous-scapulaires. Il a noté une évolution défavorable vers une capsulite rétractile avec limitation fonctionnelle aggravée de l'épaule droite.

Une nouvelle IRM de l'épaule droite a été effectuée le 1^{er} avril 2010 par le Dr A._____, lequel n'a constaté aucun changement par rapport à la précédente IRM.

Une IRM cervicale et une radiographie de la colonne cervicale et des épaules ont été effectuées le 14 décembre 2010 par le Dr X._____, radiologue au Centre [...] de [...], qui a retenu ce qui suit:

« Troubles statiques à l'étage cervical accompagnés par un rétrécissement prédominant uncarthrosique foraminal gauche en C5-C6 et un rétrécissement modéré canalaire et foraminal bilatéral disco-dégénératif en C6-C7. Discopathie avec une protrusion discale plus modérée en C3-C4 et C4-C5.

Remodelé ostéo-sous-chondral sous-trochitérien bilatéral avec un pincement sous-acromial en rotation principalement externe, ces éléments pouvant faire indirectement suspecter une tendinopathie sous-jacente non calcifiante chronique des tendons de la coiffe. »

L'assuré a été examiné par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 29 décembre 2010, ce médecin a estimé fort probable que l'événement du 9 novembre 2009, responsable d'une contusion/entorse de l'épaule droite finalement plutôt bénigne, avait surtout révélé un état pathologique sous-jacent, à savoir la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, évoluant de longue date et touchant les deux épaules. Le même événement, à l'origine d'une probable contusion cervico-dorsale, avait également révélé une cervicarthrose avancée. Pour l'entorse/contusion de l'épaule droite, le délai d'atteinte du statu quo ante/sine ne dépassait pas les trois à quatre mois et pour la contusion cervico-dorsale, ce délai était d'au maximum quatre mois.

Le 21 janvier 2011, l'assuré a subi une intervention consistant en une acromioplastie élargie après désinsertion de la partie antérieure et

moyenne du deltoïde, une suture trans-osseuse, puis une réinsertion du deltoïde.

Par décision du 25 janvier 2011, O. _____ a refusé de prendre en charge les conséquences des lésions dont souffrait l'assuré, postérieurement au 3 mars 2010, en se fondant sur les conclusions du Dr J. _____. L'assuré a formé opposition à cette décision.

Dans un rapport du 30 mars 2011, le Dr H. _____ a retenu le diagnostic définitif de rupture traumatique complète de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de révision de la coiffe le 21 janvier 2011. Il a noté une évolution post-opératoire favorable et une incapacité de travail de 100 % depuis le 7 septembre 2010. Selon lui, l'affection actuelle n'était pas influencée par des lésions, infirmités ou maladies antérieures.

O. _____ a demandé l'appréciation de son médecin conseil, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie. Dans un rapport du 13 septembre 2011, ce dernier a indiqué, s'agissant de l'épaule droite, que les altérations morphologiques constatées à l'IRM correspondaient, selon un degré de vraisemblance prépondérante, à des atteintes préexistantes. Si les lésions visibles à l'IRM avaient été provoquées par l'accident du 9 novembre 2009, l'assuré aurait certainement présenté une pseudo-paralysie de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident, ce qui n'avait pas été le cas. Quant aux troubles à la colonne cervicale, ils s'expliquaient clairement par des états antérieurs d'origine dégénérative. L'accident avait donc activé un état préexistant sous-jacent, entraînant une aggravation temporaire. Les troubles dus aux suites de l'accident (tant au niveau de l'épaule que de la colonne cervicale) avaient progressivement diminué, l'état préexistant prenant de plus en plus le dessus, de sorte que le statu quo sine avait été retrouvé environ quatre mois après l'événement.

Par décision sur opposition du 29 septembre 2011, O. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

U._____ a déféré cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud qui, par arrêt du 25 mars 2013, a admis son recours et condamné O._____ à prendre en charge les suites de l'événement du 9 novembre 2009 pour la période au-delà du 3 mars 2010.

Le recours formé par O._____ a été rejeté par arrêt du Tribunal fédéral du 18 février 2014. La Haute Cour a conclu qu'il n'était pas possible de contester tout lien de causalité avec l'accident quand bien même une atteinte dégénérative a exercé selon toute probabilité une influence déterminante, tant et si bien que O._____ a été condamnée à prendre en charge les suites des lésions de la coiffe des rotateurs dont souffrait l'assuré et d'allouer ses prestations postérieurement au 3 mars 2010.

B. Dans le cadre de la demande de prestations que l'assuré a déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr H._____ a établi un rapport médical le 17 octobre 2011 dans lequel il estimait que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle, mais qu'il avait retrouvé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, dans laquelle il devait éviter les positions statiques debout/assis prolongées et ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou porter des charges supérieures à 10 kg avec le bras droit.

Selon le calcul du salaire exigible effectué le 22 novembre 2011 par l'OAI, l'assuré ne subissait pas de préjudice économique en raison de son atteinte à la santé. Son revenu sans invalidité auprès de son employeur était de 51'600 fr. et l'OAI a calculé pour 2011, sur la base des données salariales statistiques, un revenu avec invalidité de 56'294 fr. 40, comprenant un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré. L'OAI citait comme activités adaptées celles d'employé d'emballage et conditionnement de pièces électroniques légères, d'ouvrier réparateur ou d'employé à l'établi.

Par décision du 5 mars 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} avril 2011 au 31 janvier 2012.

C. Une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 13 février 2014 a révélé une importante tendinopathie postérieure du muscle du sous-épineux et une tendinopathie antérieure et postérieure du sus-épineux avec rupture partielle allant crescendo vers l'avant, ainsi qu'une très probable rupture complète des deux tiers antérieurs du tendon du sus-épineux avec un moignon tendineux épais situé à l'apex de la tête humérale. Cet examen a également mis en évidence une tendinopathie profonde de la moitié supérieure du sous-scapulaire et un aspect aminci d'origine non spécifique de la portion intra-articulaire du tendon du long biceps, qui semblait globalement en place.

Par certificat médical du 21 février 2014, le Dr H. _____ a prolongé jusqu'au 31 mai 2014 l'incapacité de travail de l'assuré ayant débuté le 7 septembre 2010 et estimait qu'aucune activité n'était possible avec le bras droit.

Dans un rapport médical du 16 septembre 2014, ce médecin a considéré, à la lecture de l'imagerie du 13 février 2014, qu'il s'agissait clairement des suites délétères de l'accident survenu le 9 novembre 2009 et a confirmé que les incapacités de travail attribuées par le Centre S. _____ étaient en relation directe avec cet événement.

Par décision du 8 janvier 2015, O. _____ a reconnu qu'il y avait toujours une relation de causalité entre les douleurs à l'épaule et l'accident du 9 novembre 2009 de sorte qu'elle continuait à prendre en charge les frais de traitement jusqu'à la stabilisation du cas. Se référant à la décision de l'OAI selon laquelle l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 17 octobre 2011, O. _____ a indiqué verser les indemnités journalières jusqu'au 17 février 2012, lui octroyant ainsi un délai de quatre mois à compter de cette date pour lui permettre de

trouver un emploi adapté. O._____ a ensuite examiné le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, estimant qu'il n'y avait pas lieu de le mettre au bénéfice d'une telle prestation puisque son taux d'invalidité était inférieur à 10 %. Finalement, O._____ déclarait renoncer à procéder à un calcul de surindemnisation avec la rente d'invalidité reçue par l'assuré de l'assurance-invalidité du 1^{er} avril 2011 au 31 janvier 2012.

L'opposition formée le 11 février 2015 par l'assuré contre cette décision a été déclarée irrecevable par décision sur opposition du 20 avril 2015, au motif que les conclusions prises sortaient de l'objet du litige. O._____ a précisé qu'il y aura lieu de procéder aux investigations médicales nécessaires en vue de statuer par voie de nouvelle décision quant à l'aspect de l'atteinte à l'intégrité en présence d'un état de santé stabilisé et sur la question de la rente d'invalidité si l'on se trouvait en présence d'une modification déterminante de l'état de santé par rapport à celui qui existait au moment de l'examen initial de 2011.

D. Le 20 juin 2015, le Dr H._____ a indiqué qu'il n'y avait aucune amélioration sur le plan fonctionnel et douloureux. Les diagnostics étaient un syndrome douloureux chronique cervico-scapulaire, une impotence fonctionnelle de l'épaule après rupture partielle subtotale de la coiffe du rotateur de l'épaule droite ainsi qu'une cervicarthrose et discopathie étagée. L'incapacité totale de travailler se poursuivait. Le Dr H._____ précisait qu'il ne voyait pas quelle activité adaptée l'assuré pourrait exercer sans formation particulière vu le handicap de son épaule.

Une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite a été réalisée le 15 juillet 2015. Sur la base de celle-ci, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a fait les conclusions suivantes :

- « 1. Status après réinsertion de la coiffe des rotateurs et plus particulièrement au niveau du tendon supra-épineux. Le tendon résiduel est aminci, mais il ne semble pas y avoir de déchirure dans ce dernier. La coiffe des rotateurs ne recouvre probablement toutefois pas complètement la tête humérale et il existe une communication entre le compartiment articulaire et la bourse sous-acromio-deltoidienne. De multiples artéfacts de susceptibilité liés à des poussières métalliques résiduelles

- empêchent une analyse tout à fait précise. Il n'y a aucune altération de la trophicité des muscles de la coiffe.
2. Pas de désinsertion du labrum glénoïdien, éventuellement discrètement émoussé en topographie antéro-supérieure.
 3. Lésion du ligament gléno-huméral inférieur en topographie antérieure, de type HAGL.
 4. Potentiel status post-acromioplastie, à corrélérer aux antécédents chirurgicaux. »

Dans un rapport médical du 16 septembre 2015, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, notait que l'examen clinique était difficile à cause des douleurs très importantes évoquées par le patient, le testing du tendon sous-scapulaire était positif, ce qui était surprenant car il y avait une dissociation entre la radiologie et la clinique du patient. Il confirmait la présence d'une faiblesse du sus-épineux, avec une tendinite du tendon du long chef du biceps, qui restaient selon lui en relation avec l'accident de 2009, même s'il s'agissait seulement d'une rupture de la coiffe de petite taille.

Une tentative de ponction-évacuation du compartiment articulaire et bursal sous-acromial a été effectuée le 25 septembre 2015 par le Dr P._____, probablement sans épanchement articulaire ou bursal préalable significatif, aucun liquide n'ayant pu être ramené.

A la demande de O._____, une expertise a été réalisée le 27 novembre 2015 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a effectué une radiographie de l'épaule droite qui n'a montré aucune ostéopénie de sous-utilisation de l'articulation gléno-humérale, aucun signe dégénératif de l'articulation gléno-humérale ou de l'articulation acromio-claviculaire, et aucune géode significative dans le trochiter ; les ancras de Mitec restaient bien à leur place, sans signe d'ostéolyse ou de migration ; il n'y avait pas d'ascension de la tête humérale, l'espace sous-acromial était normal. Dans son rapport du 11 décembre 2015, le Dr G._____ a posé les diagnostics suivants :

- « - Status après contusion +/- distension de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, suite à l'événement du 09.11.2009.

- Status après mise en évidence d'une déchirure mineure du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, sans rétraction significative, ni dégénérescence graisseuse à l'IRM du 08.12.2009.
- Status après confirmation d'une déchirure complète, avec rétraction d'environ 5 mm de la coiffe des rotateurs au niveau du sus et du sous-épineux de l'épaule droite, associée à une gêne sous-acromiale majeure avec synéchies à l'intervention du 21.01.2011.
- Status après acromioplastie élargie, puis suture transosseuse, avec avancement musculaire de la coiffe des rotateurs, sur 3 agrafes de Mitec, FiberWire et points de Gerber, en date du 21.01.2011.
- Douleurs et impotence fonctionnelle +/- importantes depuis lors, au niveau de cette épaule droite, sans explication objective orthopédique. »

Il s'est rallié aux conclusions du Dr J. _____ selon lesquelles cette lésion était probablement dégénérative et non traumatique. Il a en outre estimé qu'il n'y avait aucun signe qui laisse suspecter qu'elle ait été aggravée par l'événement du 9 novembre 2009, puisqu'il n'y avait jamais eu de signe d'inflammation aiguë dans cette zone, que ce soit sous forme d'un épanchement gléno-huméral, d'une bursite sous-acromiale ou d'un éventuel hématome intratendineux. L'absence de progression de cette lésion depuis la première IRM jusqu'à l'intervention chirurgicale était aussi un argument déterminant pour affirmer que cette pathologie n'était pas traumatique. Il était selon lui logique d'envisager de poser un statu quo sine après une échéance de 3-4 mois, ce qui n'avait toutefois pas été retenu par les juges cantonaux et fédéraux. Il poursuivait comme suit :

« C'est pour cette raison que la suite du traitement a dû être également prise en charge par l'assureur accident. Cette suite a abouti à une intervention chirurgicale, 14 mois plus tard. Ceci implique qu'on ne peut plus définir si cette lésion tendineuse était aiguë ou chronique.

Malgré cela, cette intervention apporte quand même quelques informations importantes, puisqu'elle montre que la rétraction tendineuse n'avait toujours pas augmenté et qu'il n'y avait toujours pas d'atrophie ou de dégénérescence graisseuse, puisque le muscle sus-épineux a pu être mobilisé sans difficulté pour être réinséré.

Comme cette réinsertion s'est faite sous une traction de moins d'un centimètre, comme l'a démontré le Prof. [...] de la [...] à [...], on aurait dû s'attendre à une évolution favorable. Si cela a été le cas sur le plan objectif, puisque cette suture tendineuse a tenu et tient encore jusqu'à ce jour, cela n'est pas le cas sur le plan subjectif, le patient ayant toujours, d'après lui, d'importantes douleurs et limitation fonctionnelle.

Comment peut-on expliquer cette problématique ?

Comme l'ont relevé la plupart des médecins, qui l'ont examiné et qui l'ont traité, il existe une discrédance non explicable entre les plaintes et le status objectif.

Je rappelle que lors de la dernière IRM, effectuée en 2015, et lors de la dernière radiographie, effectuée lors de l'expertise, le tendon du sus-épineux tient toujours, même s'il est aminci et surtout on ne voit aucun signe dégénératif secondaire, pouvant expliquer une fonction de cette épaule aussi misérable, que décrite par M. U._____.

L'absence d'ascension de la tête, l'absence de bursite sous-acromiale, l'absence de trouble dégénératif du trochiter ou de la région gléno-humérale et surtout l'absence d'atrophie et/ou dégénérescence graisseuse de la musculature montre que cette épaule doit être utilisée beaucoup plus, que ce qu'affirme subjectivement le patient.

Six ans après le traumatisme, si vraiment cette épaule était inutilisée, on devrait au moins avoir une atrophie globale de cette hémiceinture scapulaire, mais également des signes d'ostéopénie de sous-utilisation, ce qui n'est pas du tout le cas.

Si le patient est très démonstratif sur le plan algique, rendant l'examen difficile et qui pourrait laisser suspecter la présence d'une capsulite rétractile, il n'y a aucun signe objectif qui le prouve réellement. En effet, le patient a une rotation externe coude au corps passive symétrique au côté gauche, ce qui n'est pas plausible dans le cadre d'une épaule gelée.

En conclusion finale, sur le plan orthopédique, on peut maintenant clairement démontrer que la lésion du sus-épineux n'était probablement pas traumatique et que, même si c'était le cas, sa réparation, qui a été effectuée correctement et qui a tenu, prouve que l'origine des douleurs ne se situait pas au niveau de cette lésion du sus-épineux.

Quant à l'origine de cette douleur, décrite comme importante, et de l'impotence fonctionnelle qui semble très variable dans le temps, fluctuant grandement dans les amplitudes, on ne peut pas l'expliquer d'un point de vue orthopédique.

Il n'y a mécaniquement aucun conflit, qui la justifie. Il n'y a pas non plus de signe inflammatoire, qui l'explique. Il n'y a donc pas de substrat objectif qui justifie ces plaintes. Ceci implique que d'autres facteurs sont très vraisemblablement intervenus et semblent plutôt être du ressort de troubles psycho-sociaux liés à sa situation personnelle, à son acculturation et vraisemblablement à ses problèmes financiers, dus au fait qu'il ne semble plus toucher aucun argent de la part des assurances sociales. On peut ajouter qu'il n'a pas été capable de m'expliquer réellement, comment il avait vécu depuis la fin des prestations de l'assurance-invalidité début 2012 jusqu'à maintenant.

C'est pourquoi, il est médicalement clair qu'un statu quo sine doit être défini. Le délai de 3-4 mois, qui avait été fixé par le Dr J._____, reste pour moi valable. Cependant, au vu de la réaction

du Tribunal fédéral, on peut discuter d'aller jusqu'à l'intervention chirurgicale qui a eu lieu en janvier 2010 [recte : janvier 2011] +/- ses suites immédiates, compte tenu que cette opération permet de démontrer que la réparation du tendon du sus-épineux n'a pas suffi à faire disparaître les plaintes et donc que cette lésion n'était pas responsable de ces dernières, même si l'atteinte aurait été accidentelle.

C'est pourquoi depuis la stabilisation du cas survenue à fin 2010, il est certain que la problématique n'est plus accidentelle. Ceci n'entraîne pas d'incapacité de travail justifiable en LAA [réd. : loi sur l'assurance-accidents], ni d'IPAI [réd. : indemnité pour atteinte à l'intégrité].

Par contre, le patient ayant quand même une certaine faiblesse dégénérative de sa coiffe des rotateurs, on peut admettre qu'il ne puisse plus exercer un métier, sollicitant en force les membres supérieurs.

Dans ces conditions, comme l'avait d'ailleurs relevé l'assurance-invalidité, une capacité de travail pleine et entière est exigible dans une activité légère, permettant l'appui du membre supérieur sur un plan de travail, sans port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive et sans devoir utiliser ce membre supérieur en suspension, surtout au-delà de 90° d'abduction ou d'antéimpulsion. Ceci implique par exemple que tous les petits travaux d'établi sont effectuables. Il en est de même des petits travaux de surveillance. »

Par courrier du 28 décembre 2015, O._____ a communiqué à l'assuré qu'elle entendait mettre un terme à ses prestations au 31 décembre 2015, considérant que le statu quo sine était atteint à partir du 1^{er} janvier 2016. Elle confirmait par ailleurs l'absence de droit à une rente d'invalidité.

Dans sa prise de position du 24 mars 2016, l'assuré a invoqué qu'il n'était pas établi de manière certaine que la lésion était exclusivement d'origine dégénérative ou malade, que la causalité naturelle entre l'événement accidentel et les lésions constatées devait être admise, qu'il ne voyait pas quel type d'activité il pourrait exercer compte tenu de l'impossibilité d'utiliser son bras droit, qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire au vu des multiples divergences des médecins et qu'il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité puisque son état de santé n'avait fait l'objet d'aucune amélioration significative.

Dans un complément d'expertise réceptionné par O._____ le 20 mai 2016, le Dr G._____ a réitéré les motifs pour lesquels il estimait que la lésion à l'épaule était préexistante à l'événement du 9 novembre 2009 et n'avait été que révélée par ce dernier, puis a réexpliqué que même en admettant que la lésion préexistante ait été aggravée en date du 9 novembre 2009, elle avait été réparée avec succès. L'état de santé s'était ainsi amélioré puisque le trou lié à la déchirure avait été refermé à satisfaction. Les résultats des investigations en 2014 et 2015 permettaient de démontrer l'origine exclusive malade ou dégénérative des lésions et d'exclure toute cause qui serait encore accidentelle. L'origine des douleurs dont l'assuré se plaignait ne se situait plus au niveau de cette lésion du sus-épineux et ne s'expliquait pas sur le plan orthopédique. Il était par ailleurs fréquent que les troubles dégénératifs présentent une asymétrie entre les deux membres, de sorte qu'on ne pouvait rien conclure du fait que l'épaule gauche était asymptomatique. En outre, le fait qu'il ne pouvait plus utiliser son bras droit n'empêchait pas l'assuré d'exercer des petits travaux d'établi ou des travaux de surveillance, même sans formation particulière, l'utilisation du membre supérieur gauche étant suffisante pour justifier une capacité de travail. Il n'avait finalement aucune raison de définir une atteinte à l'intégrité.

Par décision du 2 juin 2016, O._____ a fixé le terme de ses obligations au 31 décembre 2015 et refusé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 4 juillet 2016. Il a souligné que le Dr G._____ avait admis qu'il était impossible d'exclure avec certitude l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions. Il a fait valoir que le Dr H._____ avait indiqué qu'il n'existait aucune activité adaptée à laquelle il pourrait se livrer et que le Dr G._____ n'avait pas précisé quel revenu il pourrait percevoir d'une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2016, O._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 2 juin 2016. Elle

a reconnu une pleine valeur probante aux rapports du Dr G._____, selon lesquels il ne subsistait plus de lésion assimilée à un accident puisque la déchirure avait été traitée et que le statu quo sine avait été retrouvé courant 2010 probablement et dans tous les cas depuis le 31 décembre 2015. S'agissant d'un éventuel droit à une rente d'invalidité entre février 2012 et le 31 décembre 2015, O._____ a précisé qu'elle ne considérait que les troubles objectifs et non les troubles fonctionnels surajoutés, car même si ces derniers étaient une conséquence de troubles psychiques, il faudrait nier une relation de causalité adéquate avec l'accident, celui-ci étant de gravité moyenne et ne remplissant aucun des critères objectifs développés par la jurisprudence pour admettre une telle causalité. L'assureur-accidents a rappelé que l'évaluation effectuée par l'assurance-invalidité bénéficiait d'une présomption d'exactitude et qu'il n'appartenait pas au médecin de se prononcer sur le revenu réalisable dans une activité adaptée. O._____ a relevé que le Dr H._____ avait considéré l'assuré capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée dans son rapport du 17 octobre 2011 à l'attention de l'AI, qu'il avait ensuite modifié son appréciation sans que le status objectif n'ait subi de changement notable, qu'il ne se prononçait en outre pas sur les discrédances manifestes entre les plaintes subjectives et le status objectif, de sorte que son avis - qu'il y avait lieu de relativiser compte tenu de sa position de médecin traitant - n'emportait pas la conviction face à celui du Dr G._____. O._____ a finalement cité de la jurisprudence reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à des assurés atteints à un membre supérieur.

E. Par acte du 3 octobre 2016, U._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que O._____ doive prendre en charge les suites de l'événement du 9 novembre 2009 pour la période allant au-delà du 31 décembre 2015 et lui allouer une rente d'invalidité à partir du 18 février 2012, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision ; il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une contre-expertise. Il a cité des passages du rapport d'expertise du Dr

G._____ pour soutenir que la lésion de la coiffe des rotateurs n'était pas d'origine exclusivement dégénérative ou malade et s'est référé aux Drs H._____ et R._____ qui concluaient à l'origine traumatique de la lésion. Il a invoqué que l'absence de traitement pendant le conflit asséurologique - imputable à l'intimée - avait entraîné une chronicisation des plaintes et une péjoration fonctionnelle de son épaule, que l'opération subie n'avait pas eu de résultat probant, comme le relevaient plusieurs médecins, de sorte qu'elle ne lui avait pas permis de retrouver un statu quo sine ou un statu quo ante. Il a contesté être capable de travailler dans une activité adaptée et a allégué que le rapport du Dr H._____ du 17 octobre 2011 lui reconnaissant une pleine capacité de travail avait certainement été établi alors que ce médecin avait l'espoir que l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2011 porte ses fruits, étant précisé qu'il avait par la suite attesté d'une totale incapacité de travail.

Dans sa réponse du 15 février 2017, l'intimée a repris les arguments avancés dans la décision attaquée et fait valoir que la déchirure du sus-épineux avait été traitée de sorte qu'il ne subsistait plus de lésion assimilée à un accident, que le statu quo sine avait manifestement été retrouvé depuis longtemps, mais en tous les cas depuis le 31 décembre 2015.

Par réplique du 9 juin 2017, le recourant a contesté une partie des faits relatifs au déroulement de l'accident tels qu'allégués par l'intimée.

Par courrier du 19 octobre 2017, l'intimée a pris position sur les faits retenus par le recourant et renoncé à dupliquer pour le surplus.

L'intimée s'est déterminé par courrier du 29 janvier 2018 sur le dossier AI, produit à la demande de la juge en charge de l'instruction. Elle a relevé que l'OAI avait reconnu une pleine capacité de travail au recourant dans une activité adaptée déjà à partir de l'automne 2011.

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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge des troubles de l'épaule droite au-delà du 31 décembre 2015, faute de lien de causalité, et si le recourant a droit à une rente d'invalidité à compter de février 2012, celui-ci ayant perçu des indemnités journalières jusque-là.

3. a) 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 entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle (et adéquate). La condition de la causalité naturelle 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 et qui prévoyait que certaines lésions corporelles étaient assimilées à un accident, même si elles n'étaient 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.

La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA mentionnait notamment les déchirures de tendons (let. f). La jurisprudence considère à cet égard qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.3 ; 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.2).

La notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b).

c) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Dans le cas d'accidents répondant à la définition de l'art. 6 al. 1 LAA, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). En revanche, en présence de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, celles-ci 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_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ; 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 aOLAA 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 le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, 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_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C_698/2007 précité consid. 4.2 ; 8C_357/2007 précité consid. 3.2).

d) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la déchirure de la coiffe des rotateurs que l'assuré a présentée a été déclenchée par l'accident du 9 novembre 2009 et qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA, à la charge de l'assureur-accidents (cf. consid. 3b ci-dessus). Dans le cadre de l'arrêt de la Cour de céans du 28 mars 2013, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 18 février 2014, il a été jugé que les rapports médicaux alors au dossier ne permettaient pas de conclure que les lésions constatées seraient imputables 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 glissade ou celle postérieure au 3 mars 2010. Tant le Dr J._____ que le Dr Q._____ ne faisaient état d'élément pouvant fonder un retour à un état exclusivement dégénératif quatre mois après l'accident, de sorte que le lien de causalité persistait au-delà de cette période et l'intimée devait allouer ses prestations postérieurement au 3 mars 2010.

Dans la mesure où le retour à un statu quo sine en date du 3 mars 2010 a été nié dans le cadre d'arrêts entrés en force, il n'y a pas lieu de revenir sur cette question, quand bien même le Dr G._____ évoque également un statu quo sine à trois ou quatre mois après l'accident, au motif que l'origine de la lésion ne serait pas traumatique. On peut au demeurant préciser que son appréciation ne permet dans tous les cas pas de remettre en cause les conclusions des arrêts rendus puisque l'expert reconnaît l'existence d'une action vulnérante lors de l'événement accidentel, propre à léser un tendon du sus-épineux (cf. rapport d'expertise p. 19), ce qui exclut d'attribuer à la déchirure des tendons une origine exclusivement malade. En outre, selon le Dr G._____, « il était logique d'envisager de poser un statu quo sine [...] après une échéance de

3-4 mois » (cf. rapport d'expertise p. 20). Au vu de cette formulation et des éléments médicaux au dossier, il n'est pas possible de conclure, de manière certaine, au retour à un statu quo sine au 3 mars 2010. En effet, en présence d'une lésion assimilée à un accident, la date du retour à un état antérieur doit être établie avec certitude et nécessite que toute origine (partiellement) accidentelle puisse clairement être exclue.

b) Il convient maintenant d'examiner si, comme le soutient l'intimée, le statu quo sine a été atteint à tout le moins au 31 décembre 2015 et qu'à partir de cette date, il est certain qu'il n'existe plus de relation de causalité entre les troubles présents et l'événement accidentel.

Dans ses rapports des 11 décembre 2015 et 20 mai 2016, le Dr G. _____ explique de manière claire et motivée les raisons qui lui permettent de conclure, avec certitude, à l'origine actuellement exclusivement malade ou dégénérative des lésions encore présentes et d'exclure toute cause accidentelle (cf. rapport du 11 décembre 2015 p. 21-22 et rapport du 20 mai 2016 p. 2 et 3). Il y explique que la suture du tendon a été effectuée correctement lors de l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2011 et que l'évolution post-opératoire a été favorable puisque la suture du tendon a tenu, comme le révèlent les IRM effectuées en 2014 et 2015. A l'instar du Dr R. _____ (cf. rapport médical du 16 septembre 2015), l'expert a constaté une discordance entre plaintes et status objectif. Il considère au vu du status clinique et des radiographies que l'épaule du patient serait plus utilisée qu'il ne veut bien l'admettre dans la mesure où il n'existe notamment pas d'atrophie musculaire ni dégénérescence graisseuse de la musculature. L'expert indique en outre que la persistance des douleurs n'est pas explicable sur le plan orthopédique. L'origine des douleurs ne peut plus se situer au niveau de la lésion du sus-épineux, puisque celle-ci est guérie. Il n'existe en outre aucun conflit qui la justifie ni aucun signe inflammatoire et l'examen clinique a permis d'exclure la présence d'une capsulite rétractile. Il conclut à la présence de facteurs de non-organicité et évoque des troubles psycho-sociaux. Il précise même que dans la mesure où la déchirure des

tendons a été réparée avec succès, l'épaule du recourant se trouve dans un état meilleur que celui qu'il présentait avant l'événement accidentel.

Il faut constater que les rapports établis par le Dr G. _____ sont conformes aux critères jurisprudentiels permettant de leur attribuer une pleine valeur probante. L'expert s'est en effet prononcé sur la base de l'anamnèse détaillée et de l'examen clinique auquel il a procédé. Il a tenu compte des plaintes du patient, il a analysé les documents radiographiques et posé les diagnostics conformément aux règles de l'art. En outre, il s'est prononcé en connaissance des rapports médicaux des médecins traitants.

Dans son rapport médical du 16 septembre 2014, le Dr H. _____ estime que les troubles mis en évidence par l'arthro-IRM du 13 février 2014 sont les suites délétères de l'accident survenu le 9 novembre 2009, mais n'explique pourtant pas comment il arrive à cette conclusion. On ne dispose par ailleurs d'aucun document médical récent dans lequel il se prononcerait sur la causalité naturelle au-delà du 1^{er} janvier 2016. De son côté, le Dr R. _____ a fait réaliser une nouvelle arthro-IRM, qui a montré un amincissement du sus-épineux sans pouvoir parler de nouvelle déchirure. Dans son rapport du 16 septembre 2015, il évoque de manière assez peu convaincante un lien de causalité entre les troubles de l'épaule et l'accident de l'assuré : « A mon avis, ces douleurs et ces faiblesses restent en relation avec son accident de 2009, qui par la suite a déclenché les douleurs, même s'il s'agit seulement d'une rupture de la coiffe de petite taille ». Il est cependant surpris par l'examen clinique qu'il effectue au regard des plaintes du patient et ne constate, à l'instar de l'expert, ni atrophie musculaire ni signes arthrosiques. Ces rapports médicaux ne permettent par conséquent pas de remettre en cause les conclusions motivées et détaillées de l'expert quant à l'absence de causalité naturelle entre l'accident du 9 novembre 2009 et les troubles présentés au-delà du 1^{er} janvier 2016.

Il en va de même des autres rapports médicaux dont le recourant se prévaut dans son recours. Il cite en effet, en plus du rapport

de l'arthro-IRM du 20 février 2014, un rapport médical établi par le Dr N. _____ le 25 mai 2011 et un autre rédigé le 4 septembre 2015 par le Dr Z. _____ pour affirmer qu'il y avait eu peu d'améliorations depuis l'intervention chirurgicale, voire que l'évolution était défavorable. Outre que le recourant n'a pas produit les deux rapports précités, lesquels ne figurent pas parmi les pièces versées au dossier par l'intimée, ceux-ci n'apparaissent de toute façon pas propres à nier le fait que la lésion du sus-épineux a pu être réparée grâce à l'intervention de janvier 2011. Le fait que l'état douloureux persiste ne suffit pas, comme déjà mentionné, à établir un rapport de causalité avec l'accident.

c) L'intimée était dès lors fondée à mettre un terme à ses prestations au 31 décembre 2015, faute de causalité naturelle au-delà de cette date entre l'accident du 9 novembre 2009 et les troubles encore présents.

5. a) Dans sa décision sur opposition, O. _____ confirme en outre que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité entre février 2012 et le 31 décembre 2015, en se référant à l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'OAI.

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA).

La notion d'invalidité, en principe identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, est constituée par la diminution permanente ou de longue durée des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré (art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer

chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d ; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

6. **a)** En l'occurrence, dans sa décision du 8 janvier 2015, O._____ a mis fin au versement des indemnités journalières au 17

février 2012 et fixé au lendemain la date à partir de laquelle le recourant pourrait toucher une rente d'invalidité, quand bien même elle a, dans la même décision, estimé que son cas n'était pas stabilisé. Il faut cependant constater que dans son recours, le recourant ne conteste pas la date du 18 février 2012 comme point de départ d'une éventuelle rente d'invalidité, de sorte que la question de la date de stabilisation du cas n'a pas à être examinée - pour autant d'ailleurs qu'elle ait pu être comprise dans l'objet de la contestation eu égard à l'entrée en force de la décision rendue par O._____ le 8 janvier 2015, étant rappelé que l'opposition formée par l'assuré a été déclarée irrecevable le 20 avril 2015.

b) Dans son recours, le recourant se prévaut du rapport médical du Dr H._____ du 20 juin 2015 qui atteste d'une totale incapacité de travail. A la lecture de ce rapport médical, il faut cependant constater que le médecin traitant évoque une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle et non dans une activité adaptée. Il précise certes qu'il ne voit pas dans quelle activité adaptée l'assuré pourrait travailler, mais il s'agit-là d'une remarque relative à l'existence concrète d'un poste adapté et non d'une évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré. Sur le plan médico-théorique, le Dr H._____ avait retenu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans le rapport médical du 17 octobre 2011 établi à l'intention des organes de l'assurance-invalidité, et avait mentionné les limitations fonctionnelles de l'assuré. On ne saurait à cet égard soutenir la thèse du recourant, selon laquelle cette évaluation aurait été faite alors que le Dr H._____ avait l'espoir d'une amélioration grâce à l'intervention chirurgicale. Outre que cette hypothèse ne trouve aucun fondement dans le rapport médical précité, il faut rappeler que le recourant n'a pas contesté les conclusions de ce rapport, reprises dans la décision de l'OAI du 5 mars 2012, contre laquelle il n'a pas fait recours. Dans cette décision, l'OAI a ainsi reconnu que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 17 octobre 2011, ce qui justifiait de limiter au 31 janvier 2012 le versement de la rente d'invalidité qui lui avait été octroyée à partir du 1^{er} avril 2011.

De son côté, le Dr G._____ retient également pour le recourant l'impossibilité ou à tout le moins des difficultés à exercer son activité habituelle, celle-ci risquant de provoquer à nouveau une lésion compte tenu de l'état dégénératif. En revanche, il conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et retient des limitations fonctionnelles qui rejoignent grandement celles posées par le Dr H._____. Dans son rapport d'expertise complémentaire, il répond clairement à ce qu'il considère comme activité adaptée, évoquant à cet égard des travaux de surveillance et une activité avec de petits travaux d'établi.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de s'écarter du calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, selon lequel le recourant ne subissait pas de préjudice économique en raison de son atteinte à la santé au-delà du 31 janvier 2012. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée n'a pas mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

7. a) Il ressort de ce qui précède que les faits pertinents ont été constatés à satisfaction de droit, ce qui permet à la cause d'être jugée sans devoir d'ordonner de contre-expertise (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2). La requête du recourant en ce sens est par conséquent rejetée.

b) En définitive, il apparaît que c'est à bon droit que O._____ a fixé un statu quo sine au 31 décembre 2015 et qu'elle a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du juge instructeur du 15 novembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 octobre 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Sébastien Pedroli. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 7 mars 2018, faisant état de 13 heures et 35 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 110 fr. 60. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Pedroli est arrêtée à 2'759 fr. 75 (débours et TVA compris) compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} septembre 2016 par O. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Pedroli, conseil du recourant, est arrêtée à 2'759 fr. 75 (deux mille sept cent cinquante-neuf francs et septante-cinq centimes).

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Sébastien Pedroli (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :