

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA, 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de directeur commercial auprès de [...]. Le 23 juillet 2013, alors qu'il descendait un carton qu'il portait à deux mains contre son torse, il a raté la première marche d'un escalier. Il a perdu l'équilibre et est tombé en avant sur cinq ou six marches. Il a alors levé son bras droit pour protéger son visage et a percuté un mur en face de lui, ce qui a provoqué une déchirure musculaire au niveau de son épaule droite. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières à partir du 26 juillet 2013.

L'assuré a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail entre le 23 juillet 2013 et le 31 octobre 2013.

Par rapport du 23 août 2013, le Dr N. _____, spécialiste en radiologie auprès de [...], a rendu compte d'une échographie et de radiographies de l'épaule droite réalisées le même jour. Il a constaté un semi-calcaire sur le tendon du sus-épineux - à hauteur de l'enthèse -, un auvent sous-acromial de type I ne dépassant pas 5 à 6 mm, et, sur le cliché de face, un acromion un peu récurant pouvant expliquer un conflit en abduction sur le sus-épineux. Le spécialiste a posé le diagnostic de tendinopathie superficielle du sus-épineux et proposé une infiltration échoguidée de la bourse sous-acromio-deltaïdienne.

Par rapport du 22 octobre 2013, le Dr N. _____ a fait suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite effectuée le 21 octobre 2013. Il a conclu à une « déchirure superficielle à hauteur de l'enthèse du sus-épineux sur une épaisseur de 2 mm et une largeur de 10 mm, évocatrice probablement d'un conflit sous-acromial avec impaction post-traumatique du tendon lors de la chute. Le auvent (sic) sous-acromial est réduit à environ 4 mm ce qui explique peut être (sic) la difficulté à la guérison. Pas de bursite significative (à noter, des

antécédents d'infiltration cependant) ». Le radiologue a encore indiqué constater un contour légèrement irrégulier de la bordure antéro-supérieure du labrum. Il s'est ainsi demandé s'il était en présence d'un complexe de Buford ou d'une fissuration du labrum.

Par rapport du 31 octobre 2013, le Dr D._____, médecin généraliste de l'assuré, a posé les diagnostics d'épaule droite douloureuse à la suite d'une chute dans les escaliers et de déchirure du sus-épineux sans impaction post traumatique de l'acromion sur le tendon du sus-épineux. Il a précisé qu'une IRM serait réalisée pour préciser la lésion et que l'assuré avait été adressé au Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin qu'il se prononce sur l'opportunité d'une éventuelle chirurgie.

Lors de son audition par la CNA, le 6 novembre 2013, l'assuré a indiqué que les différents traitements entrepris - savoir des infiltrations et des séances de physiothérapie - n'avaient pas amélioré son état et qu'il ressentait des douleurs continues à l'épaule droite, même au repos. Il a précisé que la mobilité de son épaule était très réduite en raison de la douleur qui l'empêchait de lever son bras au-dessus de l'horizontale ou de mettre sa main droite derrière son dos. Il a expliqué que son activité professionnelle consistait à procéder à des analyses d'air et à proposer des solutions techniques de décontamination, cas échéant à poser les installations proposées. Dans ce cadre, il était régulièrement amené à soulever et porter des objets relativement lourds ou à travailler sur une échelle ou un escabeau, avec les deux mains en l'air. Il a déclaré que, malgré son arrêt de travail, il avait été obligé d'assumer certaines tâches pour son employeur, mais qu'il était incapable d'installer le moindre appareil. Il a estimé son rendement à 20 % depuis le 1^{er} août 2013 et pris bonne note du fait que ses indemnités journalières seraient adaptées dès cette date. L'assuré a enfin demandé à être examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA afin d'avoir un deuxième avis.

Par courrier du 12 novembre 2013, la CNA a informé l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 20 % dès le 1^{er} août 2013.

Par courrier du 21 novembre 2013 au Dr D._____, le Dr B._____ a relevé qu'à l'examen clinique, l'assuré présentait un sévère enraidissement de la ceinture scapulaire droite - avec une élévation inférieure à 90°, une rotation externe de l'ordre de 20° et une abduction inférieure à 45°. L'IRM réalisée ne montrait pas de déchirure importante au niveau de la coiffe des rotateurs. Le Dr B._____ a conclu que l'assuré présentait une capsulite rétractile post-traumatique de son épaule droite. Il a encore indiqué avoir expliqué à l'assuré qu'avec le temps, l'évolution d'une telle atteinte tendait vers une amélioration voire une récupération subtotale.

Par rapport du 3 décembre 2013, le Dr B._____ a confirmé le diagnostic de capsulite post-traumatique de l'épaule droite.

Aux termes d'un courrier du 11 décembre 2013 rendant compte d'un examen réalisé le 6 décembre 2013, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a constaté que les clichés du 23 juillet 2013 ne montraient aucune lésion osseuse mais permettaient d'observer la présence de quelques calcifications péri-tendineuses au niveau de la coiffe des rotateurs, proche de son insertion sur le trochiter. Les images résultant de l'IRM du 21 octobre 2013 démontraient quant à elles une tendinopathie distale du tendon sus-épineux avec un acromion agressif de stade I à l'exception de toute autre lésion pathologique. Le médecin a ainsi posé les diagnostics de tendinite calcifiante du sus-épineux préexistante et d'une tendinopathie distale du sus-épineux en présence d'un acromion agressif de stade I. Il a encore précisé que l'incapacité de travail à hauteur de 80 % restait justifiée. Enfin, le Dr Q._____ a indiqué avoir adressé l'assuré à la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie auprès de la [...].

Par rapport du 16 décembre 2013, la Dre K._____ a indiqué que le diagnostic de capsulite rétractile post traumatique pouvait effectivement être évoqué mais qu'elle n'expliquait pas l'exclusion du membre supérieur droit ni les troubles sensitifs dont se plaignait l'assuré.

En conclusion, elle a proposé une hospitalisation pour investigations, recherche d'une éventuelle atteinte neurologique et prise en charge.

L'assuré a été hospitalisé auprès de la [...] entre le 15 janvier et le 11 février 2014. Ensuite de cette hospitalisation, il a été en incapacité de travail, à concurrence de 50 %, entre le 12 février 2014 et le 26 juillet 2015.

Par rapport du 27 janvier 2014, le Dr B. _____ a indiqué que, sur l'arthro-IRM du 21 octobre 2013, il notait une légère bursite. Il a également relevé une lésion partielle très localisée de la face superficielle du sus-épineux. Il a enfin fait part de sa perplexité devant l'évolution du tableau de l'assuré qu'il avait vu la dernière fois au mois de novembre 2013. Il n'a constaté aucune amélioration du tableau ni des plaintes de l'assuré. Il a indiqué avoir le sentiment que celui-ci s'autolimitait sévèrement.

Par rapport du 20 février 2014, le Dr W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre VV. _____ - respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant auprès de la [...] - ont relevé ce qui suit :

« [Le patient] sous utilise énormément son membre supérieur droit et le met très souvent dans une écharpe au repos. [...]

Les radiographies initiales retrouvent de petites calcifications à l'insertion du supra-épineux. Il n'y a pas de lésion osseuse visible. L'IRM du 21.10.2013 retrouve un signal inhomogène à l'insertion du tendon supra-épineux avec une lésion partielle superficielle et localisée à la face superficielle. Pas de rehaussement de l'intervalle des rotateurs ni du récessus inférieur observé.

Sur les radiographies du 21.01.2014, il semble exister une discrète diminution des calcifications en regard de l'insertion du supra-épineux. Sur la scintigraphie osseuse du 03.02.2014, il n'y a pas d'arguments scintigraphiques pour une algoneurodystrophie. Il y a une hypercaptation modérée en regard de l'insertion du supra-épineux à droite, compatible avec une insertionnite.

[...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

L'importance du retentissement fonctionnel perçu par le patient (score au DASH très élevé) ne peut être expliqué (sic) par les seules constatations radiologiques. Des facteurs contextuels chez un patient qui présente beaucoup d'auto-limitations et qui avait quasi complètement exclu son membre supérieur droit des activités quotidiennes, jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

L'évolution subjective et objective est légèrement favorable avec une meilleure intégration du membre supérieur droit lors des activités, une meilleure détente musculaire et une petite amélioration de la mobilité [...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : travail avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, port de charges lourdes.

[...]

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 mois.

A la sortie, il est prévu que la patient reprenne son activité à 50% dans un premier temps pour un mois. Une reprise progressive est à prévoir ensuite. »

Les Drs W._____ et VV._____ ont notamment joint à leur rapport les documents suivants :

- un rapport du 3 février 2014 du Dr I._____, spécialiste en neurologie, en électroencéphalographie et en électroneuromyographie, faisant suite à un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) et à un électromyogramme (ci-après : EMG) réalisés le 29 janvier 2014. Le Dr I._____ a constaté que les neurographies sensitivo-motrices étaient tout à fait normales, notamment concernant le nerf musculo-cutané droit. L'EMG des muscles tributaires de la racine C4 à C7 était également normal. Il n'a dès lors pas relevé d'atteinte neurologique périphérique du membre supérieur droit.
- un rapport du 21 janvier 2014 de la Dre PP._____, médecin adjointe auprès du [...], faisant suite à des radiographies de l'épaule droite réalisées le 21 janvier 2014. Aux termes de ce compte-rendu, elle a relevé que, par rapport au comparatif précédent, du 23 juillet

2013, il semblait exister une discrète diminution des calcifications linéaires en projection de l'insertion distale du tendon du sus-épineux. Elle a également retrouvé une discrète sclérose du trochiter.

- un rapport du 5 février 2014 des Drs P._____ et LL._____, spécialistes en médecine nucléaire – respectivement médecin-chef et chef de clinique auprès du [...] –, indiquant qu'il n'existait pas d'argument scintigraphique parlant pour une neuro-algodystrophie de l'épaule droite. Ces spécialistes ont constaté une hypercaptation modérée avec hyperhémie se projetant en regard de l'insertion du supra-épineux à droite, compatible avec une insertionite.

Par rapport du 8 mai 2014, le Dr D._____ a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile à l'épaule droite et précisé que son pronostic était réservé au vu de la faible amélioration de la fonction de l'épaule.

Par rapport du 14 juillet 2014, le Dr Q._____ a rendu compte de son examen de l'assuré du 11 juillet 2014. Il a constaté que l'état général de ce dernier était inchangé depuis le dernier examen du 6 décembre 2013. Le membre supérieur droit était toujours collé au corps et exclu du schéma corporel. L'examen clinique montrait cependant une amélioration de la mobilité. Le médecin a posé le diagnostic de tendinopathie superficielle terminale du sus-épineux à droite dans un contexte de calcifications péri-tendineuses pré-existantes. Il a relevé que persistaient des signes de tendinopathie des tendons court et long chef du biceps et une douleur au niveau de l'apophyse coracoïde. Il a conclu que les troubles constatés étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 23 juillet 2013 et qu'il s'agissait d'une évolution compliquée par la survenue d'une capsulite rétractile.

Par rapport du 16 juillet 2014 faisant suite à une échographie et à des radiographies de l'épaule droite avec infiltration échoguidée du même jour, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, a posé le diagnostic

de tendinopathie calcifiante sans agglomérat calcique triturable du supra-épineux droit.

Par rapport du 15 octobre 2014, le Dr D. _____ a à nouveau confirmé le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite.

Par rapport du 16 janvier 2015, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de capsulite rétractile sur tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite. Il a constaté que l'IRM du 21 octobre 2013 montrait une déchirure partielle du sus-épineux et que l'arthro-IRM du 30 janvier 2015 confirmait le conflit sous-acromial avec tendinopathie du sus-épineux, mais sans perforation, capsule épaissie.

Le 21 mai 2015, le Dr D. _____ a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite et relevé la « persistance d'un conflit sous-acromial avec tendinopathie insertionnelle du sus-épineux ». En annexe, il a produit un rapport du 30 janvier 2015 du Dr N. _____.

Par ce rapport, le Dr N. _____ a rendu compte d'une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le même jour. Il a posé le diagnostic de « conflit sous-acromial avec un auvent sous-acromial dépassant 4 à 5 mm et une tendinopathie insertionnelle du sus-épineux probablement sur conflit chronique en abduction (5 x 1, 8 mm d'axe coronal), [de] complexe de Bufort (variante de la norme) [et d'] aspect un peu épaissi de la capsulaire articulaire en situation sous-articulaire (antécédent de capsulite au décours ?) ». Dans le cadre de la description des os, des cartilages et du bourrelet, ce spécialiste a observé : « complexe de Bufort. Pas d'anomalie du bourrelet. La capsule articulaire est un peu épaissie notamment sur les recessus sous-articulaires. Le volume articulaire est moyen ».

Il ressort de deux notices téléphoniques des 28 mai et 15 juin 2015 que l'assuré a consulté le 20 avril et le 11 juin 2015 le Dr X. _____ qui a effectué des infiltrations de cortisone. A la suite de ces interventions, le spécialiste a reconnu une capacité de travail de 75 % à l'assuré dès le 27 juillet 2015, soit après que la seconde infiltration a eu le temps d'agir.

L'assuré a été en incapacité de travail, à hauteur de 25 %, entre le 27 juillet et le 24 août 2015.

Par rapport du 16 juin 2015, le Dr X. _____ a indiqué que, lors du contrôle du 11 juin 2015, il avait constaté une lente régression des douleurs avec une mobilité stagnant à environ 100-110° et des signes de conflit en retrait. Il a confirmé le diagnostic de capsulite rétractile sur tendinite du sus-épineux de l'épaule droite. Il a enfin précisé qu'aucun traitement n'était envisagé. Il a également produit le rapport du 30 janvier 2015 du Dr N. _____ susmentionné.

Le 6 juillet 2015, le Dr Q. _____ a indiqué qu'il convenait de suivre l'évolution de l'assuré, relevant qu'une capsulite rétractile était d'évolution lente. Il a proposé une réévaluation à la fin du mois de septembre 2015.

Par rapport du 7 septembre 2015, le Dr X. _____ a fait suite à un contrôle du 21 août 2015. Il a indiqué que l'assuré avait retrouvé une mobilité passive presque complète avec des arcs douloureux en régression, tout comme les signes de conflit. Le repos et le sommeil étaient de meilleure qualité. Le pronostic était dès lors favorable. Le médecin a préconisé une reprise du travail à 100 % dès le 24 août 2015. Il a enfin confirmé le diagnostic de capsulite rétractile sur tendinite du sus-épineux de l'épaule droite.

Par rapport du 8 décembre 2015, après avoir confirmé son diagnostic, le Dr X. _____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, l'assuré ayant récupéré une abduction et une antépulsion actives de 160° mais manquant encore de résistance. L'assuré se plaignait

surtout de paresthésies cubitales de sorte que, par courrier du 24 novembre 2015, le médecin avait demandé un examen neurologique complémentaire. Il a à nouveau évoqué une reprise du travail à 100 % dès le 24 août 2015.

Par courrier du 20 janvier 2016, la Dre CC._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de discrète neuropathie cubitale droite au coude, sensitive et irritative et de tendinite du sus-épineux et capsulite rétractile de l'épaule droite suite à une chute dans l'escalier le 23 juillet 2013. Elle a relevé que l'examen neurologique relevait essentiellement un signe de Tinel à la palpation et à la pression du nerf cubital droit au coude et de discrets troubles sensitifs dans le territoire cubital droit mais sans parésie ni amyotrophie. L'ENMG confirmait une discrète neuropathie cubitale droite au coude minime sans perte axonale sensitive ni motrice ni bloc de conduction. Elle a ainsi conclu que cette neuropathie était certainement consécutive à la limitation douloureuse de l'épaule droite qui entraînait une sollicitation plus importante du coude dans les activités quotidiennes. Elle a encore précisé qu'il n'y avait vraisemblablement pas d'indication à une intervention de neurolyse au coude.

Le 22 février 2016, le Dr X._____ s'est adressé au Prof. T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef [...]). Aux termes de cet envoi, le Dr X._____ a indiqué que l'assuré travaillait à plein temps depuis le 24 août 2015 mais que persistaient néanmoins des douleurs significatives, perturbant fortement le sommeil, et que la mobilité restait encore incomplète. En effet, lors du dernier contrôle du 16 février 2016, le Dr X._____ avait constaté une abduction et une antépulsion actives d'environ 120-130°, 150° en passif. Le Dr X._____ a ainsi demandé au Prof. T._____ d'examiner le cas.

L'assuré a été en incapacité de travail à hauteur de 50 % entre le 23 février 2016 et le 30 septembre 2016.

Lors d'un entretien du 16 mars 2016 avec la CNA, l'assuré a confirmé que, depuis que les infiltrations étaient terminées, il souffrait de douleurs récurrentes au niveau de son bras droit.

Par rapport non daté reçu le 18 avril 2016 par la CNA, le Dr D. _____ a confirmé les diagnostics de tendinite du sus-épineux et capsulite rétractile de l'épaule droite, et de persistance d'une épaule douloureuse avec mobilité de l'épaule très réduite. Il a précisé que l'effet des infiltrations et de la physiothérapie était quasiment nul de sorte que l'assuré devait prendre des antalgiques.

Par rapport du 23 mai 2016, le Prof. T. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique post-traumatique de l'épaule droite et de status après capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite. Il a constaté que l'assuré gardait un important syndrome douloureux de l'épaule droite près de trois ans après un traumatisme initialement compliqué d'une capsulite rétractile. Au moment de son examen, il n'a pas retrouvé de signe de capsulite rétractile puisque les rotations étaient strictement symétriques passivement, la cinématique homo-thoracique était conservée et la limitation était principalement liée à une résistance active douloureuse. Dans le cadre de son examen, le Prof. T. _____ a étudié l'arthro-IRM du 30 janvier 2015 et relevé qu'il n'y avait pas de troubles dégénératifs significatifs au niveau gléno-huméral. Il a noté un discret remaniement dégénératif au niveau acromio-claviculaire. Le spécialiste a préconisé une réévaluation de l'assuré ainsi qu'une prise en charge dans un centre de la douleur.

Par rapport du 13 juillet 2016, les Drs R. _____ et K. _____, spécialistes en médecine interne et en rhumatologie, ont relevé qu'ils retrouvaient plus ou moins le même tableau qu'en 2014 mais avec de meilleures amplitudes articulaires surtout en rotation, les douleurs mécaniques persistant. L'arthro-IRM de janvier 2015 démontrait une intégrité de la coiffe des rotateurs, sans épanchement intra-articulaire ni bursite. Ils concluaient que, dans cette situation, il n'y avait pas

d'approche chirurgicale à envisager et proposaient de poursuivre la rééducation.

A l'occasion d'un entretien le 22 août 2016 avec la CNA, l'assuré a indiqué que le traitement de physiothérapie à sec et en piscine à raison de deux séances par semaine auprès de la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, au [...], avait permis une diminution de la douleur et une augmentation de la mobilité au niveau de son épaule droite. L'assuré a également mentionné souhaiter discuter avec les Drs D._____ et F._____ d'une éventuelle augmentation de sa capacité de travail, à l'époque fixée à 50 %.

Par rapport du 14 septembre 2016, la Dre F._____ a posé le diagnostic de cervico-scapulalgie et de capsulite rétractile.

Aux termes d'un envoi du 16 septembre 2016 au Dr D._____, la Dre F._____ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgie droite persistante (schéma capsulaire, conflit sous-acromial, tendinopathie de la coiffe, dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire) et d'enclavement du nerf cubital au coude par surcharge à droite. Elle a relevé que, dans l'ensemble, il persistait une forte limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite. Par contre, sur le plan subjectif, l'assuré signalait une nette amélioration et décrivait beaucoup moins de douleurs cervicales. La spécialiste a précisé qu'à l'examen clinique, au niveau cervical, il y avait de bonnes amplitudes et que les mouvements étaient effectués plus aisément dans des amplitudes restreintes. Elle a indiqué que, d'un commun accord avec l'assuré, il avait été décidé d'arrêter la prise en charge au [...], l'assuré étant en mesure de pratiquer les exercices appris et s'étant engagé à essayer d'intégrer davantage son membre supérieur droit dans les activités de la vie quotidienne. La Dre F._____ a enfin relevé qu'elle estimait qu'une augmentation de la capacité de travail n'était pas possible à ce moment. En effet, tous mouvements de l'épaule au-dessus de l'horizontale étaient impossibles et

tous mouvements de force, même en-dessous de l'horizontale, déclenchaient de vives douleurs.

Malgré les réserves exprimées par la Dre F._____, l'incapacité de travail de l'assuré a été fixée à 30 % du 1^{er} au 30 octobre 2016.

Le 15 novembre 2016, le Dr Q._____ a indiqué qu'un examen final de l'assuré pouvait être agendé au début de l'année 2017. Il a estimé qu'aucun traitement médical n'était encore susceptible d'apporter une sensible amélioration de son état de santé.

L'assuré a été en incapacité de travail, à concurrence de 50 %, du 1^{er} novembre 2016 au 30 avril 2017. En effet, après une période d'amélioration, il a présenté d'importantes douleurs au niveau de son épaule droite.

Par courrier du 9 janvier 2017, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies à droite. Il a relevé que la mobilisation de l'épaule droite était complète et symétrique, la coiffe compétente, mais le Jobe test douloureux. La palpation de la colonne cervicale était douloureuse à C4 et D1 avec une limitation de rotation et une légère irritation lors des mouvements forcés avec le bras. Il a indiqué qu'à son avis une partie des douleurs ressenties par l'assuré provenait de pathologies de la colonne vertébrale.

Par rapport du 24 janvier 2017 adressé au Dr S._____, la Dre V._____, spécialiste en radiologie, a rendu compte de radiographies de face et de profil et d'une IRM de la colonne cervicale réalisées le 17 janvier 2017. Elle a constaté que les radiographies montraient des troubles de la statique avec rectitude du rachis cervical et discarthrose C5-C6, C6-C7 ainsi qu'une discopathie C4-C5 et que l'IRM faisait apparaître une discopathie protusive étagée en C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7-D1 avec

sténose foraminale droite modérée C7-D1, gauche modérée C6-C7, C5-C6 ainsi que C4-C5.

Par rapport du 8 février 2017, le Dr S. _____ a confirmé le diagnostic de cervico-brachialgies à droite avec capsulite post-traumatique et sténose foraminale cervicale. Il a indiqué avoir demandé un avis au Dr M. _____, spécialiste en neurochirurgie.

Aux termes d'un courrier du 23 février 2017, le Dr M. _____ a expliqué que l'IRM cervicale ne fournissait aucune explication aux douleurs localisées à l'épaule, celles-ci ne lui paraissant pas d'origine neurogène. Eventuellement, les légers picotements dans le petit doigt droit pouvaient être en relation avec la sténose modérée C7-D1 droite, mais en l'absence de syndrome radiculaire invalidant, il n'y avait aucune indication neurochirurgicale. Le neurochirurgien a donc conclu qu'il fallait suivre la piste d'un problème mécanique localisé.

Par rapport du 24 février 2017, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de spondylarthrose cervicale et de tendinite du sus-épineux et capsulite rétractile à l'épaule droite. Il a précisé que le traitement actuel était conservateur et qu'il n'existait aucune étiologie ou indication neurochirurgicale (cervicale).

Par rapport du 26 avril 2017 faisant suite à un examen médical final du même jour, le Dr Q. _____ a relevé que l'assuré avait déclaré que, depuis qu'il avait repris les séances de physiothérapie chez M. L. _____, les douleurs avaient empiré. La reprise d'une activité plus intense par la physiothérapie avait réveillé la symptomatologie. L'assuré indiquait ressentir une amélioration et souhaiter augmenter sa capacité de travail à 80 %. Le Dr Q. _____ a constaté que l'état général de l'assuré était globalement inchangé depuis le dernier examen du 11 juillet 2014. L'examen par arthro-IRM du 30 janvier 2015 mettait en évidence un espace sous-acromial aminci avec un conflit et une tendinopathie d'insertion du sus-épineux. L'appréciation du médecin était la suivante :

« Nous nous trouvons à trois ans et neuf mois d'une chute sur le MSD et sur le moignon de l'épaule D après avoir raté une marche dans les escaliers. Les différents examens pratiqués ont démontré la présence d'une tendinopathie superficielle terminale du tendon sus-épineux dans un contexte de tendinopathie calcifiante préexistante. Présence également d'un impingement sous-acromial D en présence d'un acromion agressif de type I.

L'évolution post-traumatique s'est faite vers le développement d'une capsulite rétractile et vers un enraidissement douloureux de l'épaule D.

Les différents spécialistes consultés n'ont retenu aucune indication à un geste chirurgical.

En l'état actuel, la poursuite d'une physiothérapie de mobilisation de l'épaule D semble avoir un effet plus négatif que positif sur la symptomatologie.

De la poursuite d'un traitement médical on ne peut donc attendre aucune amélioration de l'état de santé de M. J._____. Le cas peut donc être considéré comme stabilisé sur le plan médical est (sic) peut être liquidé sur le plan assécurologique.

Les séquelles lésionnelles ouvrent le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IpAI) qui fait l'objet d'une appréciation séparée.

Concernant l'exigibilité dans la profession de directeur et employé de la Société [...] effectuant des analyses d'air et proposant des solutions techniques de décontamination, M. J._____ est en mesure de reprendre une activité à 80%. Le 20% d'IT est justifié par le fait que M. J._____ ne peut pas travailler avec le MSD au-dessus du plan des épaules, il ne peut pas porter des charges supérieures à 10 kg avec le MSD, il ne peut pas soulever des charges supérieures à 5 kg avec le MSD, il ne peut pas effectuer des travaux en porte-à-faux avec le MSD ou effectuer des efforts en rotation avec le MSD.

[...]

En réponse aux questions posées dans la soumission

1. La relation de causalité des troubles mentionnés dans le rapport du Dr M._____ du 23.02.2017 et l'accident du 23.07.2013 peut être considérée comme possible.

Au vu de l'évolution du status clinique une capacité de travail de 80 % dans la profession de directeur et employé de la Société [...] peut être retenue dès le 01.05.2017.

[...] ».

Aux termes de son appréciation médicale du 26 avril 2017, le Dr Q._____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 15 %.

Par courrier du 27 avril 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait qu'une capacité de travail de 80 % pouvait lui être reconnue à compter du 1^{er} mai 2017 dans son activité professionnelle habituelle. La CNA mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2017, considérant que la situation médicale était stabilisée en ce qui concernait les seules suites de l'accident. Elle a encore déclaré qu'elle ne verserait aucune prestation d'assurance pour les troubles de la colonne cervicale pour lesquels l'assuré avait consulté le Dr M._____, dans la mesure où il n'existait aucun lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'événement du 23 juillet 2013 et ces troubles.

Par courrier du 29 mai 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a fait suite à l'envoi du 27 avril 2017 de la CNA. Il a fait valoir que, contrairement à ce qui avait été retenu, son état n'était pas stabilisé et sa capacité de travail s'élevait à 50 %. Il a demandé à ce qu'une décision sujette à opposition soit rendue sur les deux questions.

Par décision du 1^{er} juin 2017, la CNA a considéré qu'une capacité de travail de 80 % pouvait être reconnue à l'assuré à compter du 1^{er} mai 2017 dans son activité professionnelle habituelle. En outre, elle a confirmé la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2017. Elle a enfin indiqué qu'elle examinerait la question de savoir si le recourant avait droit à d'autres prestations dès le 1^{er} juin 2017.

Le 30 juin 2017, sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a contesté que son état soit stabilisé. L'assuré a relevé que le rapport du Dr Q._____ présentait des incohérences dès lors que, tout en relevant ses plaintes selon lesquelles la physiothérapie avait eu des effets négatifs, il indiquait que l'assuré ressentait une amélioration. En réalité, l'assuré ressentait une aggravation. Il souhaitait dès lors consulter un spécialiste de l'épaule, en la personne du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin d'examiner les traitements à même d'améliorer

la situation. L'assuré a également reproché à la CNA d'avoir retenu une incapacité de travail de 20 % alors même que son activité habituelle – consistant à exécuter des tâches en hauteur et à procéder à des efforts en rotation – était particulièrement concernée par les limitations fonctionnelles constatées par le Dr Q._____. L'assuré a fait valoir que sa capacité de travail s'élevait en réalité à 50 %. Il a enfin demandé la prise en charge des frais inhérents à l'IRM mise en œuvre en janvier 2017 en invoquant que cet examen avait été effectué dans le cadre de l'instruction des suites de l'accident du 23 juillet 2013. Il a ainsi conclu à l'octroi d'indemnités journalières de 50 % dès le 30 avril 2017 et à la prise en charge des frais en lien avec l'IRM cervicale du 17 janvier 2017.

L'assuré a transmis à la CNA des certificats médicaux attestant de son incapacité de travail à 50 % dès le 1^{er} juin 2017.

Par décision sur opposition du 26 juillet 2017, la CNA a partiellement admis l'opposition en ce sens qu'elle a mis à sa charge les frais de l'examen radiographique et de l'IRM de la colonne cervicale du 17 janvier 2017, la décision du 1^{er} juin 2017 étant maintenue pour le surplus. La CNA a considéré que les différents examens radiologiques réalisés après l'accident n'avaient pas mis en évidence de lésion osseuse mais avaient permis de découvrir la présence d'une tendinite calcifiante du sus-épineux préexistante et d'une tendinopathie distale du sus-épineux en présence d'un acromion agressif de stade I. L'évolution post-traumatique s'était faite vers le développement d'une capsulite rétractile et vers un enraidissement douloureux de l'épaule droite. Entre les mois de mai 2016 et de février 2017, les divers examens médicaux spécialisés avaient établis que l'assuré avait recouvré une bonne mobilité de l'épaule droite, voire que celle-ci était même parfaitement mobile. Ainsi, la physiothérapie douce pratiquée à [...] avait conduit une diminution globale de l'intensité douloureuse avec une augmentation progressive de la mobilité de l'épaule. Les derniers rapports des Drs T._____ et S._____ relevaient que l'épaule droite était parfaitement mobile et que les signes d'une capsulite rétractile n'étaient plus retrouvés. La CNA a ainsi relevé que si les séances de physiothérapie auprès de M. L._____ semblaient à

l'origine de la réapparition de douleurs, ce constat ne permettait pas de remettre en question le fait que l'état de santé devait être considéré comme stabilisé. Elle a ainsi retenu que c'était à bon droit que la situation médicale de l'assuré avait été considérée comme stabilisée dès le 1^{er} juin 2017 au plus tard.

Par courrier du 16 août 2017, le Dr G. _____ a relevé ce qui suit :

« Au status, je ne note pas d'amyotrophie ou d'hypoesthésie proximale du membre supérieur droit. Son épaule droite est plus basse que la gauche. Douleurs à la palpation para-acromiale latérale & gléno-humérale antérieure, aussi vers omoplate. Flexion active limitée vers 60°, et en assisté on arrive à 90°, mais douleurs ++. L'abduction est encore plus limitée. La rotation interne est très limitée ! La rotation externe du coude au corps est augmentée, ce qui signe l'absence de capsulite rétractile et une probable lésion du sous-scapulaire. Faiblesse au Belly-press résisté. Bonne force symétrique en rotation externe coude au corps. Diminution de la force en rotation externe en flexion exécutée à 60°. Lors du Yergason, il a des douleurs à l'épaule.

Radiologiquement, je lui ai conseillé de faire une arthro-IRM de son épaule droite, dont je vous adresse une copie du rapport en annexe. Celle-ci a mis en évidence l'apparition d'une déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux prenant 20% de l'épaisseur du tendon. Petite augmentation de la bursite sous-acromio-deltoïdienne. Petite augmentation de taille de la déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A qui paraît actuellement irrégulière. Apparition d'une tendinopathie modérée du long chef du biceps sans fissuration. Intégrité du tendon sous scapulaire.

Discussion : Des explications lui ont été données sur la base de l'arthro-IRM de modèles et de schémas. Il n'y a pas d'argument IRM pour une capsulite ! Pour moi, l'indication opératoire dépend de la gêne du patient. Comme le patient est gêné, il faut tenter une intervention.

Attitude : Je lui ai donc conseillé de faire une arthroscopie de son épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps. Nous avons parlé de l'opération, de ses suites, résultats et complications possibles. En cas de lésion supplémentaire (comme une déchirure du sous-scapulaire non vue à l'IRM, on la réparerait en même temps). Je remercie le médecin-conseil de la Suva, qui me lit en copie, de bien vouloir me confirmer la prise en charge de l'intervention, afin que l'on puisse la fixer»

Le Dr G. _____ a joint à son envoi un rapport du 7 août 2017 de la Dre C. _____, spécialiste en radiologie, rendant compte d'une

arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le même jour. Au terme de cet examen, la spécialiste a constaté l'apparition d'une petite déchirure partielle de la face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux prenant 20 % de l'épaisseur du tendon, apparue depuis l'IRM comparative du 30 janvier 2015, ainsi qu'une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, légèrement plus prononcée que sur l'IRM comparative. Elle a remarqué l'intégrité du tendon sous-scapulaire, sans déchirure. Le tendon du chef long du biceps était en place dans sa gouttière avec une tendinopathie modérée mais non fissuraire en intra-articulaire et à l'entrée dans sa gouttière. Cette tendinopathie du long chef du biceps était également apparue après l'IRM du 30 janvier 2015. La neurologue a également remarqué une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'aspect plus étendu et plus irrégulier que l'IRM comparative et l'absence de chondropathie gléno-humérale. Elle a enfin relevé la stabilité de l'arthropathie acromio-claviculaire débutante sans réelle poussée congestive, la bonne trophicité musculaire de la coiffe sans dégénérescence graisseuse et l'absence d'argument IRM pour une capsulite rétractile.

Le 23 août 2017, le Dr Q._____ a indiqué qu'il existait une probable relation de causalité entre les troubles constatés par le Dr G._____ et l'événement du 23 juillet 2013. Il a relevé que tous les spécialistes consultés s'étaient exprimés contre une intervention chirurgicale, même le Prof. T._____, chef de service auprès du [...] et éminent spécialiste de l'épaule. Le Dr Q._____ a relevé qu'une arthroscopie risquait de réveiller la capsulite rétractile et que l'intervention paraissait dès lors dangereuse et contre-indiquée.

Par courrier du 24 août 2017 au Dr G._____, la CNA a indiqué que l'intervention proposée était contre-indiquée et que par conséquent, elle ne serait pas prise en charge.

B. Par acte du 13 septembre 2017, J._____, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de la CNA du 26 juillet 2017,

concluant à son annulation et à la condamnation de la CNA à lui verser de plus amples prestations d'assurance, à dire de justice. Le recourant a relevé qu'aux termes de son récent rapport, le Dr G._____ avait posé un nouveau diagnostic de déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux, de déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A et de probable déchirure sous-scapulaire. La situation du recourant n'était dès lors pas stabilisée puisque ces lésions traumatiques révélées nécessitaient une intervention qui permettrait, d'après le spécialiste, d'améliorer son état de santé. Le recourant a également relevé que sa capacité de travail ne pouvait pas être fixée à 80 %. En effet, aux termes de son rapport final, le Dr Q._____ avait retenu une aggravation de l'état algique. Il avait également indiqué que l'état général était globalement inchangé depuis l'examen du 11 juillet 2014, date à laquelle la capacité de travail de l'assuré avait été arrêtée à 50 %. Il avait enfin fixé l'exigibilité à 80 % en se fondant sur les limitations fonctionnelles et les vœux exprimés par l'assuré mais sans tenir compte de son état algique.

Par réponse du 10 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'est référée à un rapport de la Dre H._____, spécialiste en chirurgie générale et en traumatologie, dont elle a fait siennes les conclusions. Ce rapport, du 14 décembre 2017, contient notamment les développements suivants :

« Les différents examens pratiqués, notamment une IRM de l'épaule droite en date du 22 octobre 2013 mettent en évidence une tendinite calcifiante du supra-épineux, une tendinopathie distale du supra-épineux en présence d'un acromion de stade I et un probable complexe de Buford du labrum glénoïdien.

L'évolution ne sera guère favorable avec le développement d'une capsulite rétractile de l'épaule droite.

[...]

Le Professeur T._____ fait état d'une disparition de la symptomatologie de capsulite rétractile.

[...]

Le 7 août 2017, Monsieur J._____ subit à nouveau une arthro-IRM de l'épaule droite qui révèle une déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-épineux nouvellement apparue, de même

qu'une tendinopathie du long chef du biceps et une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A.

[...]

Que ce soit sur l'IRM de l'épaule droite réalisées (sic) le 22 octobre 2013 ou sur celle réalisée le 30 janvier 2015, il est décrit une tendinite calcifiante et une tendinopathie du tendon du muscle supra-épineux.

[...]

Monsieur J. _____ présente donc une tendinopathie du tendon des muscles du supra-épineux à droite qui n'est autre qu'une dégénérescence, donc un état préexistant.

Attardons nous maintenant sur l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 7 août 2017.

La radiologue précise qu'elle compare cet examen à celui du 30 janvier 2015 et décrit « une petite déchirure partielle de face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux [...] apparue par rapport à l'IRM comparative. Absence de déchirure de la face superficielle et distale du tendon supra-épineux ». Elle parle également de « tendon du long chef du biceps en place dans sa gouttière avec une tendinopathie modérée mais non fissuraire en intra-articulaire. Apparition de cette tendinopathie du long chef du biceps par rapport à l'IRM comparative ».

Ces deux atteintes tendineuses de l'épaule droite précitées sont donc d'apparition postérieure à l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 30 janvier 2015, qui elle a été réalisée plus de 18 mois après l'accident du 23 juillet 2013.

Ces atteintes tendineuses de l'épaule droite ne peuvent pas, au degré de vraisemblance prépondérante, être en relation de causalité avec ce dit accident.

Toujours sur cette arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 7 août 2017, cette même radiologue visualise une atteinte du labrum glénoïdien de type SLAP 2A.

Les IRM de l'épaule droite effectuées les 22 octobre 2013 et 30 janvier 2015, elles, ont révélé un complexe de Buford du labrum.

[...]

Nous rejoignons le Docteur N. _____ quand il décrit un complexe de Buford et non une atteinte SLAP. Monsieur J. _____ présente de façon claire un ligament gléno-huméral épaissi et une perte de substance du labrum sans pouvoir identifier le fragment déchiré [...]

Le complexe de Buford étant d'origine congénitale, il n'a pas pu être provoqué par l'accident du 23 juillet 2013.

Par conséquent, aucune des atteintes décrites sur l'arthro-IRM de l'épaule réalisée le 7 août 2017 ne peuvent avoir été entraînées par l'accident du 23 juillet 2013, accident qui n'a entraîné aucune lésion structurelle, mais une décompensation transitoire d'un état

préexistant qui s'est compliqué d'une capsulite rétractile de l'épaule droite.

[...]

En se référant à l'histoire naturelle des capsulites rétractiles, [l']évolution en dents de scie des amplitudes articulaires de l'épaule droite chez Monsieur J._____ est difficilement compatible avec la capsulite rétractile qu'il a développée. En effet il n'est pas documenté dans la littérature une évolution faite de hauts et de bas, mais il est reconnu une évolution progressive vers une récupération totale ou partielle (stagnation), mais en aucun cas une péjoration.

Par conséquent, la symptomatologie douloureuse que présente Monsieur J._____ lors de l'examen médical du 26 avril 2017 comme celle qu'il présente par la suite, est clairement, a posteriori, en relation avec les troubles dégénératifs de cette épaule droite.

Nous relèverons encore qu'à aucun moment les différents intervenants n'ont constaté une amyotrophie de l'épaule droite chez Monsieur J._____, ce qui signe une utilisation symétrique des deux épaules.

[...]

Conclusion

Il n'existe pas de relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante entre les atteintes objectivées sur l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 7 août 2017 et l'accident du 23 juillet 2013.

Les atteintes du tendon du muscle supra-épineux et du long chef du biceps à droite sont d'apparition postérieure à l'arthro-IRM du 30 janvier 2015, qui elle a déjà été réalisée à plus de 18 mois après l'accident du 23 juillet 2013.

L'atteinte SLAP de type 2A visualisée à droite, n'est autre qu'un complexe de Buford, qui lui est d'origine congénitale.

Le seul et unique état séquellaire de l'accident du 23 juillet 2013 est une capsulite rétractile de l'épaule droite dont les symptômes avaient déjà disparus (sic) en mai 2016.

L'intervention chirurgicale visant le traitement d'atteintes dégénératives de l'épaule droite apparues à distance de l'événement du 23 juillet 2017, en l'occurrence après le 30 janvier 2015 à plus de 18 mois de ce dit événement, n'est pas à la charge de la Suva ».

Par réplique du 7 mars 2018, le recourant a persisté dans ses précédents moyens. Il a pris une conclusion nouvelle savoir que la CNA est condamnée à prendre en charge les frais de l'expertise privée du Dr G._____, par 1'000 francs. A l'appui de son écriture, le recourant s'est

en effet fondé sur un rapport du 5 mars 2018 du Dr G._____. Aux termes de ce rapport, le spécialiste a indiqué :

« [...] la Drsse H._____ ne transcrit pas correctement les conclusions du radiologue par rapport à l'IRM de l'épaule droite de Monsieur J._____ du 22 octobre 2013. [...]

[...] Il n'est fait aucune mention de tendinite calcifiante ni de tendinopathie distale du supra-épineux. Bien au contraire, le Dr N._____ note en parlant du tendon sus-épineux, ou supra-épineux : *"fissuration/déchirure superficielle s'étendant sur une longueur de 10 mm, une épaisseur de 2mm et une largeur d'environ 11mm. L'aspect est évocateur d'une séquelle d'impaction sous-acromiale"*. Une impaction implique qu'il y a eu un choc des structures sous-jacentes contre l'acromion. Cette impaction a provoqué une déchirure du tendon supra-épineux. D'ailleurs, le radiologue note dans la conclusion de son rapport : *"... impaction post-traumatique du tendon lors de la chute"*.

Quand il parle du labrum, le Dr N._____ note ceci : *"on note un contour légèrement irrégulier de la bordure antéro-supérieure du labrum, complex de Buford ? Fissuration du labrum"*. Afin que le profane puisse comprendre, il faut savoir qu'une IRM faite sans injection de contraste intra-articulaire ne permet pas de savoir si les images correspondent à un complexe de Buford ou à une déchirure du labrum. Il aurait fallu faire une arthro-IRM avec injection intra-articulaire de produit de contraste. Mais, le radiologue a néanmoins un doute par rapport à une déchirure du labrum.

[...]

Toujours à la page 2, Drsse H._____ décrit les radiographies du patient, du 23 juillet 2013 : *"Semi-calcique sur le tendon du sus-épineux à hauteur de l'enthèse. Auvent sous-acromial de type I mais celui-ci ne dépasse pas 5 à 6mm. Interligne gléno-huméral normal. Sur le cliché de face, acromion un peu récurrent pouvant expliquer un conflit en abduction sur le sus-épineux"*.

[...] Les calcifications dans le tendon supra-épineux sont certainement en train de se résorber et n'ont rien à voir avec l'accident. Par contre, l'interprétation faite par rapport au conflit est erronée.

Je rappellerai tout d'abord que les radiologues utilisent de façon abusive le terme de conflit sous-acromial. [...] Ainsi, dans la plupart des cas, le conflit sous-acromial est un processus dynamique secondaire à une insuffisance intrinsèque (traumatique ou dégénérative) du tendon qui, avec le temps, causera un remaniement osseux provoquant les signes radiologiques classiques que l'on voit lors de "l'impingement syndrome". Selon ces articles, les facteurs extrinsèques n'ont que peu d'importance, d'autant plus que la plupart des déchirures partielles de la coiffe surviennent au niveau de la surface

articulaire du tendon et non au niveau de sa surface sous-acromiale.

De plus, il est noté que l'auvent sous-acromial est de type I. Selon une étude relativement ancienne sur la morphologie de l'acromion, le type I est un acromion plat, le II est incurvé, et le III est crochu [...]. L'acromion de type I ne génère aucun conflit !

[...] il faut relever que c'est en fait la tête humérale qui est montée, avec interruption de la ligne de Shenton comme vous pouvez le constater sur les radiographies du 23 juillet 2013 [...]. Cette surélévation de la tête humérale est le plus souvent le signe d'une lésion intra-articulaire (déchirure de la coiffe des rotateurs, lésion SLAP, etc.).

[...]

A la page 7, Drsse H. _____ retranscrit le rapport de l'arthro-IRM du 30 janvier 2015 dont le rapport est également signé par le Dr N. _____. Cette fois-ci, il est noté : *"Complexe de Buford. Pas d'anomalie du bourrelet"*.

En fait, l'interprétation du Dr N. _____ de cette arthro-IRM de l'épaule droite de Monsieur J. _____, du 30 janvier 2015, diffère de l'interprétation de la Drsse C. _____, également FMH radiologie, et spécialiste de la radiologie ostéoarticulaire, de l'arthro-IRM de la même épaule, du 7 août 2017. La Drsse C. _____ note : *"Déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'aspect plus étendue et plus irrégulière que sur l'IRM comparative"*. Donc, pour elle la lésion SLAP était déjà présente en 2015.

Pour essayer de comprendre cette différence d'interprétation on va se pencher sur les examens effectués. [...] Evidement que [le] dernier examen [du 7 août 2017] est plus précis. Je vous laisse donc tirer les conclusions qui s'imposent.

[...] le Dr X. _____ estime qu'il n'y a pas de facteurs étrangers à l'accident.

[...]

Cela signifie qu[e le Dr Q. _____] admet que la relation de causalité entre les troubles constatés et l'événement du 23 juillet 2013 est > 50%. Il admet donc la relation de causalité.

[...]

Pourquoi est-ce que tous les spécialistes consultés, y compris le Professeur T. _____, se sont exprimés contre l'intervention chirurgicale chez Monsieur J. _____? Tous ces spécialistes ont été consultés avant l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 7 août dernier. Sur la base de l'évolution vers une capsulite rétractile et la présence d'un "complexe de Buford", moi aussi je me serai exprimé contre une intervention chirurgicale.

Néanmoins, il y a bien une lésion SLAP 2A plus étendue et irrégulière, comme le note la Drsse C._____. Pour moi, cette lésion est consécutive à l'accident, malgré qu'elle ait été interprétée comme un complexe de Boford. [...]

De plus, lors de mon examen clinique, j'ai retrouvé des signes d'une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire (augmentation de la rotation externe et faiblesse au Belly-press résisté) [...] L'examen clinique, lorsqu'il est effectué de façon systématique par un examinateur expérimenté, peut prédire de manière fiable la présence d'une déchirure du tendon sous-scapulaire, mais l'examen de choix pour le diagnostic reste l'arthroscopie.

A la fin de la page 13 et à la page 14, Drsse H._____ décrit l'atteinte tendineuse qui mène progressivement à une tendinopathie, et conclut que Monsieur J._____ avait un état préexistant. J'abonde dans son sens en ce qui concerne la tendinopathie.

[...] Néanmoins, un état préexistant ne protège pas des conséquences d'un accident !

[...]

La radiologue, Drsse C._____, estime que la petite déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-épineux est apparue récemment par rapport à l'IRM comparative de 2015. Je ne suis pas persuadé que l'on puisse retenir cette affirmation, vu le nombre d'images par séquence largement supérieur et la force de l'aimant trois fois plus important avec l'appareil IRM utilisé pour la dernière IRM en 2017. La déchirure était peut-être déjà présente, consécutivement à l'accident, mais avoir été manquée vu la "précision" des IRM précédentes. Je ne peux donc pas retenir l'affirmation de la Dre H._____ qui dit que les deux atteintes tendineuses de l'épaule droite sont d'apparition postérieure à l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée, le 30 janvier 2015.

Je n'ai pas retrouvé d'articles médicaux comparant les IRM de 1-Tesla versus des IRM de 3-Tesla, mais par contre plusieurs articles ont pu montrer que la performance diagnostique était nettement meilleure avec l'IRM à 3-Tesla [...]

Plus bas, [...], Drsse H._____ note : *"Toujours sur cette arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 7 août 2017, cette même radiologue visualise une atteinte du labrum glénoïdien de type SLAP 2A. Les IRM de l'épaule droite effectuées le 22 octobre 2013 et le 30 janvier 2015, elles, ont révélé un complexe de Bufford du labrum"*.

Ce n'est pas tout à fait exact. Dans son rapport sur l'arthro-IRM, du 7 août 2017, la Drsse C._____, radiologue expérimentée en radiologie ostéo-articulaire, note : *"Déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'aspect plus étendue et plus irrégulier que sur l'IRM comparative"*. Donc, elle voit non seulement la lésion SLAP 2A sur l'arthro-IRM du 7 août 2017, mais pour elle cette lésion était déjà présente sur l'arthro-IRM du 30 janvier 2015, et elle a augmenté depuis lors.

[...] je ne peux pas [...] rejoindre [la Dre H. _____] quand elle commente, en parlant du complexe de Buford : *"Il peut être confondu avec une déchirure du labrum-SLAP..."*

Les spécialistes en radiologie ostéo-articulaires et les chirurgiens orthopédistes, spécialistes de l'épaule, ne confondent pas ces deux entités.

[...]

Une lésion de type SLAP 2 peut survenir chez un patient ayant un complexe de Buford [...]. C'est le cas chez Monsieur J. _____.

[...]

Je rejoins donc la Drsse C. _____ qui parle bien d'une lésion SLAP 2A, qu'elle voyait déjà sur la précédente IRM, et que le Dr N. _____ avait envisagé sur l'IRM de 2013.

[...]

Finalement, je ne rejoins pas du tout les conclusions de la Drsse H. _____ pour plusieurs raisons déjà mentionnées plus haut :

- *"Les atteintes du tendon du muscle supra-épineux et du long chef du biceps sont d'apparition postérieure à l'arthro-IRM du 30 janvier 2015, qui elle a déjà été réalisée à plus de 18 mois après l'accident du 23 juillet 2013"*. On ne peut retenir cette affirmation, car la performance diagnostique d'une IRM ou même d'une arthro-IRM de 1-Tesla est nettement inférieure à celle d'une arthro-IRM de 3-Tesla. Ce n'est pas parce que les atteintes du tendon supra-épineux et du long chef du biceps n'ont pas été vues qu'elles n'étaient pas présentes. Comme je l'ai mentionné plus haut, les déchirures partielles des tendons de la coiffe des rotateurs peuvent être manquées jusque dans 60% des cas.
- *"L'atteinte SLAP de type 2A visualisée à droite, n'est autre qu'un complexe de Buford, qui lui est d'origine congénitale"*. Sur la première IRM de 2013, le radiologue se posait la question d'une fissuration du labrum. Le même radiologue n'a pas vu la lésion SLAP 2A sur l'arthro-IRM de 2015, mais la radiologue qui a effectué l'arthro-IRM en 2017 l'a notée sur les deux derniers examens, plus étendue et plus irrégulière sur la dernière investigation. Comme je l'ai mentionné plus haut, une lésion SLAP peut être associée à un complexe de Buford, comme chez Monsieur J. _____.
- *"... le seul et unique état séquellaire de l'accident du 23 juillet 2013 est une capsulite rétractile de l'épaule droite"*. Ceci est faux ! Dans la lettre, datée du 17 août 2017, que j'ai adressée au Dr D. _____, avec copie au médecin conseil de la SUVA, j'ai noté ceci : *"La rotation externe coude au corps est augmentée, ce qui signe l'absence de capsulite rétractile, et une probable lésion du sous-scapulaire"*. La rotation externe n'est jamais normale, et encore moins augmentée, lors d'une capsulite rétractile.

- *“L’intervention chirurgicale visant le traitement d’atteintes dégénératives ..., n’est pas à la charge de la Suva”*. On peut discuter de l’origine traumatique ou dégénérative de la déchirure partielle du tendon supra-épineux. Comme le patient a bien une lésion SLAP, et que cette lésion est considérée comme étant d’origine traumatique par la Drsse H. _____, l’intervention chirurgicale que j’ai proposée est à la charge de la Suva.

[...] ».

Par duplique du 10 avril 2018, l’intimée a conclu au rejet de l’ensemble des conclusions du recourant. Elle a confirmé ses précédentes explications, se fondant sur une appréciation chirurgicale du 27 mars 2018 de la Dre H. _____ dont le contenu était notamment le suivant :

« [...]

Plus loin (toujours dans la même rubrique Introduction) le Docteur G. _____ allègue « la Drsse H. _____ ne transcrit pas correctement les conclusions du radiologue par rapport à l’IRM de l’épaule droite de Monsieur J. _____, du 22 octobre 2013. En effet, elle parle de : “ ... tendinite calcifiante du supra-épineux, une tendinopathie distale du supra-épineux en présence d’un acromion de type I et un probable complexe de Buford du labrum glénoïdien”. Cette phrase est sortie de son contexte. [...]

S’il est vrai que le Docteur N. _____ ne décrit pas une tendinite calcifiante, le Docteur PP. _____, lui, lors d’un autre examen décrit des « calcifications tendineuses linéaires en projection de l’insertion distale du tendon du sus-épineux » [...] Il est donc permis de parler de tendinite calcifiante.

[...]

Si le Docteur N. _____ n’utilise pas le terme de tendinopathie du muscle du supra-épineux, il en décrit une, quand il parle de « fissuration ou déchirure superficielle », en effet comme détaillé dans l’appréciation médicale établie le 14 décembre 2017, une fissuration ou déchirure superficielle, ne correspond donc pas à une déchirure transfixiante, mais à un processus d’usure.

[...]

Le Docteur G. _____ évoque encore la performance des IRM 1-Tesla versus 3-Tesla. Nous n’avons également pas trouvé de références littéraires, raison pour laquelle, n’étant pas radiologues, nous nous sommes renseignés auprès de différents radiologues, qui ne partagent pas l’avis du Docteur G. _____, dans le sens où s’il est vrai que l’IRM 3-Tesla est beaucoup plus pertinent pour l’examen du cerveau, ce n’est pas le cas pour tout ce qui a attiré (sic) à l’ostéo-articulaire. De plus en cas de présence de matériel d’ostéosynthèse les artefacts sont très importants et rendent l’interprétation des images des plus problématiques (sic).

Aucun des radiologues pressentis (sic) n'ont (sic) reconnu que des atteintes visualisées sur un IRM 3-Tesla ne pourraient pas être objectivées sur un IRM 1-Tesla, par contre il est clair que l'utilisation d'un produit de contraste fait la différence.

[...]

Avec le concours du Docteur BB._____, spécialiste en radiologie et spécialisé dans la lecture des IRM, nous avons visualisé les IRM réalisées en 2015 et en 2017.

Nous arrivons à la conclusion que, ce que la Docteure C._____ décrit en 2015 comme un SLAP, n'est autre qu'un récessus sous-labral.

[...]

Par conséquent, en 2015 Monsieur J._____ ne présentait pas de SLAP 2A, mais uniquement un complexe de Buford.

[...]

Ce SLAP de type 1 visualisé uniquement sur l'IRM du 7 août 2017 à 4 ans de l'événement du 23 juillet 2013, ne peut être un état séquellaire de l'accident du 23 juillet 2013.

De plus, l'atteinte du labrum survient lors d'un mécanisme spécifique, soit par traction lors du mouvement de lancer, ce n'est pas le cas chez Monsieur J._____, soit par compression du tendon du long chef du biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main avec le bras tendu pour amortir la chute, ce qui ne fût également pas le cas chez Monsieur J._____.

[...]

Nous ne voyons pas en quoi la prise de position du Docteur G._____ produite le 5 mars 2018 nous permettrait de nous écarter des conclusions de l'appréciation médicale établie le 14 décembre 2017 par le Centre de compétence de médecine des assurances. ».

Le recourant s'est déterminé le 8 juin 2018. Reprenant des explications du Dr G._____, il a confirmé ces précédents arguments. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise.

Par courrier du 14 août 2018, la CNA a demandé à ce que le dernier rapport du Dr G._____ lui soit transmis afin de demander à ses médecins conseils de se déterminer.

Par courrier du 5 septembre 2018, le recourant a adressé copie d'un courriel du 29 mai 2018 du Dr G._____.

Par déterminations du 27 septembre 2018, l'intimée a confirmé ses précédents arguments. Elle a produit une appréciation chirurgicale du 26 septembre 2018 de la Dre H._____ confirmant ses précédents écrits.

Le 8 octobre 2018, le recourant a déposé des observations.

Par courrier du 14 mai 2019, le recourant a renoncé à la tenue de débats publics.

Le 31 octobre 2019, le recourant a déposé un rapport du 23 octobre 2019 du Prof. KK._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de ce rapport, le Dr KK._____ a posé les diagnostics de status post torsion de l'épaule droite le 23 juillet 2013, de désinsertion de la tête de l'humérus droit et de suspicion de forçage post-traumatique de l'épaule droite. Le spécialiste a relevé qu'après six ans, l'assuré présentait encore une souffrance considérable avec un dysfonctionnement de son membre supérieur droit. Il a indiqué que la dernière IRM datait de 2015 de sorte qu'il ne disposait pas d'une imagerie actuelle. Le Dr KK._____ a dès lors proposé qu'il soit procédé à une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite et que, si aucune lésion structurelle n'y apparaissait, une arthroscopie diagnostique soit discutée. Fondé sur cet avis médical, le recourant a fait valoir que son cas n'était pas stabilisé et réclamé un complément d'instruction.

Par envoi du 27 novembre 2019, la CNA a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a en outre relevé que le Dr KK._____ ne contestait pas la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'IRM étant proposée pour des motifs diagnostics.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2017, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé à cette date. La CNA examine et décidera de l'éventuelle allocation d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une décision séparée.

3. a) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1) y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

b) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et

à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

d) La prise en charge du traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident est garantie aussi longtemps que celui-ci est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé. Si tel n'est plus le cas et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'assureur-accident examine le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en

raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5 ; TF 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut donc entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme «sensible» par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; TFA U 244/2004 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

6. Considérant que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, l'intimée a décidé de la fin du remboursement des soins médicaux et du paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2017. Le recourant conteste quant à lui la stabilisation médicale des atteintes dont il souffre. Il sollicite le maintien de la prise en charge de tous ses traitements et frais médicaux à compter du 1^{er} juin 2017. Plus précisément, le recourant fait valoir que de nouveaux traitements ou interventions seraient de nature à améliorer sensiblement son état de santé. A cet égard, il se fonde sur l'appréciation du Dr G._____ et l'IRM réalisée le 7 août 2017 qui conclut à ce que soit pratiquée une intervention chirurgicale par arthroscopie avec ténodèse du long biceps.

a) Le recourant invoque une déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux, prenant 20 % d'épaisseur de tendon. Cette atteinte a été constatée par la Dre C._____ dans son rapport du 7 août 2017 rendant compte d'une IRM du même jour. A cet égard, la radiologue a précisé que la lésion était apparue récemment puisqu'elle n'était pas présente à l'IRM comparative du 30 janvier 2015. Le Dr G._____ a quant à lui indiqué ne pas être persuadé que l'on puisse retenir que cette problématique soit apparue ensuite de l'IRM de janvier 2015. Il émet ainsi l'hypothèse que la déchirure ait pu exister consécutivement à l'accident mais qu'elle n'ait pas été repérée en raison

d'une moins grande précision des IRM pratiquées avant celle du 7 août 2017 (cf. rapport du Dr G. _____ du 5 mars 2018). Cette explication est contestée par les Drs H. _____ et BB. _____.

Aux termes de son rapport du 5 mars 2018, le Dr G. _____ indique que la déchirure « était peut-être déjà présente, consécutivement à l'accident ». C'est dire que les développements tendant à expliquer que la déchirure observée pourrait être consécutive à l'accident relèvent de la pure spéculation. Le Dr G. _____ ne dispose d'aucun élément permettant de corroborer ses hypothèses. Il ne produit aucune pièce ni n'allègue aucune littérature venant confirmer ses explications. En conséquence, on ne peut que constater qu'il n'existe pas d'élément objectif de nature à jeter le doute sur les constatations claires du Dr N. _____ - qui, dans son rapport du 30 janvier 2015 se fondant sur l'IRM du même jour, n'avait pas observé cette lésion - et de la Dre C. _____ - qui a précisé que cette lésion était postérieure à l'IRM de 2015. C'est le lieu de relever que les Drs N. _____ et C. _____ sont tous deux spécialistes en radiologie, contrairement au Dr G. _____ qui a quant à lui été consulté par l'assuré.

Pour toutes ces raisons, on ne saurait retenir que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon supra-épineux, existait déjà en 2015 et qu'elle est consécutive à l'accident survenu en 2013.

b) Le recourant invoque en outre une petite augmentation de la taille d'une déchirure du labrum antéro supérieur de type SLAP 2A.

Cette déchirure a également été constatée le 7 août 2017 par la Dre C. _____. Le Dr G. _____ semble considérer à cet égard que les précédents médecins, notamment le Dr N. _____, ont diagnostiqué par erreur un complexe de Buford. Il estime que cette déchirure existait déjà en 2015 puisque la Dre C. _____ avait relevé, le 7 août 2017, que la déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A était d'aspect plus étendu et plus irrégulier que sur l'IRM de 2015. Le Dr G. _____ explique également cette différence d'interprétation par l'évolution de la précision des appareils pour les IRM entre 2015 et 2017. Selon lui, le recourant

souffre d'une lésion de type SLAP 2A ainsi que d'un complexe de Buford (cf. rapport du 5 mars 2018 du Dr G._____, p. 8).

On constate qu'à l'examen de l'IRM du 21 octobre 2013, le Dr N._____ s'était demandé s'il était en présence d'une fissure du labrum ou d'un complexe de Buford ; c'est en 2015 qu'il a conclu à un complexe de Buford (cf. rapports des 22 octobre 2013 et 30 janvier 2015 du Dr N._____). L'IRM réalisée le 30 janvier 2015 était donc de nature à lever ses doutes et à lui permettre de trancher dans ce sens. Alors que nombre de spécialistes se sont penchés sur le cas du recourant, aucun avis médical n'a contredit l'avis du Dr N._____ ni constaté l'existence d'une déchirure du labrum, avant la Dre C._____ et le Dr G._____. En particulier, aucun des nombreux spécialistes ayant étudié l'arthro-IRM du 30 janvier 2015 n'a évoqué le moindre doute sur le diagnostic de complexe de Buford (rapports du 16 juin 2015 du Dr X._____, du 21 mai 2015 du Dr D._____, du 23 mai 2015 du Prof. T._____ et du 13 juillet 2016 des Drs R._____ et K._____). Tel aurait cependant dû être le cas puisque ces deux médecins affirment que la déchirure constatée en 2017 existait déjà auparavant. A cet égard, la Dre H._____ a expliqué, dans son rapport du 14 décembre 2017 (p. 14), que le complexe de Buford est une variante congénitale du labrum glénoïdien et peut être confondu avec une déchirure du labrum (SLAP ou *Superior Labrum Anterior to Posterior*) qui, quant à elle, est d'origine traumatique. Elle a rejoint le Dr N._____ quant à la présence d'un complexe de Buford et relevé que, dès lors qu'une atteinte de cette nature est d'origine congénitale, elle n'a pas pu être provoquée par l'accident de 2013.

Aux termes de son rapport du 27 mars 2018, la Dre H._____ a précisé s'être renseignée auprès de différents radiologues sur la question de la fiabilité du matériel d'IRM invoqué par le Dr G._____. Ceux-ci ne partageaient pas son avis à ce sujet, précisant que si l'IRM 3-Tesla était beaucoup plus pertinent pour l'examen du cerveau, tel n'était pas le cas pour ce qui avait trait à l'ostéo-articulaire. Elle a ajouté qu'aucun des radiologues consultés n'avait reconnu que les atteintes visualisées sur un IRM 3-Tesla n'auraient pas pu être objectivées sur un

IRM 1-Tesla. Avec le Dr BB._____, spécialiste en radiologie et spécialisé dans la lecture des IRM, ils sont arrivés à la conclusion, après avoir visionné les IRM de 2015 et de 2017, que ce que décrit la Dre C._____ comme un SLAP en 2015 n'est autre qu'un récessus sous-labral. La Dre H._____ a expliqué la différence entre ces deux pathologies et les motifs pour lesquels elle et son collègue avaient retenu la deuxième dans le cas du recourant et pour quelles raisons ce dernier ne présentait pas de SLAP de type 2A mais uniquement un complexe de Buford. Il ressort enfin de l'appréciation du 27 mars 2018 que le Dr BB._____ et la Dre H._____ ont bien visualisé un SLAP sur l'IRM du 7 août 2017, mais de type I, qui n'apparaissait pas sur l'IRM de 2015 et qui ne peut donc pas être séquelle de l'accident du 23 juillet 2013.

Les conclusions de la Dre H._____ ne sont contredites par aucun autre avis médical que ceux de la Dre C._____ et du Dr G._____. Elles sont circonstanciées et dûment motivées. Elles reposent sur l'avis du Dr N._____, spécialiste en radiologie auprès de l'institut de radiologie [...], et ont été consolidées par l'avis d'un spécialiste en radiologie et en lecture d'IRM. Il n'y a donc pas de motifs de s'en écarter, les avis des Drs C._____ et G._____ paraissant isolés. En outre, les explications avancées par le Dr G._____ pour démontrer que la déchirure invoquée existait déjà avant l'IRM du 7 août 2017 ne reposent sur aucun élément objectif. La Dre H._____ a investigué ces hypothèses qui ont été contestées par les spécialistes consultés.

Il découle de ce qui précède que l'intimée était fondée à suivre l'appréciation médicale reprise par la Dre H._____.

C'est le lieu de relever que l'intervention préconisée par le Dr G._____ est justifiée par le diagnostic de SLAP de type 2A. Or, comme on l'a vu, le recourant est atteint d'un complexe de Buford, d'origine congénitale, soit sans lien de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013. Le Dr G._____ a lui-même admis qu'en présence d'un complexe de Buford et d'une évolution vers une capsulite rétractile, il n'y avait pas matière à intervention. La lésion SLAP de type 1 qui est visualisée à l'IRM

du 7 août 2017 est apparue largement postérieurement à l'accident puisqu'elle n'apparaissait pas sur l'IRM de 2015. Il n'y a pas de lien de causalité entre cette lésion et l'accident survenu en 2013. En conséquence, cette intervention ne permettrait pas d'améliorer l'état de santé du recourant pour les suites de l'accident. Elle n'est en effet motivée que par de nouvelles pathologies, par ailleurs dégénératives, qui n'ont pas de lien de causalité avec l'accident.

c) Le recourant invoque également une probable déchirure du sous-scapulaire que les différents IRM n'ont pas permis de voir. Ce diagnostic repose sur les déclarations du Dr G. _____ qui indique avoir vu des signes de déchirure partielle lors de son examen clinique (augmentation de la rotation externe et faiblesse au Belly-press résisté). Le Dr G. _____ a expliqué que les déchirures partielles du tendon sous-scapulaire peuvent être manquées dans plus de 60 % des cas, même avec une arthro-IRM (cf. rapport du 5 mars 2018 du Dr G. _____). Il a précisé que l'examen clinique, lorsqu'il est effectué de façon systématique par un examinateur expérimenté, peut prédire de manière fiable la présence d'une déchirure du tendon sous-scapulaire, mais que l'examen de choix pour le diagnostic restait l'arthroscopie.

Encore une fois, on ne saurait remettre en cause les nombreuses constatations médicales précédentes en raison de doutes émis par un médecin, même spécialiste en chirurgie orthopédique. C'est le lieu de relever que les propos du Dr G. _____ étaient encore plus hypothétiques lorsque, dans son courrier du 16 août 2017, il indiquait avoir parlé des risques d'une opération avec le recourant. Il a en effet précisé que si, lors d'une telle opération, il se trouvait confronté à une lésion supplémentaire - comme une déchirure du sous-scapulaire non vue à l'IRM - il la réparerait en même temps. C'est dire qu'à ce moment, le Dr G. _____ n'avait pas la certitude que l'assuré présentait une déchirure sous-scapulaire, même s'il ne l'excluait pas. On relève à cet égard que l'assuré a consulté des spécialistes en radiologie, orthopédie ou traumatologie qui n'ont jamais émis le soupçon d'une probable déchirure du sous-scapulaire à l'issue de l'examen clinique (cf. rapports du 21

novembre 2013 et du 27 janvier 2014 du Dr B._____, du 3 février 2014 du Dr I._____, du 21 janvier 2014 de la Dre PP._____, du 14 juillet 2014 du Dr Q._____, du 21 janvier 2016 de la Dre CC._____, du 16 février 2016 du Dr X._____, et du 16 septembre 2016 de la Dre F._____. A nouveau, le Dr G._____ ne peut émettre que des hypothèses. Celles-ci ne sont pas fondées sur des éléments objectifs et ne permettent pas d'expliquer pour quelles raisons aucun des spécialistes consultés n'est arrivé aux mêmes conclusions.

d) Le recourant semble enfin contester le diagnostic retenu de capsulite rétractile. L'absence de signe de capsulite rétractile en 2016 et 2017 n'empêche pas que cette complication a bien été observée en 2013, notamment par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, ou par les Dr Q._____, K._____, D._____ et X._____. Il découle des explications de la Dre H._____ qu'une capsulite rétractile peut tout à fait évoluer favorablement et que les dernières images ne sont pas de nature à remettre en cause ce diagnostic (cf. rapport du 14 décembre 2017 de la Dre H._____). Dans son courrier du 21 novembre 2013, le Dr B._____ avait d'ailleurs précisé avoir expliqué à l'assuré que, concernant une capsulite post-traumatique à l'épaule, le temps conduirait à une amélioration voire à une récupération subtotale. On remarque ainsi que si le Professeur T._____ a relevé, dans son rapport du 23 mai 2016, n'avoir pas retrouvé de signe de capsulite rétractile, il n'a pas remis en doute ce diagnostic.

Les constatations et hypothèses du Dr G._____ ne suffisent ainsi pas à jeter le doute sur les appréciations médicales retenues par l'intimée et à justifier une intervention chirurgicale.

7. En conclusion, il n'existe pas de traitement propre à entraîner une amélioration de l'état de santé du recourant ou à éviter une péjoration de cet état concernant les atteintes consécutives à l'accident du 23 juillet 2013. L'intimée était donc fondée à considérer l'état de santé de l'assuré comme stabilisé et, partant, à cesser le versement des indemnités journalières et la prise en charge des soins médicaux. Le rapport du 23

octobre 2019 du Dr KK._____ n'apporte aucun élément de nature à invalider l'appréciation de la CNA. En effet, si ce spécialiste a estimé qu'une IRM plus récente permettrait d'apprécier l'état de santé actuel du recourant, il n'a pas contesté que le cas était stabilisé. En définitive, on voit mal en quoi la réalisation d'une nouvelle IRM serait de nature à modifier les appréciations qui précèdent.

8. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

En l'occurrence, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise telle que requis par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

9. a) En définitive, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, 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. 61 let. g LPGA).

c) Aux termes de sa réplique du 7 mars 2018, le recourant a conclu à ce que soient mis à la charge de l'intimée des frais d'expertise privée du Dr. G._____. En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473 ; 115 V 62).

En l'occurrence, non seulement le recourant n'obtient pas gain de cause mais encore cette expertise n'a pas suffi à influencer sur l'appréciation de la situation médicale telle que résultant du dossier constitué par l'intimée. Les frais de cette expertise seront donc laissés à la charge du recourant qui succombe.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour J. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :