

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 Mme Durussel, juge et M. Bonard, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Z._____, à (...), recourant, représenté par le syndicat Unia Vaud, à
Lausanne,

et

G._____, à (...), intimée.

Art. 6 LAA et 9 aOLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de mécanicien sur machines auprès de [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles auprès de G._____ (ci-après: G._____ ou l'intimée).

Le 15 décembre 2014, l'employeur a adressé à G._____ une déclaration d'accident pour un sinistre survenu le 24 novembre 2014. La description de l'événement est la suivante :

« L'intéressé était en train de réparer une machine de lavage, il a glissé de la machine et s'est blessé en se rattrapant avec le bras droit ».

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite réalisée le 1^{er} décembre 2014 a mis en évidence une chondropathie gléno-humérale de stade II, des signes de tendinopathie modérée du sus-épineux et du sous-épineux avec déchirure partielle du segment distal des tendons en regard de leur surface bursale et une amyotrophie de grade I du sus-épineux et du sous-épineux.

Par rapport médical du 30 décembre 2014, le Dr Y._____, médecin traitant, indique avoir été consulté le 8 décembre 2014. L'assuré lui a alors exposé avoir chuté sur l'épaule droite. Il a attesté une incapacité totale de travailler.

Le 4 février 2015, le Dr Y._____ a constaté que l'évolution était lente mais favorable. Il préconisait une consultation de chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 16 février 2015, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de « status après distorsion épaule droite, tendinopathie coiffe des rotateurs ». Il a constaté une nette

amélioration depuis l'anesthésie et l'infiltration sous acromiale. Une reprise du travail à 100% était possible dès le 16 février 2015.

Dès le mois de mai 2015, l'assuré a régulièrement présenté des incapacités de travail d'un à plusieurs jours, attestées par le Dr P._____ (notamment 5 mai 2015, 10 au 21 juin 2015, 3 juillet 2015, 26 août 2015, 27 août au 30 septembre 2015 à 50%).

Le 8 septembre 2015, le dossier de l'assuré a été soumis au Dr V._____, médecin-conseil de l'assureur-accidents. Dans son avis, il a retenu que les lésions diagnostiquées à l'épaule avaient une origine dégénérative plutôt que malade. Compte tenu des lésions diagnostiquées et de la profession de l'assuré, la durée de l'incapacité de travail se justifiait jusqu'au 15 février 2015. Pour les incapacités de travail survenues à partir du 5 mai 2015, il n'y avait pas d'explication en rapport avec l'accident. Il a admis dans un rapport subséquent du 10 novembre 2015, que les incapacités de travail des mois de mai, août et septembre 2015 devaient être prises en charge. Il estimait au surplus qu'il était nécessaire d'avoir des renseignements sur l'état actuel.

Les Drs [...] et [...], spécialistes en rhumatologie au Service d'orthopédie et traumatologie, Département de l'appareil locomoteur du CHUV, ont examiné l'assuré le 6 octobre 2015 en raison de douleurs persistantes de l'épaule droite. Dans leurs rapports des 19 et 24 novembre 2015, ils ont constaté que l'IRM de l'épaule droite du 1^{er} décembre 2014 ne montrait pas de lésion de la coiffe, mais des lésions dégénératives superficielles du sus-épineux et du sous-épineux sans autres lésions. Ils ont complété le bilan par une arthro-IRM qui a été effectuée le 21 octobre 2015 et qui n'a révélé aucune lésion. L'assuré présentait donc une omalgie droite dans un contexte de probable tendinite de la coiffe pour laquelle aucune sanction chirurgicale n'était envisagée.

Le Dr [...], médecin orthopédiste au Service d'orthopédie et traumatologie, a complété un rapport médical intermédiaire LAA le 21 janvier 2016, indiquant que le dernier contrôle datait du 30 octobre

2015 et qu'aucune nouvelle consultation n'était prévue. L'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle et le pronostic était favorable. Aucun arrêt de travail n'était prescrit et le Dr [...] a encore précisé que les douleurs à l'épaule pouvaient devenir chroniques, mais qu'il n'avait pas d'explication anatomique objective.

Le 25 janvier 2016, [...] a informé l'assuré de son intention de le convoquer dans le cadre d'une expertise médicale auprès d'un médecin spécialiste. Il était invité à faire valoir ses éventuels motifs de récusation quant à la liste de trois médecins spécialistes en chirurgie orthopédique qui lui était soumise. L'expertise n'a en définitive jamais été organisée.

L'assuré a présenté une nouvelle incapacité de travail à 50% du 18 au 28 juillet 2016.

Le 25 octobre 2016, le Dr V._____ a estimé que cette nouvelle incapacité de travail n'était pas en lien de causalité certaine ou hautement vraisemblable avec l'accident du 24 novembre 2014. Quant à l'incapacité de travail jusqu'au 23 septembre 2015, il retenait une causalité probable.

Par décision du 7 novembre 2016, G._____ a informé l'assuré qu'il mettait fin à la prise en charge des prestations de l'assurance-accidents dès le 18 juillet 2016. Si des troubles déterminaient encore une incapacité de travail et un traitement médical à cette date, ils étaient à mettre uniquement sur le compte des facteurs pathologiques préexistants ou analogues à l'accident du 21 novembre 2014.

L'assuré, représenté par le syndicat Unia Vaud, s'est opposé à cette décision le 13 décembre 2016, en concluant notamment à la prise en charge de son traitement de l'épaule droite et des incapacités de travail au-delà du 18 juillet 2016. Il a joint un rapport du 9 décembre 2016 du Dr P._____. Ce médecin a constaté que les déclarations de l'assuré quant aux circonstances de l'événement accidentel différaient de celles rapportées par G._____ dans la décision du 7 novembre 2016. L'assuré

lui avait en effet rapporté avoir glissé alors qu'il descendait des escaliers métalliques et être tombé de 1,5 mètre de hauteur. Il s'était alors violemment tapé l'épaule droite par terre. Le Dr P. _____ a ensuite ajouté les éléments suivants :

« En l'absence de distorsion, contusion de l'épaule avec la déchirure de ses tendons précités, M. Z. _____ n'aurait jamais souffert au niveau de son épaule D, car les déchirures et les tendons ne pouvaient pas être cicatrisés ».

Le dossier a été soumis au médecin-conseil, le Dr D. _____. Dans un avis du 28 février 2017, il a indiqué que le statu quo sine était atteint au 1^{er} juin 2015. Au-delà de cette date, les troubles de l'épaule provenaient de l'activité professionnelle de l'assuré. Il a confirmé son point de vue par avis du 30 mai 2017.

G. _____ a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 17 août 2017. Se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, elle a considéré que le lien de causalité n'était plus donné depuis le 1^{er} juin 2015. Elle a néanmoins retenu la solution plus favorable à l'assuré d'un statut quo sine au 18 juillet 2016, considérant qu'à cette date, la suite du traitement de l'épaule droite de l'assuré relevait de pathologies d'origines malades.

B. Par mémoire de recours du 13 septembre 2017, Z. _____ a déféré la décision sur opposition du 17 août 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de l'acte attaqué et à ce que G. _____ soit condamnée à poursuivre le paiement de ses prestations au-delà du 18 juillet 2016, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il considère que G. _____ n'a pas suffisamment instruit la cause, fondant sa décision sur la base d'un dossier incomplet.

Dans sa réponse du 24 novembre 2017, G. _____ a conclu au rejet du recours. En substance, elle contesté avoir procédé à une instruction lacunaire, considérant avoir établi à satisfaction que le recourant présentait des troubles dégénératifs dont le traitement n'était

pas à sa charge. Elle a encore précisé qu'un examen médical par le médecin-conseil n'était pas un préalable indispensable à une prise de position et que la seule apparition de symptômes postérieurement à un accident ne suffisait pas à retenir leur origine accidentelle.

Dans sa réplique du 24 janvier 2018, le recourant a estimé que les avis médicaux au dossier étaient contradictoires, ce qui justifiait d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise.

Par duplique du 27 mars 2018, l'intimée a maintenu sa position.

Par courrier du 3 septembre 2018, complété le 27 septembre 2018, la juge instructrice en charge du dossier a informé les parties qu'après avoir procédé à un examen succinct de la cause, le cas pourrait devoir être apprécié sous l'angle de l'ancien art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Les parties étaient invitées à se déterminer sur ce point.

Le recourant s'est déterminé par courrier du 3 octobre 2018. Il a considéré que les conditions de l'art. 4 LPGA étaient remplies de sorte que ses lésions relevaient d'un événement accidentel. L'ancien art. 9 OLAA était également applicable par défaut, la condition relative à la présence d'un facteur extérieur étant en particulier réalisée.

L'intimée a répondu le 11 octobre 2018. Elle a notamment discuté l'évaluation assécuro-médicale établie par le Dr [...] le 17 septembre 2018 dont elle a produit le rapport rédigé en allemand et une traduction. Se fondant sur ce document, elle a confirmé l'origine dégénérative des troubles présentés par l'assuré au niveau de l'épaule droite et considéré qu'il n'y avait pas de lésion assimilée selon l'ancien art. 9 OLAA.

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 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. a) 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 18 juillet 2016, faute de lien de causalité.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, 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*) (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et 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 (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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. En l'espèce, le recourant argue que son atteinte à l'épaule droite, postérieure au 18 juillet 2016, découle toujours de l'accident du 24 novembre 2014.

a) Contestant l'application de l'art. 9 al. 2 aOLAA, l'intimée remet en question l'existence d'un événement similaire à un accident, considérant que l'assuré présente une lésion partielle dans le sens d'une tendinopathie d'origine dégénérative (cf. écriture du 11 octobre 2018). L'intimée a tort sur ce point. En effet, on doit admettre que le recourant présentait selon toute vraisemblance des lésions dégénératives asymptomatiques de l'épaule avant l'événement du 24 novembre 2014. Cela étant, la présence d'une lésion traumatique a été admise à la suite d'une IRM du 14 décembre 2014, qui mettait en évidence des signes de tendinopathie modérée avec déchirure partielle du segment distal des tendons, soit une lésion entrant dans le cadre de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA. L'existence d'un événement accidentel a d'ailleurs été admise par l'intimée lorsqu'elle a pris en charge le cas. On ne comprend dès lors pas que l'intimée conteste l'existence d'une origine traumatique des lésions présentées par le recourant alors qu'elle a admis la prise en charge du cas en application de l'art. 6 LAA. Au vu de ce qui précède, il convient d'analyser le cas au regard de la législation et de la jurisprudence relatives aux lésions assimilées à un accident.

Dès lors, il s'agit d'examiner, sur la base des pièces médicales au dossier, si les troubles présentés par l'intéressé dès le 18 juillet 2016 étaient encore en lien de causalité naturelle avec l'accident en cause, ou au contraire si leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, était clairement établie à ce moment-là.

b) Le Dr V._____, médecin-conseil de G._____, a fixé le status quo sine au 15 février 2015, puis au 1^{er} septembre 2015 et enfin au 18 juillet 2016. Quant au Dr D._____, également médecin-conseil, il a retenu un status quo sine au 1^{er} juin 2015. L'intimée a en définitive considéré qu'au-delà du 18 juillet 2016, le cas du recourant relevait de la

maladie, retenant que les lésions qu'il présentait encore à cette date étaient d'ordre dégénératif, sans aucun lien avec l'accident.

A l'instar de ce que relève le recourant, force est d'admettre que les avis de ces deux médecins-conseils sont très succincts et que la motivation de leurs conclusions fait totalement défaut. Le Dr V._____, dans un premier avis du 8 septembre 2015, se limite à affirmer que la durée de l'incapacité de travail est justifiée jusqu'au 16 février 2015 ("→ 16 02 OK") et que pour l'incapacité dès le 5 mai 2015 "il n'y a plus d'explication en rapport avec l'accident". Le 10 novembre 2015, il admet que l'incapacité de travail peut être prise en charge jusqu'en septembre 2015 ("au vu des douleurs et que le traitement continue il faut accepter l'incapacité 05-08-09"). Il concède néanmoins que "il est nécessaire d'avoir des renseignements sur l'état actuel". Le 25 octobre 2016, à la question de G._____ « L'incapacité de travail est-elle établie ? existe-t-il selon toute vraisemblance, un lien de causalité entre l'IT et l'accident ? », le Dr V._____ répond «probablement », jusqu'au 23.09.2015 et « pas de causalité certaine ou hautement vraisemblable » pour l'incapacité du 18 au 28 juillet 2016.

Le Dr D._____ n'est guère plus disert, vu qu'il se contente d'indiquer, dans le questionnaire de G._____ du 28 février 2017, que le status quo sine est atteint au 1^{er} juin 2015 et que les troubles de l'épaule sont probablement dus à l'activité professionnelle de l'assuré. Il ne répond pas à la question de savoir si l'IRM préconisée par le Dr P._____ dans son rapport du 9 décembre 2016 pourrait être utile. Il confirme ses observations dans un avis du 30 mai 2017 en indiquant uniquement "1.06.2015 STATUS QUO SINE ATTEINT. SYMPTOMATOLOGIE DUE A SON TRAVAIL". Les deux médecins-conseils n'ont visiblement pas effectué un examen approfondi de la situation, leurs conclusions procédant d'une motivation tout à fait inexistante. Ils ne parviennent d'ailleurs même pas à s'entendre sur la date du statu quo sine. Sur ce point, les errances du Dr V._____ qui a changé à plusieurs reprises d'avis quant à la date du

status quo sine, ne font que jeter un peu plus le doute sur le sérieux de l'instruction menée par l'intimée à l'égard du dossier de l'assuré.

Le 25 janvier 2016, l'intimée a informé l'assuré qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise afin de faire le point sur sa situation médicale. A cette date, elle ne s'estimait visiblement pas suffisamment renseignée pour décider de la suite à donner au cas de l'assuré. Cela étant, il ressort du dossier que cette expertise n'a finalement jamais été ordonnée, alors même que les premières modalités de mise en œuvre avait été initiée, puisque le nom de trois chirurgiens orthopédistes avait été retenu dans ce cadre. Rien au dossier ne renseigne sur les raisons pour lesquelles l'intimée a considéré en définitive qu'elle disposait des éléments nécessaires pour trancher le cas. On ne saurait pourtant déduire des avis du Dr D._____, qui intervient au dossier dès 2017, des arguments suffisamment convainquant pour se passer de l'expertise prévue.

On ne déduit pas non plus des autres avis médicaux au dossier le moment à partir duquel les lésions que présentent le recourant n'ont plus qu'une origine malade ou dégénérative. A cet égard, on rappellera qu'il n'est en l'occurrence pas question d'évaluer le cas sous l'angle de la vraisemblance prépondérante comme on le ferait en application de l'art. 6 LAA mais sous celui de l'art 9 OLAA qui demande un degré de preuve supplémentaire quand il s'agit d'admettre le retour du statu quo. Les médecins du CHUV en particulier ne se prononcent pas, dans leurs rapports successifs, sur le statu quo ou sur l'origine des lésions que présente encore le recourant. Ils n'évoquent nullement l'évolution de l'état de santé du recourant en regard de l'accident subi en novembre 2014. Quant au Dr P._____, il n'exclut jamais l'origine accidentelle des lésions que présente son patient. Cela étant, le caractère succinct de ses rapports est également à déplorer et l'on ne saurait se rallier sans autre considération à ses observations.

En définitive, les documents au dossier ne permettent pas d'apprécier si, comme le soutient l'intimée sur la base des rapports de ses médecins-conseil, le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à l'épaule était clairement établi au 18 juillet 2016.

c) Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer le dossier à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, afin qu'elle clarifie les aspects médicaux du cas par voie d'expertise, et détermine l'origine des lésions constatées à l'épaule droite.

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

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un syndicat qui peut se voir accorder des dépens (ATF 126 V 11 consid. 2), a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimée qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 17 août 2017 par G._____ est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire.

IV. G._____ versera à Z._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia Vaud (pour Z._____), à Lausanne,
- G._____, à (...),
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :

