

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Gafner, avocat à Lausanne,

et

L._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 2 LAA.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2016 auprès de la société D._____ en qualité de concierge. A ce titre il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de L._____ (ci-après : L._____ ou l'intimée).

Le 26 avril 2016, l'assuré a chuté dans les escaliers sur son lieu de travail et s'est blessé à l'épaule gauche. L._____ a pris le cas en charge.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de cette épaule réalisée le 18 mai 2016 a mis en évidence un petit SLAP [lésion antéro-postérieure du labrum supérieur], une tendinopathie très modérée du sus-épineux, une contusion probable du sous-scapulaire et une subluxation médiale du tendon du long biceps, sans lésion tendineuse intrinsèque (cf. rapport du 18 mai 2016 du Dr G._____, radiologue).

Dans un rapport du 3 juin 2016 établi à la suite d'une arthro-IRM de l'épaule gauche, effectuée le jour-même, le Dr N._____, radiologue, a constaté un aspect effiloché de l'insertion du tendon du subscapularis sur la petite tubérosité, avec déchirure longitudinale du long chef du biceps, avec impression d'une subluxation du long chef du biceps au niveau de la tubérosité bicipitale.

Les douleurs et l'impotence fonctionnelle persistant malgré les séances de physiothérapie et un traitement antalgique, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé le 23 août 2016 à une arthroscopie de l'épaule gauche, avec suture du tendon du muscle sous-scapulaire, ténotomie du long-chef du biceps, coracoplastie, bursoscopie et boursectomie sous-acromiale. Il a retenu les diagnostics de déchirure de l'insertion du tendon du muscle sous-scapulaire, de déchirure du tendon du long-chef du biceps,

de synovite d'origine inflammatoire capsulaire et au niveau de la bourse sous-acromiale, ainsi que de déchirure minime, non transfixiante, au niveau de l'insertion du tendon du muscle supra-épineux (cf. rapport du 7 juin 2016 et protocole opératoire du 23 août 2016).

Dans un rapport parvenu le 2 mars 2017 à L._____, le Dr F._____ a relevé une persistance des douleurs et une algoneurodystrophie. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Il a joint un rapport du 21 décembre 2016 du Dr T._____, radiologue, consécutif à une arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le même jour, constatant par rapport à l'examen antérieur la présence d'un remaniement cicatriciel localisé sur le trajet du tendon du muscle sous-scapulaire, sans récurrence de déchirure, de même qu'une absence de discontinuité du tendon du muscle sus-épineux. Le Dr F._____ a également annexé un rapport de la Dresse R._____, radiologue, établi à la suite d'une scintigraphie osseuse du 11 janvier 2017, observant que l'aspect scintigraphique de l'épaule gauche évoquait un Sudeck.

Le 23 mars 2017, le Dr F._____ a informé L._____ que son patient présentait des douleurs et des contractures péri-scapulaires gauches, raison pour laquelle l'évolution était défavorable. La scintigraphie osseuse effectuée en janvier 2017 parlait en faveur d'une maladie de Sudeck. Il se demandait si un séjour dans une clinique de réadaptation serait judicieux.

Dans un rapport médical initial adressé à L._____ le 30 mars 2016 [recte : 2017], le Dr J._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de contusion du gril costal droit et contusion-distorsion de l'épaule gauche. L'évolution était atypique. Le patient présentait des douleurs à la mobilisation et une impotence de l'épaule et du membre supérieur gauche. L'incapacité de travail était totale et allait probablement encore durer plusieurs mois.

L._____ a mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur. Le Dr Z._____ a examiné l'assuré le 12 juin 2017 en présence d'une interprète. Dans son rapport du 21 juin 2017, il a posé les diagnostics principaux de status post-déchirure de l'insertion du sous-scapulaire, déchirure du tendon du long chef du biceps, synovite inflammatoire capsulaire et de la bourse sous-acromiale, déchirure minime non transfixiante de l'insertion du tendon du sus-épineux, de status post-arthroscopie, suture du tendon du sous-scapulaire, ténotomie du tendon du long chef du biceps, coracoplastie et bursectomie sous-acromiale le 23 août 2016, de statut post-algodystrophie de l'épaule gauche au 11 janvier 2017 et de statut post-traitement orthopédique de l'algodystrophie de l'épaule gauche jusqu'au 30 mars 2017. Le Dr Z._____ a expliqué qu'il n'avait pas retrouvé à l'épaule gauche, que ce soit cliniquement ou par l'imagerie, de lésion relevant de l'appareil locomoteur pouvant expliquer les douleurs. Il a fait état de contradictions tant au plan clinique qu'en rapport avec le dosage plasmatique des médicaments, dont les prélèvements avaient été effectués le jour de l'expertise. Selon lui, les lésions entraînées par l'accident du 26 avril 2016 étaient guéries au 1^{er} avril 2017, de sorte que la capacité de travail de l'assuré en lien avec cet événement était entière dans l'activité habituelle. Les troubles actuels allégués n'étaient pas en relation avec cet accident.

Par courrier du 4 juillet 2017, L._____ a annoncé à l'assuré que d'après l'expert, les lésions résultant de l'accident du 26 avril 2016 étaient guéries au 1^{er} avril 2017. Ainsi, elle était amenée à clore son droit aux prestations à compter de cette date. Elle renonçait toutefois à demander la restitution des prestations allouées au-delà de celle-ci.

Le 14 juillet 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Julien Gafner, a fait valoir que même si un interprète avait été présent lors de l'expertise, il avait eu de la peine à exprimer les maux qu'il ressentait et ses limitations. L'assistance de son fils lui aurait permis de mieux se faire comprendre. Ainsi, les conclusions du rapport d'expertise ne reflétaient pas la réalité, de sorte qu'une nouvelle expertise devait être mise en œuvre. En outre, il avait tenté de reprendre le travail et avait constaté que les séquelles physiques au niveau de son épaule persistaient. Il a joint un

certificat médical du 10 juillet 2017 du Dr F._____, attestant une incapacité totale de travail du 7 juin 2016 au 28 août 2017, ainsi qu'une prescription du 23 mars 2017 de ce spécialiste pour neuf séances d'ergothérapie.

Par décision du 27 juillet 2017, L._____ a confirmé la fin du droit aux prestations au 1^{er} avril 2017 et la renonciation à demander la restitution des prestations de soins allouées entre cette date et le 4 juillet 2017. Elle n'avait en outre pas été informée de la date de la reprise du travail et avait par conséquent cessé de verser l'indemnité journalière au-delà du 30 juin 2017. Elle était disposée à octroyer cette prestation au maximum jusqu'au 7 juillet 2017 ou jusqu'à la date effective de la reprise de travail.

Faisant suite au dépôt d'une demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a, par projet de décision du 27 juillet 2017, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2017. L'intéressé s'est opposé à ce projet et a requis une suspension de la procédure.

Le 24 août 2017, l'assuré a contesté la décision du 27 juillet 2017 de L._____, en demandant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a fait valoir que contrairement au Dr Z._____, les Drs F._____ et J._____ avaient attesté une incapacité totale de travail. Il a joint un certificat médical établi le 23 août 2017 par le Dr J._____, selon lequel il se trouvait en incapacité de travail du 28 août au 30 septembre 2017. Il a encore annexé un rapport du même jour de son physiothérapeute A._____, relevant qu'à ce jour, ils n'avaient pu travailler que sur l'antalgie de l'épaule gauche et de la nuque, puisque le patient présentait de vives douleurs lors de la mobilisation passive et active assistée au niveau de son articulation gléno-humérale.

Les 29 août, 6 et 10 octobre et 2 novembre 2017, l'assuré a fait parvenir à L._____ des certificats médicaux du Dr F._____

prolongeant l'incapacité totale de travail jusqu'au 13 novembre 2017, ainsi que des prescriptions de ce médecin du 28 août 2017 pour neuf séances d'ergothérapie et neuf séances de physiothérapie. Il a également transmis des certificats médicaux du Dr J._____ attestant une incapacité totale de travail jusqu'au 30 novembre 2017 et autorisant son patient à se rendre au [...].

Par décision sur opposition du 6 novembre 2017, L._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé la décision du 27 juillet 2017. Elle a expliqué que lors d'une expertise, la traduction devait être assurée par un interprète professionnel et non par un membre de la famille de l'assuré, dont l'intervention totalement neutre ne pouvait être garantie. En outre, le Dr Z._____ avait justifié ses conclusions et son expertise était probante. Les troubles à l'origine de l'incapacité de travail après le 1^{er} avril 2017 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 26 avril 2016. Une nouvelle expertise s'avérait par conséquent inutile.

B. Par acte du 7 décembre 2017, C._____, toujours représenté par Me Gafner, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des prestations en matière d'assurance-accidents postérieurement au 1^{er} avril 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à L._____ pour nouvelle décision au sens des considérants. Il s'est prévalu des certificats médicaux de ses médecins traitants, lesquels attestaient une incapacité totale de travail en lien avec l'accident subi, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr Z._____. En outre, il n'avait pas pu s'exprimer correctement lors du déroulement de l'expertise. Il était ainsi arbitraire d'avoir refusé de mettre sur pied une nouvelle expertise, laquelle était d'autant plus justifiée au vu du temps écoulé depuis celle du Dr Z._____. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition des Drs J._____ et F._____. En annexe, il a joint un certificat médical établi le 13 novembre 2017 par le Dr F._____, attestant une incapacité totale de travail ayant débuté le 7 juin 2016 et prolongée jusqu'au 18 décembre

2017, avec la mention « suite à un accident à l'épaule gauche ». Il a encore annexé une prescription du 13 novembre 2017 du Dr F. _____ pour neuf séances de physiothérapie.

Dans sa réponse du 15 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a expliqué que les Drs J. _____ et F. _____, une fois en possession du rapport d'expertise, n'avaient pas contesté les conclusions du Dr Z. _____. Ces médecins n'avaient pas rendu d'avis ou d'analyses, mais uniquement des certificats médicaux. Dès lors, il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

Par réplique du 16 février 2018, le recourant a fait valoir que ses médecins traitants n'avaient pas adhéré aux conclusions du Dr Z. _____ et avaient établi de nouveaux certificats médicaux afin d'expliquer qu'ils devaient toujours prodiguer des soins en raison des douleurs consécutives à l'accident du 26 avril 2016. Seul cet événement pouvait expliquer les douleurs encore endurées actuellement, le dossier ne faisant état d'aucun antécédent ou condition préexistante. En annexe, outre différents certificats d'incapacité de travail totale établis par les Drs F. _____ et J. _____, le recourant a joint une attestation du 30 janvier 2018 du Dr F. _____, relevant que le patient avait présenté une déchirure de la coiffe des rotateurs ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 23 août 2016 et que malgré un bon résultat, l'évolution avait été compliquée par une algoneurodystrophie mise en évidence le 11 janvier 2017. L'évolution était défavorable. L'arrêt de travail était bien en lien de causalité avec l'accident du 26 avril 2016. Le recourant a également annexé une attestation du 31 janvier 2018 du Dr J. _____, expliquant que la prise en charge faisait suite à une chute le 26 avril 2016 et que l'arrêt de travail actuel était lié à cet accident.

Les 1^{er} mars et 22 juin 2018, l'assuré a transmis de nouveaux certificats médicaux du Dr F. _____ attestant une incapacité totale de travail à la suite d'un accident à l'épaule gauche du 26 avril 2016.

Par duplique du 27 mars 2018, l'intimée a relevé que le temps de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit plus de huit mois, excluait avec une probabilité prépondérante un rapport de causalité naturelle. Par ailleurs, le Dr Z. _____ n'avait pas retenu d'algoneurodystrophie au jour de l'expertise.

Le 22 novembre 2018, la juge en charge de l'instruction a rejeté la requête d'audition des Drs F. _____ et J. _____, en invitant le recourant à produire, cas échant, de nouveaux rapports écrits de leur part.

Le 17 décembre 2018, le recourant a transmis une attestation établie le 11 décembre 2018 par le Dr J. _____, indiquant que le patient était soigné pour une lésion de la coiffe de l'épaule gauche avec capsulite survenue à la suite d'un accident le 26 avril 2016 et considérant que l'incapacité de travail totale actuelle était liée à cet événement, cela de manière continue et pour une durée indéterminée. Le recourant a encore joint des certificats du 11 décembre 2018 du Dr F. _____, selon lesquels il était toujours à l'arrêt de travail à la suite de l'accident du 25 [recte : 26] avril 2016, cet arrêt étant prolongé jusqu'au 29 janvier 2019.

La juge en charge de l'instruction a requis de l'OAI la production du dossier du recourant et a invité les parties à en prendre connaissance.

Les 28 janvier et 15 février 2019, les parties ont maintenu leur position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des suites de l'accident du 26 avril 2016 au-delà du 31 mars 2017, singulièrement sur le lien de causalité entre cet événement et les troubles présentés après cette date.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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.

b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 et 129 V 402 consid. 2.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

b) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

6. a) Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de) Sudeck ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît

disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4^e édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182).

Des critères de diagnostic insistant sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes (œdème, troubles vasculaires et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994 (critères dits d' « Orlando »), puis revus et adaptés ultérieurement (cf. Harden et al., op. cit., p. 180 ss ; Spicher/Estebe/Létourneau/Packham/Rossier/ Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62 ss ; Bär/Rommel, Taxinomie, in : Jänig/Schaumann/Vogt [éd.], SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Lucerne 2013, p. 17 ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant autorité, sont les suivants :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant
- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie
 - Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :

- Sensorielle : hyperalgésie (à la piquûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire)
 - Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. Luthi/Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271s. ; Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in : Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss).

b) Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

c) Pour admettre un lien de causalité entre un accident et un SDRC, le Tribunal fédéral considère que trois critères cumulatifs doivent être remplis (TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 ; 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1), à savoir :

- 1) La preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- 2) L'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- 3) Une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (voir cependant l'arrêt CASSO AA 69/16 - 62/2019 du 9 mai 2019 consid. 6c et d, nuançant ce critère).

7. En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 26 avril 2016, lors duquel il a subi des lésions à l'épaule gauche. L'intimée a mis un terme à ses prestations au 31 mars 2017 au motif que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date ne se trouvaient pas en relation de causalité avec l'accident, ce que l'intéressé conteste.

L'intimée s'est fondée sur l'expertise du 21 juin 2017 du Dr Z._____. Ce spécialiste a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, et après avoir procédé à un examen clinique de l'assuré, puis à l'analyse des prélèvements sanguins effectués le jour de l'expertise. Il a pris en considération les plaintes du recourant, lequel était assisté par un interprète durant tout le déroulement de l'examen. L'assuré a ainsi été à même de comprendre les questions qui lui ont été posées et de s'exprimer dans sa langue maternelle. Pour ce genre d'expertise, la jurisprudence exige le recours aux services d'un interprète indépendant et neutre (ATF 140 V 260 consid. 3.2.1). L'assuré ne peut donc être suivi lorsqu'il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise en critiquant cet aspect-ci de celle du Dr Z._____. Par ailleurs, cette dernière contient une description et une appréciation claires de la situation médicale, ainsi que des conclusions bien motivées. Le spécialiste explique en effet les raisons pour lesquelles il considère que les lésions à l'épaule gauche dues à l'accident sont guéries et que la capacité de travail en raison de causes liées à ce dernier est dès lors entière dans l'activité habituelle. Outre l'exposé de ses multiples observations cliniques, il a relevé de nombreuses

contradictions. En particulier, un maintien par l'assuré d'une position de blessé du membre supérieur gauche au cours de l'entretien en position assise, cette attitude disparaissant toutefois lorsqu'il était distrait, lors des pauses durant l'examen clinique, ou pendant la marche, lors de laquelle l'expert a constaté un balancement automatique et symétrique des membres supérieurs. De même, le recourant avait déclaré ne pas avoir la force suffisante à gauche pour manipuler l'enveloppe contenant les imageries, alors que l'épaule gauche ne présentait aucune hypomyotrophie. En outre, il s'était plaint de douleurs dès l'initiation de l'élévation du membre supérieur gauche, alors qu'il effectuait et maintenait spontanément une élévation antérieure de ce membre lors de l'examen en position de décubitus. L'analyse des prélèvements sanguins montrait encore une nette discordance avec la posologie des différents médicaments que l'assuré avait allégué prendre au quotidien. Par ailleurs, le Dr Z._____ a exclu de manière concluante une algoneurodystrophie, après avoir pratiqué les examens d'usage en lien avec cette atteinte et analysé les critères de Budapest, lesquels font autorité en la matière (cf. p. 11 de l'expertise). Au final, l'expert a expliqué de façon convaincante que les lésions entraînées par l'accident étaient guéries lors de son examen, et qu'elles l'étaient déjà depuis plusieurs semaines avant celui-ci, soit au début du mois d'avril 2017, notamment après que le Dr J._____ ait rendu son rapport du 30 mars 2017 ne mentionnant qu'une contusion-distorsion de l'épaule gauche. En définitive, l'expertise du Dr Z._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions.

Les autres pièces médicales figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'expert. En particulier, les rapports des 2 et 23 mars 2017, ainsi que du 30 janvier 2018 du Dr F._____, évoquant des douleurs et une algoneurodystrophie justifiant selon lui une incapacité totale de travail, ne sont pas suffisamment étayés. En outre, une telle atteinte a été valablement écartée par le Dr Z._____. Ces rapports ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Tout au long de la procédure, le recourant a produit de nombreux documents établis par ses médecins traitants. Cependant, le fait que les Drs F._____ et J._____ y ont mentionné que les atteintes actuelles étaient liées à l'accident et que l'incapacité de travail faisait suite à ce dernier n'est pas suffisant pour admettre un rapport de causalité. En effet, les attestations et certificats médicaux transmis sont très succincts et peu, voire pas du tout étayés. Ils ne contiennent aucune description détaillée de l'état clinique et se limitent à rattacher les troubles et l'incapacité de travail actuels à l'accident, sans explication aucune. Il sied de rappeler que 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 (cf. consid. 4b supra). Le rapport du 23 août 2017 du physiothérapeute de l'assuré, faisant état de douleurs, n'apporte pas non plus d'élément nouveau et ne modifie en rien ce qui précède.

En conclusion, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 31 mars 2017, sur la base de l'expertise du Dr Z._____.

8. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise et l'audition des Drs J._____ et F._____. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 6 novembre 2017 par L. _____ 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 Julien Gafner (pour C. _____)
- L. _____
- 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 :