

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2022

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

Cause pendante entre :

Q._____, 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 ; art. 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de directeur commercial auprès d[...]. 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 S._____, 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-calciqique sur le tendon du sus-épineux - à hauteur de l'anthèse -, un auvent sous-acromial de type I ne dépassant pas 5 à 6 millimètres, 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-delhoïdienne.

Par rapport du 22 octobre 2013, le Dr S._____ 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 K._____, 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 J._____, 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 K._____, le Dr J._____ 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 J._____ 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 J._____ 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 Z._____, 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 Z._____ a indiqué avoir adressé l'assuré à la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie auprès de la Clinique B._____ (ci-après : la B._____).

Par rapport du 16 décembre 2013, la Dre C._____ 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 B. _____ 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 J. _____ 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 T. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre M. _____ - respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante auprès de la B. _____ - 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 insertiopathie.

[...]

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 le patient reprenne son activité à 50% dans un premier temps pour un mois. Une reprise progressive est à prévoir ensuite. »

Les Drs T._____ et M._____ ont notamment joint à leur rapport les documents suivants :

- un rapport du 3 février 2014 du Dr N._____, 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 N._____ 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 X._____, médecin adjointe auprès du Service [...] de l'hôpital D._____, 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 Y. _____ et F. _____, spécialistes en médecine nucléaire - respectivement médecin-chef et chef de clinique auprès du Service [...] de l'hôpital D. _____ -, 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 K. _____ 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 Z. _____ 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 préexistantes. 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 R. _____, 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 K._____ a à nouveau confirmé le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule droite.

Par rapport du 16 janvier 2015, le Dr G._____, 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 K._____ 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 S._____.

Par ce rapport, le Dr S._____ 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 G._____ 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 G._____ 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 S._____ susmentionné.

Le 6 juillet 2015, le Dr Z._____ 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 G._____ 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 G._____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, l'assuré ayant récupéré une abduction et une antépulsion actives de 160°, mais manquait 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 H._____, 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 à la suite d'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 G._____ s'est adressé au Prof. P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef du Service [...] du Centre hospitalier [...] (ci-après : le [...]). Aux termes de cet envoi, le Dr G._____ 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 G._____ avait constaté une abduction et une antépulsion actives d'environ 120-130°, 150° en passif. Le Dr G._____ a ainsi demandé au Prof. P._____ 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 K._____ 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. P._____ 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. P._____ 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 W._____ et C._____, 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 V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation, au Centre médical A._____, 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 K._____ et V._____ d'une éventuelle augmentation de sa capacité de travail, à l'époque fixée à 50 %.

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

Aux termes d'un envoi du 16 septembre 2016 au Dr K._____, la Dre V._____ 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 Centre médical A._____, 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 V._____ 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 V._____, 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 Z. _____ 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 L. _____, 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 L. _____, la Dre E. _____, 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 L. _____ 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 I. _____, spécialiste en neurochirurgie.

Aux termes d'un courrier du 23 février 2017, le Dr I. _____ 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 I. _____ 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 Z. _____ a relevé que l'assuré avait déclaré que, depuis qu'il avait repris les séances de physiothérapie chez M. GH. _____, 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 Z. _____ 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 [membre supérieur droit] 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. Q._____. 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. Q._____ est en mesure de reprendre une activité à 80%. Le 20% d'IT [incapacité de travail] est justifié par le fait que M. Q._____ 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 I._____ 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 [...] à [...] peut être retenue dès le 01.05.2017. [...] ».

Aux termes de son appréciation médicale du 26 avril 2017, le Dr Z._____ 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 I._____, 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, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, 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 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, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à cette décision. Il a contesté que son état de santé soit stabilisé. L'assuré a relevé que le rapport du Dr Z._____ 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 O._____, 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 Z._____. 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 A._____ avait conduit une diminution globale de l'intensité douloureuse avec une augmentation progressive de la mobilité de l'épaule. Les derniers rapports des Drs P._____ et L._____ 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. GH._____ 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 donc 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 O._____ 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 O. _____ a joint à son envoi un rapport du 7 août 2017 de la Dre U. _____, 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 radiologue 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 Z. _____ a indiqué qu'il existait une probable relation de causalité entre les troubles constatés par le Dr O. _____ 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. P. _____, chef de service auprès du [...] et éminent spécialiste de l'épaule. Le Dr Z. _____ 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 O. _____, 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, Q. _____, 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 O. _____ 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 Z._____ 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 AB._____, spécialiste en chirurgie générale et en traumatologie et médecin auprès de la CNA, 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 P._____ fait état d'une disparition de la symptomatologie de capsulite rétractile.

[...]

Le 7 août 2017, Monsieur Q._____ 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 Q._____ 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 S. _____ quand il décrit un complexe de Buford et non une atteinte SLAP. Monsieur Q. _____ 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 Q. _____ 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 Q. _____ 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 Q. _____, 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 O._____, 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 O._____. Aux termes de ce rapport, le spécialiste a indiqué :

« [...] la Drsse AB._____ ne transcrit pas correctement les conclusions du radiologue par rapport à l'IRM de l'épaule droite de Monsieur Q._____ 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 S._____ 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 S._____ note ceci : "on note un contour légèrement irrégulier de la bordure antéro-supérieure du labrum, complexe 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 AB. _____ 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 AB. _____ retranscrit le rapport de l'arthro-IRM du 30 janvier 2015 dont le rapport est également signé par le Dr S. _____. Cette fois-ci, il est noté : "Complexe de Buford. Pas d'anomalie du bourrelet".

En fait, l'interprétation du Dr S. _____ de cette arthro-IRM de l'épaule droite de Monsieur Q. _____, du 30 janvier 2015, diffère de l'interprétation de la Drsse U. _____, également FMH radiologie, et spécialiste de la radiologie ostéoarticulaire, de l'arthro-IRM de la même épaule, du 7 août 2017. La Drsse U. _____ 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 G. _____ estime qu'il n'y a pas de facteurs étrangers à l'accident.

[...]

Cela signifie qu[e le Dr Z. _____] 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 P. _____, se sont exprimés contre l'intervention chirurgicale chez Monsieur Q. _____ ? 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 U. _____. Pour moi, cette lésion est consécutive à l'accident, malgré qu'elle ait été interprétée comme un complexe de Buford. [...]

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 AB. _____ décrit l'atteinte tendineuse qui mène progressivement à une tendinopathie, et conclut que Monsieur Q. _____ 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 U. _____, 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 AB. _____ 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 AB. _____ 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 Buford du labrum".

Ce n'est pas tout à fait exact. Dans son rapport sur l'arthro-IRM, du 7 août 2017, la Drsse U. _____, 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 AB. _____] 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 Q. _____.

[...]

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

[...]

Finalement, je ne rejoins pas du tout les conclusions de la Drsse AB. _____ 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 Q. _____.

- "... 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 K._____, 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 AB._____, 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 AB._____ dont le contenu était notamment le suivant :

« [...]

Plus loin (toujours dans la même rubrique Introduction) le Docteur O._____ allègue « la Drsse AB._____ ne transcrit pas correctement les conclusions du radiologue par rapport à l'IRM de l'épaule droite de Monsieur Q._____, 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 S._____ ne décrit pas une tendinite calcifiante, le Docteur X._____, 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 S._____ 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 O._____ 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 O._____, 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 MN._____, 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 U._____ décrit en 2015 comme un SLAP, n'est autre qu'un récessus sous-labral.

[...]

Par conséquent, en 2015 Monsieur Q._____ 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 séquentaire 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 Q._____, 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 Q._____.

[...]

Nous ne voyons pas en quoi la prise de position du Docteur O._____ 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 O._____, il a confirmé ses 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 O._____ 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 O._____.

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 AB._____ 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. CB._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aux termes de ce rapport, le Dr CB._____ 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 CB._____ 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 CB._____ ne contestait pas la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'IRM étant proposée pour des motifs diagnostics.

Par arrêt du 20 décembre 2019, en la cause AA 109/17 - 167/2019, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision entreprise.

C. Q._____ a recouru au Tribunal fédéral, contre l'arrêt précité, concluant principalement à sa réforme, subsidiairement à son annulation.

Par arrêt du 4 décembre 2020, en la cause 8C_89/2020, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a notamment relevé ce qui suit :

« 5.

Statuer sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 2017 implique de trancher la question de savoir si les lésions révélées par l'IRM du 7 août 2017 sont en relation de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013. Or les avis du docteur O._____ et de la doctoresse AB._____ divergent sur ce point.

5.1. S'agissant de la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux, la doctoresse AB._____ constate, dans ses rapports des 14 décembre 2017 et 27 mars 2018, que cette atteinte n'était pas présente sur l'IRM du 21 octobre 2013, le docteur S._____ ayant fait état d'une fissuration ou déchirure superficielle du tendon du sus-épineux, laquelle ne correspondrait pas à une déchirure transfixiante mais à un processus d'usure. Elle n'apparaissait pas non plus sur l'IRM du 30 janvier 2015, la doctoresse U._____ ayant constaté qu'une petite déchirure partielle de la face profonde, distale antérieure du tendon du sus-épineux était apparue sur l'IRM du 7 août 2017 par rapport à l'IRM comparative. La doctoresse AB._____ en conclut que cette lésion n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013. Or la conclusion du docteur O._____ dans son rapport du 5 mars 2018, selon laquelle cette lésion était peut-être déjà présente consécutivement à l'accident, notamment en raison du fait que les signes d'une telle déchirure pouvaient être manqués dans 60% des cas même avec une arthro-IRM, n'est pas suffisante pour remettre en cause l'appréciation convaincante de la doctoresse AB._____, d'autant moins que ce médecin a admis qu'on pouvait " discuter de l'origine traumatique ou dégénérative de la déchirure partielle du tendon supra-épineux ". Partant, la cour cantonale était fondée à retenir que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux n'était pas consécutive à l'accident de 2013.

5.2. Concernant la déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A ressortant du compte-rendu de l'IRM du 7 août 2017 réalisée par la doctoresse U._____, le docteur O._____ indique, dans son rapport du 16 août 2017, rejoindre cette dernière quant à la présence d'une telle lésion. Puis, dans son appréciation médicale du 23 août 2017, le docteur Z._____ émet l'opinion selon laquelle une relation de causalité entre les troubles constatés par le docteur O._____ et l'événement du 23 juillet 2013 est probable. De son côté, la doctoresse AB._____ constate, dans son rapport du 14 décembre 2017, que les IRM des 22 octobre 2013 et 30 janvier 2015

n'ont pas mis en évidence une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A mais ont révélé un complexe de Buford du labrum. Après avoir précisé que celui-ci pouvait être confondu avec une déchirure du labrum-SLAP, elle indique rejoindre le docteur S. _____ sur la présence d'un complexe de Buford au vu de l'IRM du 7 août 2017 mettant en évidence un ligament gléno-huméral épaissi et une perte de substance du labrum sans pouvoir identifier le fragment déchiré. Une telle atteinte étant d'origine congénitale, la doctoresse AB. _____ conclut qu'elle n'a pas pu être provoquée par l'accident du 23 juillet 2013.

Dans son rapport du 5 mars 2018, le docteur O. _____ indique ne pas être d'accord avec la doctoresse AB. _____. D'après lui, les spécialistes en radiologie ostéo-articulaire et les chirurgiens orthopédistes, spécialistes de l'épaule, ne confondent pas un complexe de Buford avec une déchirure du labrum-SLAP. Il précise qu'une lésion de type SLAP 2A peut survenir chez un patient ayant un complexe de Buford, et, après avoir analysé l'IRM du 7 août 2017, arrive à la conclusion que tel est le cas chez le recourant. Ce faisant, il corrige l'interprétation de l'IRM faite par la doctoresse AB. _____. S'il la rejoint quant au complexe de Buford, il met en plus en évidence une lésion SLAP 2A, adjacente mais bien présente, confirmée par une vue coronale de l'IRM. Il indique ainsi rejoindre la doctoresse U. _____ quant à la présence d'une lésion SLAP 2A qu'elle aurait par ailleurs également décelée sur l'IRM du 30 janvier 2015 puisqu'elle a noté " déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'aspect plus étendue et plus irrégulière que sur l'IRM comparative " et que le docteur S. _____ aurait envisagé une telle lésion sur l'IRM de 2013 en notant " un contour légèrement irrégulier de la bordure antéro-supérieure du labrum, complexe de Buford? Fissuration du labrum ". Cette lésion étant d'origine traumatique, le docteur O. _____ est d'avis que l'intervention chirurgicale proposée doit être à la charge de l'assurance-accidents.

Dans son rapport du 27 mars 2018, la doctoresse AB. _____ contredit les conclusions du docteur O. _____. Elle indique avoir à nouveau analysé les IRM de 2015 et 2017 avec, cette fois-ci, le concours du docteur MN. _____, spécialiste en radiologie, spécialisé dans la lecture d'IRM. Ils arrivent à la conclusion que ce que la doctoresse U. _____ a décelé comme étant un SLAP en 2015 n'était autre qu'un récessus sous-labral. Par conséquent, en 2015, l'assuré présentait uniquement un complexe de Buford. Ils visualisent par contre effectivement un SLAP sur l'IRM du 7 août 2017, mais de type 1. A quatre ans de l'événement du 23 juillet 2013, la doctoresse AB. _____ en conclut qu'il ne peut pas être un état séquellaire de l'accident et précise au demeurant, dans un rapport ultérieur, qu'un SLAP de type 1 est, selon la littérature, d'origine dégénérative.

Dans un avis du 29 mai 2018, le docteur O. _____ se dit consterné par l'appréciation de la doctoresse AB. _____. Il réfute notamment la présence d'un récessus sous-labral sur l'IRM de 2015, lequel ne toucherait que la partie antéro-supérieure du labrum alors que l'IRM révélerait une déchirure s'étendant de la partie antéro-supérieure à la partie postéro-supérieure du labrum, ce qui, d'après le docteur O. _____, correspond bien à un SLAP. Se déterminant sur cette appréciation, la doctoresse AB. _____ indique, dans un rapport du 26 septembre 2018, maintenir ses conclusions après avoir

notamment comparé une image représentant un récessus sous-labral avec l'IRM de 2015.

5.3. Vu les avis contradictoires - et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées - du docteur O. _____ et de la doctoresse AB. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'origine traumatique, force est de constater que l'instruction de la cause ne permet pas de statuer sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 2017. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils ordonnent une expertise médicale afin de départager l'opinion de ces deux médecins.

6.

6.1. Le recourant requiert la prise en charge par l'intimée des frais de l'expertise privée du docteur O. _____ du 5 mars 2018.

6.2. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (arrêt 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63). 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 115 V 62 consid. 5c p. 63; arrêts 8C_61/2016 précité consid. 6.1 in fine; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75).

6.3. Les premiers juges ont motivé leur refus de mettre les frais de l'expertise privée du docteur O. _____ à la charge de l'intimée en indiquant que non seulement le recourant n'avait pas obtenu gain de cause, mais encore que cette expertise n'avait pas suffi à influencer sur l'appréciation de la situation médicale telle qu'elle résultait du dossier constituée par l'intimée. Or, comme on vient de le voir, le rapport d'expertise privée du docteur O. _____ fait apparaître des doutes sur la pertinence et la fiabilité des conclusions de la doctoresse AB. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A pouvant être mise en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 23 juillet 2013. Il y a donc lieu de retenir que ce rapport a constitué une mesure indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion du recourant tendant à la prise en charge des frais de l'expertise privée du docteur O. _____ du 5 mars 2018. Il appartiendra au tribunal cantonal, à qui la cause est renvoyée, de statuer dans ce sens. »

D. L'instruction a été reprise, conformément aux considérants du Tribunal fédéral.

Une expertise a été mise en œuvre et confiée au Dr BA. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, qui s'est adjoint l'aide du Dr EF._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pour la récolte des informations (selon son courrier du 12 mars 2021). Ces médecins ont finalisé leur rapport le 12 juin 2021 et, à la demande de la magistrate instructrice, ont déposé un complément le 14 décembre 2021.

Les parties ont été invitées à se déterminer tant sur le rapport que sur le complément, ce que l'assuré a fait les 20 juillet 2021, 29 septembre 2021, 18 janvier 2022 et 10 février 2022 et la CNA les 14 septembre 2021 et 3 février 2022. Leurs remarques ont, pour l'essentiel, été soumises à l'expert lors de la demande de complément. Dans son appréciation du 18 août 2021, la Dre AB._____ a conclu que l'expertise ne répondait peu voire pas aux réquisits habituels concernant la qualité des expertises médico-asséurologiques que ce soit sur le fond ou sur la forme. Dans son appréciation du 31 janvier 2022, la Dre AB._____ a conclu qu'en l'absence de nouvel événement, une capsulite rétractile ne récidive pratiquement jamais sur la même articulation, de sorte qu'il est tout au plus possible que l'intervention chirurgicale réalisée par la Clinique CD._____ le 23 juillet 2020 ait été motivée par la raideur articulaire/capsulite ractratile, seul état séquellaire de l'événement du 23 juillet 2013. Le cas est, pour ce médecin, suffisamment instruit pour confirmer l'absence d'une déchirure du labrum type SLAP, les experts tout comme la Dre AB._____, allant dans ce sens et pour confirmer un complexe de Buford, qui, lui, est d'origine congénitale.

Le contenu de l'expertise, de son complément, de l'appréciation de la Dre AB._____ et les déterminations des parties seront détaillés et discutés plus amplement dans la partie droit.

Dans ses déterminations du 18 janvier 2022, le recourant a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et versement de plus amples prestations.

Dans ses déterminations du 3 février 2022, l'intimée a conclu que, au-delà du fait que l'expertise et son complément soulèvent de multiples problèmes qualitatifs, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard au 1^{er} juin 2017 et a maintenu ses conclusions en rejet du recours.

Dans de nouvelles déterminations du 10 février 2022, le recourant a requis qu'il soit ordonné à l'intimée de produire l'intégralité des références figurant au bas de l'appréciation médicale de la Dre AB. _____ du 31 janvier 2022.

E n d r o i t :

1. La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire, à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 4 décembre 2020.

2. a) En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références).

b) Par son arrêt du 4 décembre 2020, le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours dirigé contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 20 décembre 2019 et annulé celui-ci dès lors que, vu les avis contradictoires - et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées - du Dr O. _____ et de la Dre AB. _____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-

supérieur de type SLAP 2A d'origine traumatique, l'instruction de la cause ne permettait pas de statuer sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 31 mai 2017. Il a renvoyé l'affaire à la Cour de céans pour qu'elle ordonne une expertise médicale afin de départager l'opinion de ces deux médecins.

c) N'est en revanche plus litigieux le fait que la déchirure de la face profonde, distale et antérieure du tendon du sus-épineux n'était pas consécutive à l'accident de 2013 (consid. 5.1 arrêt TF). Il est en outre acquis que le rapport d'expertise privée du Dr O. _____ du 5 mars 2018 a constitué une mesure indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, ce qui justifie d'admettre la conclusion du recourant tendant à la prise en charge de ces frais, la Cour de céans devant statuer dans ce sens (consid. 6.3 arrêt du TF). Ces points ont en effet été définitivement tranchés par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 4 décembre 2020.

3. a) Il est rappelé que la modification de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) 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 (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 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 143 V 148 consid. 5.3.1 ; 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. La maxime inquisitoire, consacrée à l'art. 61 let. c LPGA pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, impose au juge d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195; cf. art. 43 al. 1 LPGA pour la procédure d'instruction de l'assureur). Des mesures d'instruction s'imposent s'il y a des raisons suffisantes de douter des faits constatés dans la décision contestée ou de compléter ces faits au regard de la motivation du recours ou du dossier de l'autorité intimée (ATF 146 V 240 consid. 8.1 p. 248; JEAN MÉTRAL, *in* : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n° 53 ad art. 61 LPGA et les références). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les références ; arrêts TF 8C_641/2019 du 8 avril 2020 consid. 3.3.1, non

publié *in* : ATF 146 V 121, mais *in* : SVR 2020 MV n. 3 p. 7 ; 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

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 citée ; 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. En l'espèce, une expertise judiciaire a été réalisée le 12 juin 2021 à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral afin de départager l'opinion des Drs O._____ et AB._____ quant à la présence ou non d'une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A d'origine traumatique.

Après avoir étudié le dossier comprenant notamment les examens radiologiques, les experts ont dressé une anamnèse complète et relevé les plaintes de l'assuré, puis ont procédé à un examen clinique en particulier des épaules et à des examens neurologique et vasculaire des membres supérieurs. Leur appréciation est la suivante (sic) :

« **Discussion**

Le 23/07/2013, Monsieur Q._____ chute dans les escaliers. L'escalier tournait vers la gauche, Monsieur Q._____ s'est rattrapé avec son bras droit, il a entendu un craquement, puis a percuté le moignon de l'épaule droite contre le mur. Il a ressenti immédiatement des douleurs de l'épaule droite.

Il consulte à l'hôpital D._____, de la physiothérapie et un arrêt de travail à 100 % sont prescrits.

Sur les radiographies de l'épaule droite du 23/07/2013, on constate une calcification dans le tendon sus-épineux, pas de lésion osseuse post-traumatique : [image].

On retrouve cette calcification sur l'échographie du 23/08/2013 : [image].

Les tendinopathies calcifiantes de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et souvent asymptomatiques (6).

Une infiltration sous-acromiale est effectuée le 02/09/2013.

Au vu de l'absence d'amélioration, une IRM est effectuée le 21/10/2013. L'IRM est effectuée sans produit de contraste intra-articulaire, ceci diminue la précision et l'interprétation de la coiffe des rotateurs et du labrum. Sur cet examen, on constate une lésion partielle du tendon sus-épineux, au niveau de sa face bursale : [image].

Concernant le labrum, on ne retrouve pas de lésion significative, sous réserve d'un moins précis en raison de l'absence de produit de contraste intra-articulaire.

Dans son rapport médical intermédiaire du 31/10/2013, le Docteur K._____ décrit des difficultés de mobilisation, un échec de l'infiltration. Les traitements consistent en l'application de glace, ultrasons et AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien]. Le patient est adressé au Docteur J._____.

Lors de l'audition du 06/11/2013 de Monsieur Q._____ par la SUVA, Monsieur Q._____ explique avoir des douleurs en continu et également nocturnes, il porte une écharpe presque toute la journée en raison des douleurs. Il se plaint également d'une mobilité réduite de l'épaule.

Dans sa consultation du 21/11/2013, le Docteur J._____ décrit des douleurs sévères, une perte d'amplitude articulaire, des douleurs nocturnes. Dans son examen clinique, il note un enraidissement sévère avec une élévation antérieure à 90°, une rotation externe de 20° et une abduction inférieure à 45°. Il est conclu à une capsulite rétractile post-traumatique. Il est proposé des exercices d'auto-rééducation et de la physiothérapie en piscine. Lors de son examen

du 11/12/2013, le Docteur Z._____ conclut également à une capsulite rétractile sévère. Dans son examen clinique, il note une élévation antérieure à 50°, une rotation externe à 10°, une abduction à 70°.

Il faut noter que nous n'avons pas de précision sur le caractère passive ou active de la limitation articulaire décrite dans ces deux consultations.

Suite à la consultation du 13/12/2013 par le Docteur C._____, le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique est confirmé, il est noté également une exclusion du membre supérieur droit et des troubles sensitifs non expliqués par la capsulite.

Lors de son hospitalisation à la clinique B._____ du 15/01/2014 au 11/02/2014, les examens sont complétés par une scintigraphie osseuse à la recherche d'une algoneurodystrophie (synonyme de syndrome douloureux régional complexe). En effet, cette pathologie peut se manifester par des raideurs articulaires, des troubles sensitifs et une exclusion du membre. La scintigraphie osseuse ne retrouve pas d'élément en faveur d'une algoneurodystrophie. Concernant les troubles sensitifs du bras droit, un avis neurologique avec un ENMG ne retrouve pas de lésion nerveuse pouvant expliquer ces symptômes. Le diagnostic de capsulite rétractile est mis en doute par le rapport de consultation du Docteur J._____ du 24/01/2014 en raison d'impression d'auto-limitation, mais également par la quantité de volume injecté (15 ml) lors de l'infiltrations intra-articulaires du 10/02/2014.

Nous souhaitons apporter ici quelques précisions sur le diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique. Tout d'abord, selon les recommandations de la littérature récente, afin d'éviter les confusions et d'améliorer la classification, certains auteurs proposent d'abandonner le terme de capsulite rétractile (« adhesive capsulitis » en anglais) (1,2). Nous parlerons donc de raideur articulaire post-traumatique (2). Le diagnostic est basé sur l'examen clinique : on constate des douleurs de l'épaule associées à un manque de mobilité passive caractérisant la raideur articulaire. La raideur articulaire peut être présente sans lésion visible sur les examens complémentaires (par exemple une lésion de la coiffe des rotateurs, une fracture, etc...). Les examens complémentaires peuvent suggérer ou parler contres une raideur articulaire, mais le diagnostic reste avant tout clinique.

Il est souvent évoqué qu'en cas de raideur articulaire, le volume de l'articulation glénohumérale est diminué, en général inférieur à 10 ml (3). Ces éléments se basent principalement sur l'expérience clinique et peu d'études objectives. Un volume injecté de 15 ml dans l'articulation glénohumérale ne permet pas formellement d'exclure une raideur articulaire.

Suite à son séjour à la clinique B._____, on constate peu d'amélioration selon les rapports médicaux intermédiaire du 08/05/2014 et du 15/10/2014 du Docteur K._____. Lors de son examen du 11/07/2014, le Docteur Z._____ constate une faible mobilité avec une flexion antérieure à 80°, une abduction à 80°, une rotation externe à 30°. Il y a une reprise du travail à 50 % dès le mois de mars 2014. Une infiltration sous acromiale est effectuée le 16.07.2014.

Le 16/01/2015, Monsieur Q._____ est vu en consultation par le Docteur G._____. Le diagnostic de capsulite rétractile est évoqué, les amplitudes articulaires sont réduites en passif à l'examen clinique : 80° d'abduction, 30° de rotation externe.

Une arthro-IRM est effectuée le 31/01/2015. Sur cet examen, on ne constate pas de lésion labrale mais un complexe de Buford. Cette variante anatomique est caractérisée par une absence de labrum dans sa partie antéro-supérieur et un ligament glénohuméral moyen épaissi : [images]

Sur la vue coronale, on constate la présence de produit de contraste sous labrale, sous forme d'une ligne régulière, partant en direction médiale. Ceci fait évoquer une variante anatomique du labrum et parle contre une lésion de type SLAP (5). [image]

Lors de son suivi à la consultation du Docteur G._____, Monsieur Q._____ bénéficie d'infiltrations. Avec ce traitement, la situation s'améliore permettant une reprise du travail à 75 % dès le 27/07/2015, puis 100 % dès le 24/08/2015. Dans le rapport médical intermédiaire, le Docteur G._____ décrit une mobilité passive presque complète lors du contrôle du 21/08/2015. Dans son rapport médical intermédiaire du 08/12/2015, il est décrit une abduction et une antépulsion active de 160° avec encore un manque de résistance. Il persiste des paresthésies, investiguées par le Docteur H._____, qui conclut à une discrète neuropathie cubitale droite au coude, sensitive et irritatif.

Il est décrit ici une récupération des amplitudes articulaires faisant évoquer une résolution de la raideur articulaire post-traumatique.

Il persiste malgré tous des douleurs, le Docteur G._____ adresse Monsieur Q._____ au Professeur P._____ afin d'évaluer l'indication à une arthroscopie de l'épaule pour une acromioplastie dans l'hypothèse d'un conflit sous-acromial participant aux douleurs.

Dans son rapport de consultation du 23/05/2016, le Professeur P._____ conclut à un syndrome douloureux de l'épaule droite sans signe de raideur articulaire car il constate que les rotations sont symétriques ainsi qu'une cinématique homothoracique conservée. La limitation est principalement liée à une résistance active douloureuse.

Le patient est réadressé au Docteur C._____ et Docteur W._____, le 12/07/2016. Lors de cet examen il n'est pas noté de limitation significative en passif des amplitudes en abduction et rotation. Il est proposé de poursuivre le traitement conservateur.

Par la suite, Monsieur Q._____ est suivi à la consultation du Docteur V._____. Dans son rapport du 16/09/2016, le Docteur V._____ évoque dans ces diagnostics un schéma capsulaire (terme désignant une raideur articulaire) et dans son examen clinique il constate une raideur articulaire passive (flexion antérieure passive à 100°, 20° - 30° de rotation externe).

On constate à cette période une résolution de la raideur articulaire post-traumatique lors du suivi à la consultation du Docteur G._____. Ce dernier évoque une récupération des amplitudes articulaires dans ses dernières consultations. Récupération des amplitudes passives également constatée par le Docteur P._____ et C._____.

Les douleurs semblent par contre augmenter en début d'année 2016, nécessitant un nouvel arrêt de travail. Par la suite une raideur articulaire est à nouveau évoquée dans la consultation du mois de septembre 2016 du Docteur V._____. On peut évoquer l'hypothèse d'une rechute de la raideur articulaire post-traumatique (4).

Il est par contre étonnant de constater que lors de sa consultation du 09/01/2017, le Docteur L._____ décrit des amplitudes articulaires complètes et symétriques. Il évoque l'hypothèse d'une origine cervicale aux douleurs, hypothèse finalement infirmée par une IRM cervicale et une consultation auprès du Docteur I._____.

La description de l'examen clinique du Docteur Z._____ du 26/04/2017 confirme la raideur articulaire, avec à l'examen clinique une flexion antérieure à 70° en passif, une abduction passive à 60°, la rotation externe est à 40°.

Lors de sa consultation du 16/08/2017, le Docteur O._____ ne retient pas d'élément en faveur d'une raideur articulaire. Ceci parce qu'à l'examen clinique la rotation externe est symétrique, la flexion antérieure est notée à 90° en assistée avec des douleurs. Il écrit également qu'il n'y pas d'argument IRM pour une capsulite (raideur d'épaule).

De notre point de vue, une rotation externe symétrique n'exclut pas une raideur articulaire. Il est souvent évoqué que la rotation externe est l'amplitude la plus sévèrement touchée dans les raideurs articulaires de l'épaule, ceci se base sur une impression clinique, il n'y a pas d'étude objective mettant en évidence cette affirmation (1). La mobilité passive notamment en flexion antérieure n'ayant pas été évaluée lors de la consultation du Docteur O._____, probablement en raison des douleurs, on ne peut formellement exclure une raideur articulaire. Dans notre expérience, il n'est pas rare de constater une bonne mobilité en rotation externe mais une importante limitation de la flexion antérieure ou de l'abduction passive chez les patients avec une raideur articulaire de l'épaule, et ce plus souvent chez les patients ayant une raideur de longue date comme Monsieur Q._____. Encore une fois, la raideur articulaire est un diagnostic clinique, une arthro-IRM normale ne permet pas d'exclure ce diagnostic.

Dans son rapport du 16/08/2017, le Docteur O._____ décrit, entre autres, une déchirure de la face profonde du tendon sus-épineux (20%) et une déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2A. Le patient étant gêné il est proposé une intervention chirurgicale avec une arthroscopie de l'épaule droite pour ténodèse du long chef du biceps.

Dans son appréciation chirurgicale, sur dossier, du 14/12/2017, le Docteur AB._____ conclut qu'il n'y a pas de lésion de type SLAP mais un complexe de Burford.

L'étiologie, le diagnostic et le traitement des lésions de type SLAP est controversée de nos jours. Le grand nombre de variante anatomique de la partie supérieure du labrum ainsi que les structures entourant, rendent le diagnostic difficile à l'imagerie mais également en arthroscopie. De plus, les tests diagnostiques à l'examen clinique sont peu sensibles et spécifiques.

Dans le cas de Monsieur Q._____, la détermination de la présence ou non d'une lésion de type SLAP n'est pas utile car cette pathologie

n'est pas à l'origine des plaintes de Monsieur Q._____. La raideur articulaire post-traumatique est la cause des symptômes résiduels. Cela est appuyée également par la suite de la prise en charge auprès du Docteur CB._____.

Sur l'arthro-IRM du 07/08/2017, sur la vue coronale, comparativement à l'IRM du 31/05/2015, on constate un espace sous labral moins régulier pouvant faire suspecter une lésion de type SLAP. Par contre l'incurvation reste en direction médiale : [image]

On constate également une lésion de la face profonde du tendon sus-épineux : [image].

Lors de sa consultation du 15/10/2019, le Docteur CB._____ décrit une flexion antérieure active à 90° et 20° de plus en passif avec une importante douleur, les rotations externes sont symétriques. Une nouvelle arthro-IRM est prescrite.

Il est conclu à une épaule gelée post-traumatique (terme synonyme à la capsulite post-traumatique ou raideur articulaire post-traumatique).

Lors des consultations du 18/12/2019 et 19/06/2020, il est décrit également un manque de mobilité passive à l'examen clinique (50° d'abduction glénohumérale passive le 18/12/2019, 100° d'abduction passive le 19/06/2020).

Sur l'arthro-IRM du 06/12/2019, l'aspect de l'espace sous labral est plus régulier et toujours incurvé en direction médial. Nous ne retenons donc pas de lésion de type SLAP mais bien une variante anatomique de type complexe de Buford.

[image]

Une infiltration glénohumérale permet une amélioration partielle et temporaire.

Monsieur Q._____ bénéficie d'une intervention chirurgicale le 23/07/2020. Cette intervention consiste en une résection de l'intervalle des rotateurs, capsulotomie antérieure, décompression sous-acromiale/bursectomie, acromioplastie, biopsies pour examen bactériologique. Il est décrit un intervalle des rotateurs cicatriciels avec un, ceci parlant en faveur d'une raideur articulaire.

Les raideurs articulaires se caractérisent par une fibrose (cicatrice) de la capsule articulaire et plus particulièrement de l'intervalle des rotateur (2). La résection de l'intervalle des rotateurs ainsi que la capsulotomie antérieure ont pour but d'améliorer la mobilité de l'épaule dans le cas de raideur articulaire.

Lors des contrôles post-opératoires du 10/09/2020 et du 11/12/2020, l'évolution est décrite comme très bonne. La mobilité est à 120° pour la flexion/abduction, la rotation externe est à 40° (60° à gauche).

Lors de notre entretien du 19/04/2021, Monsieur Q._____ explique avoir noté une nette amélioration des douleurs suite à l'intervention chirurgicale du 23/07/2020. Il n'a plus de douleur au repos, de légères douleurs lorsqu'il lève le bras, il n'a plus de douleur nocturne. Il estime qu'aujourd'hui son épaule est à 75-80% (100% étant une épaule parfaite). A l'examen clinique on constate toutefois la persistance d'une raideur articulaire avec 130° de flexion antérieure (160° à gauche), 20° de rotation externe (45° à droite), la rotation interne passive main dans le dos et au niveau de la vertèbre

L1 (T7 à gauche). Cette raideur rend difficile l'interprétation des autres tests cliniques de l'épaule.

A neuf mois de l'opération, il persiste encore une raideur articulaire. Par rapport à la mobilité décrite dans les différents rapports opératoires, on constate malgré tout une amélioration en flexion antérieure. Il y a surtout une nette diminution des douleurs depuis l'intervention, ce qui permet l'arrêt des traitements antalgiques et un meilleur sommeil. »

Les experts ont posé les diagnostics de tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de traumatisme de l'épaule droite le 23 juillet 2013 compliqué d'une raideur articulaire post-traumatique et d'antécédent de résection de l'intervalle des rotateurs, capsulotomie antérieure, décompression sous-acromiale/bursectomie, acromioplastie, biopsies pour examen bactériologique par arthroscopie de l'épaule droite le 23 juillet 2020, étant précisé que ce troisième diagnostic correspond au traitement chirurgical de la raideur articulaire consécutive au traumatisme de l'épaule droite dont le recourant a bénéficié le 23 juillet 2020 à la Clinique CD._____. Les experts ont exposé qu'il n'y avait pas de lésion du type SLAP 2A, mais une variante anatomique du labrum de type complexe de Buford. Ils ont admis que les images de 2015 pouvaient prêter à confusion mais que l'imagerie de 2018 permettait de lever le doute.

La tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite n'avait pas de lien de causalité avec l'accident du 23 juillet 2013 et n'avait pas été aggravée par l'accident mais cette atteinte préexistante avait été simplement découverte fortuitement à la suite de cet événement. La raideur articulaire post-traumatique et l'antécédent de résection de l'intervalle des rotateurs, capsulotomie antérieure, décompression sous-acromiale/bursectomie, acromioplastie, biopsies pour examen bactériologique par arthroscopie de l'épaule droite le 23 juillet 2020 avaient un lien de causalité certain avec l'accident du 23 juillet 2013 et occasionnaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 5 kg, pas d'élévation répétée du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvement répété de rotation de l'épaule droite. Les experts ont précisé que ces limitations fonctionnelles n'étaient pas dues à la tendinopathie calcifiante qui se distinguait de la capsulite

rétractile (raideur articulaire) de par ses symptômes. Dans le cadre d'une tendinopathie calcifiante, il y avait des douleurs à la mobilisation active de l'épaule, mais pas de limitation passive de la mobilité de l'épaule, alors que dans le cadre de la capsulite rétractile (raideur articulaire), on constatait une limitation passive et active de la mobilité de l'épaule. Ainsi le manque de mobilité passive de l'épaule permettait de faire la différence entre une tendinopathie calcifiante et une raideur articulaire.

Selon les experts, l'état de santé n'était pas stabilisé dans la mesure où il persistait une raideur articulaire. Ils ont donc proposé de poursuivre les séances de physiothérapie et auto-exercices afin de récupérer un maximum de mobilité. Une nouvelle évaluation devait être faite à un an post-opératoire et, en l'absence d'amélioration significative, l'état pouvait être considéré comme stabilisé. Ces traitements en physiothérapie et les auto-exercices avaient pour but une amélioration de la mobilité de l'épaule, qui permettait de diminuer les douleurs et améliorer la fonctionnalité globale et ainsi diminuer voire supprimer les limitations fonctionnelles. Selon leur expérience, cette amélioration significative pouvait s'observer jusqu'à un an post-opératoire.

6. a) Des griefs formels contre l'expertise sont soulevés par les parties, étant précisé que les griefs matériels sont examinés dans le cadre de l'appréciation de la valeur probante de l'expertise.

b) Lors de ses déterminations du 20 juillet 2021, le recourant met en cause l'indépendance de l'expert BA._____ au motif que ce médecin a participé à une publication (Forum Medical Suisse, 2019, pp. [...]) dans laquelle il reprenait l'essentiel des thèses de la CNA et que le contenu de cette publication le faisait apparaître comme un « pur produit CNA ».

Or, ce seul fait allégué par le recourant ne suffit pas à mettre en cause l'indépendance du Dr BA._____ ni à dénier toute valeur probante à son expertise. Il ne s'agit pas d'un fait qui mettrait en évidence un lien de subordination entre ce médecin et la CNA. D'ailleurs la

publication en question est régulièrement citée par la jurisprudence cantonale et fédérale comme littérature médicale récente sur les lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs sans qu'un sens partisan ne lui soit reconnu. Quoi qu'en dise ensuite le recourant, comme on le verra plus bas, le rapport du 12 juin 2021 - complété le 14 décembre 2021 - repose sur des examens complets, est motivé et exempt de contradictions, de sorte qu'il répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière. A cela s'ajoute qu'avant d'être désigné, ce médecin a été proposé, ainsi que trois autres médecins, aux parties et que le recourant a déclaré n'avoir aucune remarque à formuler sur les personnes des experts proposés dans son courrier du 21 janvier 2021. On relève encore que, dans ses dernières déterminations, le recourant ne semble plus s'en prendre à l'indépendance du Dr BA._____.

Ce grief doit donc être écarté.

c) Dans ses déterminations du 10 février 2022, le recourant requiert qu'il soit ordonné à l'intimée de produire l'intégralité des références bibliographiques figurant au bas de l'appréciation médicale de la Dre AB._____ du 31 janvier 2022. Il se réfère à l'arrêt 8C_404/2020 rendu le 11 juin 2021 dans lequel le Tribunal fédéral dit ne pas être convaincu par l'appréciation d'une médecin selon laquelle il aurait fondamentalement été démontré qu'une rupture tendineuse accidentelle pouvait seulement se produire "sous des charges de traction". Le Tribunal fédéral constate que la littérature médicale à laquelle elle se réfère ne figure pas au dossier, ni n'est librement accessible sur Internet, de sorte qu'il n'était pas possible d'en vérifier la portée.

Or, le cas présent se distingue de l'arrêt précité dans lequel la médecin semble s'appuyer uniquement sur une littérature précise pour fonder une conclusion de principe essentielle au sort de la cause, alors qu'en l'espèce la Dre AB._____ ne se fonde pas uniquement sur une littérature précise pour forger l'essence même de son appréciation qui s'appuie davantage sur les pièces au dossier et ses connaissances

médicales. Ainsi elle ne forge pas toute son argumentation de principe sur une littérature qui n'est pas accessible sur Internet. Cela étant, suivant cette jurisprudence, si la Dre AB._____ tire en particulier une conclusion directement de la littérature qu'elle cite, cette conclusion pourra être jugée peu probante en l'absence de production de la littérature sur laquelle elle se fonde, pour autant que celle-ci ne soit pas accessible sur Internet. Or, il est précisé que l'on trouve la classification en 4 stades selon Neviaser citée par la Dre AB._____ sur Internet dans d'autres publications de Neviaser, que la publication Halm, Clipsham, Rees et Carr indiquant les pourcentages de rémission est également accessible sur Internet dans le résumé de l'article paru dans le Journal of shoulder and elbow surgery ([https://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746\(07\)00486-7/fulltext](https://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746(07)00486-7/fulltext)) et que la publication de Buchard, Burrus, Luthi, Theumann, Riand et Konzalamann sur la capsulite rétractile et raideurs de l'épaule (mise au point 2019) est lisible sur Internet (<https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/medical-2019-3-capsulite-retractile-et-raideurs-de-lepaule>).

Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant.

d) Dans ses déterminations du 14 septembre 2021, l'intimée note que même si l'expert partage l'avis de la Dre AB._____ concernant la lésion de type SLAP 2A, le rapport d'expertise ne répond pas ou peu aux requis habituels concernant la qualité des expertises médico-asséculo-logiques que ce soit sur la forme ou sur le fond. Sur la forme, elle relève que les experts signataires sont au nombre de deux alors que seul le Dr BA._____ a été désigné.

Ce grief peut être écarté dès lors qu'il a été indiqué à l'expert dans la lettre de désignation du 2 mars 2021, dont les parties ont reçu copie, qu'il pouvait s'adjoindre les services d'un ou de spécialistes de son choix, faculté dont le Dr BA._____ a usé en s'adjoignant les services du Dr EF._____. Il en a avisé la Cour de céans par courrier du 12 mars 2021, transmis aux parties le 15 mars 2021 sans que l'une ou l'autre partie ne

réagisse à cela. Les parties ont ainsi été dûment avisées avant la mise en œuvre de l'expert que le celui-ci bénéficierait de l'aide d'un autre médecin spécialiste.

7. a) Sur le fond, le recourant fait valoir dans ses déterminations du 18 janvier 2022 qu'il ressort de l'expertise qu'il souffre d'une raideur articulaire consécutive à l'accident du 23 juillet 2013 et que toute symptomatologie en lien avec la tendinopathie calcifiante a été exclue. Il ajoute que l'expertise confirme qu'il n'y a pas d'aggravation d'un état maladif ou dégénératif préexistant et que le cas n'est pas encore stabilisé. Il conclut donc à l'admission du recours et à l'annulation de la décision sur opposition, la cause devant être renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et versement de plus amples prestations. Dans ses observations complémentaires du 10 février 2022, il relève que l'avis de la Dre AB._____, qui n'est pas une spécialiste de l'épaule, ne saurait prévaloir sur celui de l'expert, spécialiste reconnu de l'épaule. Il s'étonne que la justification de l'intervention auprès de la Clinique CD._____ soit remise en cause par l'intimée alors qu'elle lui a permis de retrouver une fonctionnalité totale de l'épaule au 1^{er} janvier 2022 sans aucune limitation fonctionnelle à ce jour. Il fait remarquer que les juges ne peuvent s'écarter des conclusions de l'expertise sauf circonstances particulières manifestement pas réalisées en l'espèce.

b) Dans ses déterminations du 14 septembre 2021, l'intimée maintient ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle note que l'expert ne retient pas de lésion de type SLAP, mais bien une variante anatomique de type de Buford. Ainsi, dès lors que les affections mises en évidence à l'arthro-IRM du 7 août 2017 ne sont pas en relation de causalité avec le sinistre assuré, l'intimée considère que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au plus tard au 1^{er} juin 2017. Elle émet quelques critiques à l'égard du rapport d'expertise qui ont, pour l'essentiel, été prises en compte dans le cadre de la demande de complément d'expertise. Dans ses déterminations finales du 3 février 2022, elle relève que les experts ont mis en exergue « une résolution de la raideur articulaire post-traumatique » pour évoquer l'hypothèse « d'une rechute

de la raideur articulaire post-traumatique ». Or, elle estime qu'il n'y a aucun argument pour étayer une telle hypothèse et que l'on se trouve face à une évolution inhabituelle avec des incohérences, notamment l'absence d'amyotrophie en présence d'une sous-utilisation du membre supérieur. Elle relève de manière générale le manque de motivation des conclusions des experts et se réfère pour le surplus à l'appréciation de la Dre AB. _____ du 31 janvier 2022.

La Dre AB. _____ souligne, en rapport avec le manque de mobilité de l'épaule droite dans les mouvements passifs et actifs constatés par les experts, que la raideur articulaire est présente sur fond de tendinite et qu'il ne s'agit pas d'une pathologie mais d'un symptôme ou d'un signe. Elle note qu'un « traumatisme » n'est pas un diagnostic, ni une pathologie, et relève que la pathologie n'est pas décrite par les experts. Elle témoigne de son scepticisme quant à la relation de causalité certaine entre l'intervention réalisée à 7 ans de l'événement du 23 juillet 2013 et ce dit événement. Elle constate que les rapports de la Clinique CD. _____ à [...] du 17 avril 2020 et du 10 septembre 2020 ne mentionnent pas d'aggravation de l'état de santé du recourant et ajoute que la justification de l'intervention est également peu motivée par les médecins de cette clinique. Elle souligne qu'un décours moyen de 4,4 ans est généralement retenu dans la littérature médicale, alors qu'on se trouve déjà à 7 ans de l'événement et que 60 % des patients récupèrent une fonction proche de la normale ne se plaignant d'aucun symptôme, la symptomatologie persistante chez 94 % des patients restants étant qualifiée de légère. De plus, une capsulite rétractile ne récidive pratiquement jamais sur la même articulation en l'absence d'un nouvel événement ; en revanche si une atteinte bilatérale est possible, elle est exceptionnellement simultanée ; l'épaule controlatérale est touchée avec un décalage de quelques mois ou au plus quelques années. La Dre AB. _____ relève que l'expertise a été réalisée pratiquement une année après l'intervention du 23 juillet 2020 et peine à comprendre qu'elle ne constate pas la stabilisation de l'état, notamment compte tenu des rapports post-opératoires de la Clinique CD. _____ qui notent l'absence de douleurs en septembre 2020 déjà. Elle remarque que la poursuite de la physiothérapie et des auto-exercices

n'empêche pas de considérer l'état comme stabilisé. En décembre 2020, les constatations cliniques des médecins de la Clinique CD._____ sont « keine Schwellung, keine Rötung, keine Wärmung. Reizlose Narbenverhältnisse. Keine Druckdolenzen. Aktive Schulterbeweglichkeit Flexion 120°, Außenrotation 40°, Innenrotation bis zum Gesäss... », qui sont quasi superposables à celle des experts. En définitive, la Dre AB._____ conclut qu'en l'absence d'un nouvel événement, une capsulite rétractile ne récidive pratiquement jamais sur la même articulation, de sorte qu'il est tout au plus possible que l'intervention chirurgicale réalisée par la Clinique CD._____ le 23 juillet 2020 ait été motivée par la raideur articulaire/capsulite rétractile, seul état séquellaire de l'événement du 23 juillet 2013. Elle considère que le cas est suffisamment instruit pour confirmer l'absence d'une déchirure du labrum type SLAP et la présence objective d'un complexe de Buford qui est d'origine congénitale.

c) Sur la question du diagnostic, les experts affirment clairement qu'il n'y a pas de lésion de type SLAP mais bien une variante anatomique de type complexe de Buford. En ce sens, ils confirment le diagnostic posé par la Dre AB._____ et écartent celui posé par le Dr O._____, de manière motivée, mais ils posent encore un autre diagnostic de raideur articulaire post-traumatique désigné dans le rapport comme « traumatisme de l'épaule droite le 23 juillet 2013 compliqué d'une raideur articulaire post-traumatique ». Certes le terme « traumatisme » ne désigne pas un diagnostic répertorié mais on comprend bien qu'il s'agit d'une raideur articulaire (ou capsulite rétractile ou épaule gelée) post-traumatique. Ce diagnostic est retenu après examen de l'anamnèse médicale et l'évolution de cette atteinte est décrite, avec des améliorations et des aggravations. Les experts se sont ainsi appuyés sur les rapports médicaux au dossier qui constatent cette atteinte et décrivent un examen clinique permettant de la confirmer. Ils exposent les motifs pour lesquels ils distinguent cette pathologie de la tendinopathie calcifiante. L'avis de la Dre AB._____ consistant à considérer la raideur articulaire comme un symptôme de la tendinopathie et non pas comme une atteinte distincte n'est pas suffisamment documenté pour jeter le

doute sur l'appréciation motivée des experts qui repose sur une analyse attentive de l'entier du dossier médical et qui est confirmée par d'autres rapports médicaux. La Dre AB. _____ émet sur ce point une appréciation divergente qui ne peut pas être retenue. Les diagnostics posés par les experts peuvent donc être validés.

Il subsiste en conséquence une raideur articulaire et un status post opération chirurgicale du 23 juillet 2020 qui sont en relation de causalité certaine avec l'accident du 23 juillet 2013. La Dre AB. _____ a fait part à cet égard de son scepticisme quant à la relation de causalité certaine entre l'intervention réalisée à 7 ans de l'événement du 23 juillet 2013 et ce dit événement. Or les experts ont dûment retracé l'évolution de la raideur articulaire et examiné les rapports de ladite intervention et sont arrivés à la conclusion que l'intervention était justifiée par la persistance de la raideur articulaire. La Dre AB. _____ ne fait valoir aucun argument objectif permettant de remettre en cause cette appréciation, les renvois à des considérations générales de la littérature n'étant pas suffisamment probants pour prévaloir sur des constats objectifs.

Il reste à déterminer si et quand l'état peut être considéré comme étant stabilisé. Les experts indiquent que l'état n'est pas stabilisé car, à neuf mois de l'opération, il persiste une raideur articulaire. Ils constatent toutefois une amélioration en flexion antérieure par rapport à la mobilité décrite dans les différents rapports opératoires, ainsi qu'une diminution des douleurs depuis l'intervention, ce qui permet l'arrêt des traitements antalgiques et un meilleur sommeil. Lors de leur entretien avec le recourant, celui-ci a déclaré avoir noté une nette amélioration des douleurs à la suite de l'intervention ; il n'avait plus de douleur au repos ni nocturne et avait de légères douleurs lorsqu'il levait le bras. Le recourant estimait son épaule à 75-80 % (100 % étant une épaule parfaite). A l'examen clinique (19 avril 2021 soit largement moins d'un an après l'opération), les experts constatent toutefois la persistance d'une raideur articulaire avec 130° de flexion antérieure (160° à gauche), 20° de rotation externe (45° à droite), notamment. Ils préconisent la poursuite de la physiothérapie et des auto-exercices afin de récupérer un maximum de

mobilité, une nouvelle évaluation devant être faite à un an post-opératoire. En l'absence d'amélioration significative, l'état pourrait être considéré comme stabilisé à cette échéance.

La Dre AB._____ relève à cet égard que les rapports post-opératoires de la Clinique CD._____ notaient l'absence de douleurs en septembre 2020 déjà et que le Dr CB._____ décrivait une flexion/abduction de 120° et une rotation externe à 40°, ce qui permettrait de constater une stabilisation de l'état, vu les valeurs superposables relevées par les experts. Or, non seulement les valeurs ne sont pas tout à fait semblables, la mobilité ayant diminué entre la consultation du Dr CB._____ et l'examen clinique auprès des experts, mais les experts estiment que la mobilité peut encore être améliorée dans un délai d'un an post-opératoire en faisant de la physiothérapie et des auto-exercices. On note que le Dr CB._____ a mentionné dans son rapport du 11 décembre 2020 que le recourant n'avait pas pu suivre toutes les séances de physiothérapie en raison de la pandémie COVID. Il préconisait également de poursuivre la physiothérapie pour améliorer la mobilité de l'épaule. Dès lors qu'une récupération quasi complète peut être attendue à l'échéance du délai d'un an post-opératoire, on doit admettre qu'une amélioration significative pouvait encore être attendue jusqu'au 23 juillet 2021. L'appréciation des experts dans ce sens peut être suivie.

d) En définitive, l'appréciation des experts BA._____ et EF._____ résulte d'une analyse minutieuse des pièces médicales au dossier, menée sur la base d'examens cliniques et radiologiques complets et en pleine connaissance de l'anamnèse. Les experts ont également rendu compte de la littérature médicale topique à propos de la pathologie mise en évidence chez le recourant. Leur rapport du 12 juin 2021 complété le 14 décembre 2021 procède d'une appréciation claire de la situation par un spécialiste confirmé et débouche sur des conclusions soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Ils répondent en outre aux avis en partie divergents des Dr O._____ et AB._____. Partant, le rapport d'expertise et son complément peuvent se voir conférer pleine valeur probante.

e) Sur le vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire conduisent à retenir l'origine traumatique de l'atteinte à la santé consécutive à l'accident du 23 juillet 2013, laquelle est en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'événement accidentel précité, dont les suites avaient été prises en charge par l'intimée jusqu'à fin mai 2017. L'état doit être considéré comme étant stabilisé au 23 juillet 2021.

8. Dès lors que la date de stabilisation de l'état de santé se situe au-delà de la date de décision sur opposition qui fait l'objet du litige, se pose la question de l'extension de l'objet du litige afin de statuer au-delà de cette date.

Selon une jurisprudence constante rendue dans le domaine des assurances sociales, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 503 consid. 1.2 p. 503 et les références ; arrêt TF 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 ; 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3, *in* SVR 2012 IV n° 35 p. 136 ; 9C_636/2014 du 10 novembre 2014 consid. 3.1; voir aussi Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, *in* Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446).

En l'espèce, l'objet du litige est le même que celui posé initialement, mais les effets du rapport en cause (la stabilisation de l'état et la fin des versements des indemnités journalières) perdurent au-delà de la décision attaquée. Les conditions permettant l'extension de l'objet du litige sont ainsi réalisées puisque la question excédant l'objet du litige, soit la date à partir de laquelle l'état de l'assuré est stabilisé et il est mis fin au versement des indemnités journalières, est étroitement liée à l'objet initial du litige et est en état d'être jugée. De plus, les parties se sont exprimées sur cette question dans un acte de procédure au moins. Le recourant a en effet fait valoir dans ses observations du 10 février 2022, que l'intervention auprès de la Clinique CD. _____ lui a permis de retrouver une fonctionnalité totale de l'épaule au 1^{er} janvier 2022, alors que l'intimée a conclu au rejet du recours, l'état étant stabilisé au 1^{er} juin 2017.

La Cour est donc en mesure de statuer sur ce point et de fixer la date de stabilisation de l'état de santé et donc de la fin des indemnités journalières au 23 juillet 2021 sur la base de l'expertise judiciaire.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 26 juillet 2017 réformée en ce sens qu'il est mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 23 juillet 2021.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il a produit une liste de frais de son conseil dont le montant dépasse le plafond prévu par l'art. 11 al. 2 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), alors que les circonstances ne le justifient pas, la cause n'étant pas particulièrement complexe. Etant rappelé que les dépens comprennent une participation aux honoraires et les débours

indispensables (art. 11 al. 1 TFJDA), il convient d'arrêter cette indemnité à 4'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA) à titre de participation aux honoraires d'avocat pour la procédure de recours et la procédure consécutive à l'arrêt du Tribunal fédéral, et de la mettre à la charge de l'intimée.

Dans son arrêt du 4 décembre 2020, le Tribunal fédéral a en outre considéré qu'il se justifiait d'admettre la conclusion du recourant tenant à la prise en charge des frais de l'expertise privée du Dr O. _____ du 5 mars 2018 et a renvoyé la Cour de céans à se prononcer. Le recourant a produit une facture du Dr O. _____ du 7 mars 2018 qui s'élève à 1'000 fr. pour l'établissement du rapport du 5 mars 2018. Ce montant sera ainsi mis à la charge de l'intimée à qui incombe les frais d'instruction (art. 45 al. 1 LPGA et jurisprudence citée dans l'arrêt fédéral), l'intimée devant rembourser ce montant au recourant qui les a assumés.

**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 26 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens qu'il est mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 23 juillet 2021.

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

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q. _____ une indemnité de dépens fixée à 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) à titre de participation aux honoraires et débours du conseil et un montant de 1'000 fr. (mille francs) à titre de remboursement des frais du rapport du Dr O. _____ du 5 mars 2018.

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 Q. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédérale 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 :