

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Thalmann et M. Neu
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

I. _____, à Payerne, recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

F. _____ **SA**, à Lausanne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) travaille en qualité de monteur auprès de M. _____ SA, à Rueyres-les-Prés, et est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels selon la législation sur l'assurance-accidents auprès de F. _____ SA (ci-après: F. _____ SA ou l'intimée).

Le 9 novembre 2009, alors qu'il effectuait des travaux de bâchage d'un tunnel au moyen d'une couverture plastique, l'assuré a glissé contre un montant métallique sur le flanc droit puis le haut du dos et s'est retrouvé momentanément suspendu dans le vide, ayant pu se rattraper de la main droite à l'échafaudage. Il a ensuite poursuivi son activité professionnelle, en effectuant des travaux légers.

En raison de fortes douleurs, l'assuré a reçu des soins au centre médico-chirurgical de la Broye le 11 novembre 2009. Dans un rapport du 27 novembre 2009, la Dresse B. _____, médecin généraliste auprès du centre d'urgence de la Broye (ci-après: le CUB), n'a pas constaté de fractures et a posé le diagnostic provisoire de contusion de l'épaule droite, versus tendinite et suspicion de la coiffe des rotateurs à droite. Elle a prescrit un traitement d'anti-inflammatoires, d'anti-douleurs et de physiothérapie, puis a retenu une incapacité de travail à 100% à compter du 11 novembre 2009.

Par la suite, l'assuré a fait état des périodes d'incapacité de travail suivantes:

- 100% du 11 novembre au 1^{er} décembre 2009
- 100% du 10 décembre 2009 au 24 janvier 2010
- 0% du 25 janvier 2010 au 3 mars 2010
- 100% du 4 mars 2010 au 18 avril 2010
- 50% du 19 avril 2010 au 6 septembre 2010
- 100% dès le 7 septembre 2010.

Par déclaration de sinistre du 16 novembre 2009, l'assuré a annoncé à F._____ SA l'événement du 9 novembre 2009, en indiquant avoir glissé en bâchant une serre et s'être blessé à l'épaule. Le cas a été pris en charge par cet assureur.

Une IRM de l'épaule droite effectuée le 8 décembre 2009 par le Dr W._____, radiologue au service de radiologie de l'hôpital intercantonal de la Broye, a mis en évidence une déchirure transfixiante sur une zone de 1 x 1 cm de la partie distale du tendon du sus-épineux, et de tendinopathie sans rupture visualisée du sous-épineux et du sous-scapulaire.

Dans un rapport du 8 mars 2010, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne au centre médico-chirurgical de la Broye, a posé le diagnostic de rupture partielle de la coiffe des rotateurs avec section du tendon du sus-épineux et intégralité des tendons sous-épineux et sous-scapulaires. Il a noté une évolution défavorable vers une capsulite rétractile avec limitation fonctionnelle aggravée de l'épaule droite, malgré les traitements anti-inflammatoires et de physiothérapie. Il n'a pas évoqué à ce stade d'indication opératoire péremptoire.

Une nouvelle IRM de l'épaule droite a été effectuée le 1^{er} avril 2010 par le Dr W._____, mettant en exergue un aspect radiologiquement inchangé par rapport à décembre 2009, une déchirure transfixiante centimétrique distale du sus-épineux, et une tendinopathie sans rupture des sous-épineux et sous-scapulaire.

Dans un questionnaire de l'assureur-accidents F._____ SA rempli le 30 avril 2010, l'assuré a indiqué qu'il n'avait jamais subi de lésions ni ressenti de douleurs de l'épaule droite avant l'accident du 9 novembre 2009.

Le 12 mai 2010, le Dr L._____ a relevé qu'une opération de l'épaule droite était prévue début septembre, en raison d'une capsulite rétractile avec une importante limitation.

Dans un questionnaire de F. _____ SA rempli le 3 juin 2010, le Dr L. _____ a retenu le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite et a prescrit un traitement d'anti-inflammatoires d'une durée probable de six mois.

Une IRM cervicale et une radiographie de la colonne cervicale et des épaules ont été effectuées le 14 décembre 2010 par le Dr [...], radiologue au centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, qui a retenu ce qui suit:

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

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

Le 3 décembre 2010, à la demande de F. _____ SA, l'assuré a été examiné par le Dr V. _____, chirurgien orthopédique. Ce spécialiste s'est fondé sur les pièces médicales figurant au dossier - à l'exception du rapport IRM du 8 décembre 2009, qui n'a pas été mis à sa disposition - ainsi que sur son propre examen. Dans son rapport d'expertise du 29 décembre 2010, le Dr V. _____ a posé les diagnostics de status 13 mois après contusion/entorse de l'épaule droite et probable contusion cervico-dorsale, de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et très vraisemblablement aussi du côté gauche, de cervico-discarthrose étagée, de C3 à C7, et de spondylose antérieure en D7-10 et en L3-4. Dans son appréciation du cas, il a retenu notamment ce qui suit:

"Dans le cas de Mr I. _____, l'action vulnérante qu'a subi son épaule paraît susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs. Cependant, d'autres éléments parlent contre une telle hypothèse.

En premier lieu, on remarque l'absence d'une impotence fonctionnelle significative de l'épaule droite, dans les suites immédiates du traumatisme. Le patient a même repris ses activités manuelles le jour même (c'était un lundi), ainsi que le lendemain. Il n'a consulté que 48h après. D'ailleurs, l'incapacité de travail débute le 11 novembre 2009 (un mercredi).

Les images radiologiques standard et l'IRM ont par ailleurs mis en évidence des signes d'une surcharge chronique classique de la coiffe à l'épaule droite, en particulier du sus-épineux. Des images similaires (sur les radiographies standard) touchent aussi l'épaule du membre non dominant (le gauche), témoin du principe de bilatéralité des lésions dans plus de la moitié des gens atteints par cette pathologie, en particulier chez les travailleurs lourds.

Il est intéressant de noter que la tendinopathie en question ne montre pas de signes évolutifs entre l'IRM du 8 décembre 2009 et celle du 1^{er} avril 2010, élément qui parle aussi clairement en défaveur d'une lésion anatomique récente significative. En effet, en cas de lésion tendineuse aiguë, faisant suite à l'événement qui nous concerne, on s'attendrait à voir des signes en faveur d'un processus de réparation de la supputée lésion, éventuellement une dégradation rapide de l'état de la coiffe.

La contusion/entorse de l'épaule droite, survenue le 9 novembre 2009, fut traitée de manière adéquate, par une antalgie et un traitement fonctionnel, qui visait à lever un conflit sous-acromial aigu, classique dans de tels traumatismes. Un traitement chirurgical a été proposé. Le patient a choisi l'expectative. Il a repris son travail en plein avant l'échéance des 3 mois post-traumatiques, délai tout à fait adéquat pour un tel traumatisme, survenant dans le cadre d'une telle tendinopathie. Le [patient] a accompli ce travail pendant une période de 6 semaines, avant qu'une nouvelle IT ne soit prononcée, toujours en cours.

Actuellement, le patient se plaint d'une symptomatologie douloureuse cervico-brachiale droite. On a évoqué la possibilité d'une capsulite rétractile en cours de route. On n'a cependant pas repris de traitement fonctionnel, le patient restant traité uniquement par des antalgiques.

L'examen clinique du jour laisse songeur. En effet, le seuil douloureux chez ce patient paraît particulièrement bas. L'hypersensibilité au toucher (conjointement à un autre élément de non organicité, les grimaces) est marquée, sur une zone qui dépasse très largement une problématique sous-acromiale. L'absence d'une asymétrie de la trophicité musculaire des ceintures scapulaires parle contre une épargne chronique du membre et ne peut rendre compte de l'attitude d'auto-protection qu'adopte Mr I._____. Il n'y a par ailleurs pas de signe en faveur d'une capsulite.

En outre, des signes parlant en faveur d'une insuffisance du sus-épineux controlatéral (épaule gauche) sont présents.

Sur ce, vient s'ajouter une clinique évocatrice d'une surcharge cervicale, siège d'une cervicarthrose étagée relativement avancée.

Ces lésions ont été objectivées sur les radiographies du 17 novembre 2009. Elles ne montrent pour ainsi dire pas de changement substantiel sur le bilan de contrôle actuel (élément qui parle encore une fois contre une éventuelle lésion locale aiguë, secondaire au traumatisme qui nous concerne).

Enfin, la récente IRM confirme la présence d'altérations inter-somatiques classiques de la colonne cervicale, touchant plus volontiers l'étage C5-6 et, par ordre souvent décroissant, les étages C4-5 ou C6-7, puis en C3-4 (l'atteinte plus proximale étant rare).

Rappelons que ces lésions débutent aussi avec le vieillissement, atteignant leur apogée (sur le plan clinique) vers l'âge de 45-55 ans (période où les contraintes mécaniques sont maximales).

Le status du jour révèle une mobilité suboptimale de la nuque, accompagnée d'une symptomatologie douloureuse parfaitement compatible avec l'importance de la cervicarthrose objectivée.

En réalité, il semble fort probable que l'événement du 9 novembre 2009, responsable d'une contusion/entorse de l'épaule droite, finalement plutôt bénigne, a surtout révélé un état pathologique sous-jacent, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, évoluant de longue date, et touchant les deux épaules.

Pour une telle contusion, bénéficiant d'un traitement adéquat, le statu quo ante/respectivement sine est généralement atteint après un délai de 4-6 semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps pourrait être admise dans le cadre de troubles dégénératifs associés, qui sont à l'origine d'une fragilité tissulaire et partant, d'un rétablissement plus lent. Ce délai ne dépasse a priori pas les 6-8 semaines supplémentaires.

Au-delà, et dans le cas de Mr I._____, il faut considérer que le cursus de son épaule fut régi par la tendinopathie sous-jacente.

Un raisonnement similaire peut être tenu pour la contusion cervicale ou cervico-dorsale, sans lésion anatomique aiguë (dans le sens d'une fracture, d'une luxation, d'une déchirure musculaire, etc) avérée, le délai d'atteinte du statu quo ante ne dépassant généralement pas 1 ou 2 mois, au maximum 4 mois en considérant encore une fois l'importance des lésions dégénératives sous-jacentes".

Dans les réponses aux questions de l'assureur-accidents, le Dr V._____ a indiqué notamment ce qui suit:

"5. Etat antérieur

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules.

Cervicarthrose étagée.

Spondylose dorsale D7-10.

6. Causalité

La relation de causalité naturelle entre l'événement du 9 novembre 2009, et la pathologie objectivée à l'épaule droite et en zone cervicale, paraît tout au plus être du domaine du possible, voire exclu.

L'événement en question, à l'origine d'une entorse/contusion de l'épaule droite, a surtout révélé la pathologie dégénérative sous-jacente. Le même événement, à l'origine d'une probable contusion cervico-dorsale, a également révélé une cervicarthrose avancée. Ces deux pathologies (couplées à des éléments de non organicité) régissent le cursus actuel de ce patient.

Pour l'entorse de l'épaule droite, le délai d'atteinte du statu quo ante ne dépasserait pas les 3-4 mois. Pour la contusion cervico-dorsale, le délai serait aussi d'au maximum 4 mois.

7. Incapacité de travail/exigibilité?

L'IT ayant fait suite à l'événement qui nous concerne, s'étalant jusqu'au 25 janvier 2010, me semble justifiée.

Aucune IT, relative au même événement, n'est admise au-delà du délai d'atteinte du statu quo ante/sine.

8. Traitement médical?

Aucun traitement, relatif à l'événement du 9 novembre 2009, n'est admis au-delà du délai d'atteinte du statu quo ante/sine".

Le 21 janvier 2011, selon un rapport opératoire daté du 14 novembre 2011, l'assuré a subi une opération chirurgicale de l'épaule droite, en raison d'une rupture complète avec rétraction d'environ 5 mm de la coiffe des rotateurs au niveau du sus et sous épineux de l'épaule droite, et d'une gêne sous-acromiale majeure avec synéchies. L'intervention a consisté en une acromioplastie élargie après désinsertion de la partie antérieure et moyenne du deltoïde, une suture trans osseuse, puis une réinsertion du deltoïde.

B. Par décision du 25 janvier 2011, déclarant se fonder sur les conclusions du Dr V._____, F._____ SA a mis un terme au versement de ses prestations résultant de l'événement du 9 novembre 2009, plus aucune prestation n'étant versée à ce titre dès le 4 mars 2010. Cet assureur a retenu en substance qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et la lésion constatée, dès cette date.

Le 23 février 2011, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en concluant à la poursuite de la prise en charge par F. _____ SA des frais consécutifs à l'accident du 9 novembre 2009.

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

Au terme d'un échange de correspondance, l'assuré et F. _____ SA ont tenté, sans succès, de trouver un arrangement financier relatif à la prise en charge par cet assureur de la franchise de 1'500 fr. et de la participation de 10% en échange du retrait de l'opposition.

Le dossier a été soumis au Dr Q. _____, chirurgien et médecin conseil de F. _____ SA, qui a relevé ce qui suit dans un rapport du 13 septembre 2011:

"1. Diagnostics

- Status après contusion/entorse de l'épaule droite en présence d'altérations dégénératives de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
- Status après légère distorsion de la colonne cervicale en présence d'altérations dégénératives nettes de cette dernière.

2. Les troubles présentés par [l'assuré], sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'événement invoqué?

De mon point de vue, l'avis émis dans le rapport d'expertise du docteur V. _____ est convaincant, je considère ce rapport comme pertinent. En particulier, pour ce qui est de l'épaule droite, il convient de considérer selon un degré de vraisemblance prépondérante que les altérations morphologiques constatées à l'IRM correspondent à des atteintes préexistantes auxquelles on peut s'attendre à l'âge de l'assuré et qui n'ont pas été provoquées par l'accident du 09.11.2009. Si des lésions telles qu'elles ont été révélées par l'imagerie avaient été provoquées par l'accident, l'assuré aurait de façon quasi sûre présenté une pseudo-paralysie de

l'épaule droite dans les suites immédiates de cet accident, ce qui aurait entraîné une immobilité de l'épaule presque totale. Comme cela n'a pas été le cas, l'avis sur la relation de causalité émis par l'expert, le docteur V. _____, me paraît justifié.

D'autre part, les troubles dont se plaint l'assuré à la colonne cervicale s'expliquent clairement par des états antérieurs d'origine dégénérative avec uncarthrose et rétrécissement foraminal gauche à l'étage C5/C6 ainsi que par une sténose foraminal avec uncarthrose bilatérale à l'étage C6/C7 et des discopathies étagées de C3 à C5. Ces altérations sont susceptibles de provoquer de manière spontanée une symptomatologie telle que celle dont se plaint l'assuré, sans pour autant qu'il y ait eu accident. Tant à l'épaule qu'au niveau de la colonne cervicale, l'accident a activé un état préexistant sous-jacent entraînant une aggravation temporaire; mais au fil du temps, les troubles dus aux suites de l'accident sont allés en diminuant et l'état préexistant a pris de plus en plus le dessus, si bien qu'un statu quo sine a dû être retrouvé environ 4 mois après l'événement".

Par décision sur opposition du 29 septembre 2011, F. _____ SA a confirmé sa position et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Se référant aux avis médicaux des Drs V. _____ et Q. _____, remplissant les critères en matière de valeur probante, cet assureur a retenu qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 novembre 2009 et les troubles de l'assuré à son épaule droite. Il a ajouté que les arguments de l'assuré - soit l'absence de douleurs tant à la colonne cervicale qu'à l'épaule droite avant l'accident, et le rôle joué par l'accident dans l'apparition des troubles au niveau de l'épaule droite - n'étaient pas pertinents.

C. Par acte de son mandataire du 4 novembre 2011, I. _____ a recouru contre cette décision sur opposition au Tribunal cantonal et a conclu principalement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance, notamment l'indemnité journalière et les frais de traitement, soient versées rétroactivement depuis le 1^{er} avril 2010. Il a conclu subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à F. _____ SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'assuré s'est référé à l'avis du Dr L. _____ du 30 mars 2011 selon lequel l'affection actuelle n'était pas influencée par des lésions, infirmités ou maladies antérieures, et a relevé que ni le Dr V. _____ ni le Dr Q. _____ n'avaient exclu que les lésions subies à l'épaule droite

puissent résulter de l'accident du 9 novembre 2009. Sur la base de l'hypothèse du Dr V. _____ selon laquelle les lésions du même type que celles de l'assuré pouvaient rester asymptomatiques pendant de nombreuses années, il a soutenu que ses lésions de l'épaule droite n'auraient pas conduit, sans l'accident, à sa pathologie actuelle. Même si des lésions sous-jacentes devaient être constatées, l'assuré a ajouté que l'événement du 9 novembre 2009 avait indéniablement contribué à accélérer sa pathologie. L'évolution médicale de l'épaule droite avait été défavorable et l'état pathologique était en relation de causalité naturelle et adéquate avec cet événement, dont les suites devaient être prises en charge par l'assureur-accidents. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a demandé la mise en œuvre d'examen complémentaires par un expert. Il a en outre déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite.

Le rapport opératoire daté du 14 novembre 2011 a entretemps été soumis par F. _____ SA au Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin-conseil de F. _____ SA, qui dans un bref avis du 22 novembre 2011 a relevé ce qui suit:

"J'ai pris connaissance du rapport opératoire du 21 janvier 2011 corroborant les éléments déjà connus précédemment, notamment lors de l'expertise du Dr V. _____.

Un remaniement de l'espace sous-acromial a nécessité un débridement avec acromioplastie et une tendinopathie avec perte de substance de la coiffe des rotateurs fut réparée par suture transosseuse.

Les conclusions de l'expertise du Dr V. _____ restent par conséquent valables en l'absence d'éléments nouveaux qui devraient les faire réévaluer".

Dans sa réponse du 31 janvier 2012, par son mandataire, F. _____ SA a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable, et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a retenu que l'avis du Dr L. _____, qui avait évoqué une capsulite, paraissait isolé au regard des conclusions concordantes du Dr V. _____, du Dr Q. _____ et du Dr A. _____. Se fondant sur l'argumentation du Dr V. _____, elle a relevé que l'âge de l'assuré, son activité professionnelle, l'absence de

signes en faveur d'une capsulite, l'absence d'une asymétrie de la trophicité musculaire des ceintures scapulaires, la bilatéralité de la tendinopathie, les signes d'une surcharge chronique classique de la coiffe à l'épaule droite, la présence d'une cervicarthrose étagée relativement modérée et la présence d'éléments de non organicité, notamment, plaidaient pour une étiologie dégénérative ou malade. En outre, le Dr Q._____ a relevé l'absence d'impotence fonctionnelle initiale et le fait que les plaintes de l'assuré s'inscrivaient dans le prolongement de son état maladif antérieur. L'argument de l'assuré selon lequel il n'avait jamais ressenti de douleurs tant à la colonne cervicale qu'à l'épaule droite avant l'accident, n'était pas pertinent. Dès lors, F._____ SA avait à bon droit refusé la prise en charge des troubles scapulaires de l'assuré pour la période postérieure au 3 mars 2010.

Le 10 avril 2012, l'employeur M._____ SA a adressé le courrier suivant à l'assuré:

"Suite à notre entretien du 5 crt, nous pouvons vous confirmer que l'accident s'est produit le 9.11.2009 sur l'un de nos chantiers, à savoir chez M. [...] à Treyvaux. L'accident est arrivé suite à votre glissade en effectuant des travaux de rebâchage de tunnel en couverture plastique. Les deux jours suivant l'incident, vous avez continué votre activité en effectuant de petits travaux légers à Bellechasse. La douleur devenant insupportable, vous avez décidé de consulter votre médecin à la fin de la journée du 11.11.2009. Dès lors vous étiez en arrêt accident selon le certificat d'incapacité de travail établi au CMCB de Payerne.

Durant les périodes où votre incapacité de travail était à 50%, vous avez continué votre activité au sein de notre entreprise mais avec un rythme de travail correspondant à votre incapacité".

Dans sa réplique du 21 juin 2012, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a relevé que ni le Dr V._____ ni le Dr Q._____ n'avaient exclu que les lésions subies eussent comme unique cause l'accident du 9 novembre 2009, de sorte que ces médecins n'avaient pas exclu la possibilité de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet accident et les lésions subies à l'épaule droite. L'assuré avait en outre présenté une impotence fonctionnelle après son accident, et avait ressenti d'importantes douleurs et gênes. L'activité de monteur exercée par le recourant n'est pas des plus pénibles physiquement, de sorte que le

dommage subi ensuite de l'accident ne pouvait trouver son origine exclusivement dans un état maladif préexistant. L'accident avait grandement contribué à provoquer le dommage subi par l'assuré. A titre de mesures d'instruction, l'assuré a réitéré sa demande d'examens complémentaires par un expert et a requis l'audition comme témoins de ses collègues présents le jour de l'accident et les deux jours qui l'ont suivi.

Par duplique du 24 septembre 2012, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a repris ses arguments, expliquant notamment que, selon le Dr V._____, la relation de causalité naturelle entre l'événement du 9 novembre 2009 et la pathologie de l'épaule droite et en zone cervicale, paraissait tout au plus possible voire était exclue.

Le 28 septembre 2012, le juge instructeur a informé les parties que la cause apparaissait en état d'être jugée, et qu'il n'était pas nécessaire de procéder à de nouvelles mesures d'instruction, que ce soit sous forme d'expertise médicale ou audition de témoins. Le recourant a été invité à déposer sa liste des opérations.

Le 30 novembre 2012, le recourant a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une nouvelle expertise et a déposé sa liste des opérations ainsi qu'un certificat médical du 30 novembre 2012 du Dr L._____, attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 7 septembre 2010.

D. Par décision du 22 décembre 2011, le juge instructeur a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 octobre 2011 et lui a désigné Me Jeton Kryeziu en qualité d'avocat d'office.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars

1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) S'agissant de prestations relatives à des frais de traitement, ainsi qu'à des indemnités journalières, la valeur litigieuse est vraisemblablement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations relevant de l'assurance-accidents (notamment l'indemnité journalière et les frais de traitement) en raison de l'événement du 9 novembre 2009, pour la période postérieure au 3 mars 2010.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la

condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se

recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

c) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; 116 V 147 consid. 2c; TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.2).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être

clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Or, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les arrêts cités; TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3; arrêt Casso AA 26/09 du 28 juillet 2011 consid. 2.1 b).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse

être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

4. a) Dans le cas présent, les constatations médicales faites lors des examens IRM du 8 décembre 2009 et du 1^{er} avril 2010, à savoir la déchirure transfixiante de 1 x 1 cm de la partie distale du tendon du sus-épineux et la tendinopathie sans rupture visualisée du sous-épineux et du sous-scapulaire, ne sont contestées par aucun des médecins ou expert s'étant penchés sur le dossier. D'autre part, l'existence de ces lésions est attestée par plusieurs pièces médicales, telles que le protocole opératoire du 21 janvier 2011 et le rapport du Dr L._____ du 8 mars 2010 notamment. L'atteinte au tendon du sus-épineux en particulier constitue une déchirure tendineuse qui doit être considérée comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

Il n'est, en outre, ni contestable ni contesté que l'événement du 9 novembre 2009 remplit tous les éléments constitutifs de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, le fait de glisser, de chuter de tout son poids et de se rattraper par une main pour se retrouver pendu dans le vide, ce qui a vraisemblablement provoqué une hyper-extension du bras droit et donc un choc au niveau de l'articulation de l'épaule, sont autant de circonstances constitutives d'un accident au sens de la loi. A cet égard, il ressort du rapport d'expertise du Dr V._____ que l'action vulnérante subie par l'assuré était susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs, quand bien même ce médecin a considéré qu'une origine dégénérative était plus vraisemblable.

Admettant son obligation de prise en charge, F._____ SA a couvert les suites de l'accident jusqu'au 3 mars 2010, date à laquelle cet assureur a mis un terme à ses prestations, suivant l'avis de l'expert et de son médecin conseil, le Dr Q._____.

b) Sur la base du rapport d'expertise du Dr V._____, confirmé par celui du Dr Q._____ du 13 septembre 2011, l'intimée soutient que les lésions constatées à l'épaule droite étaient vraisemblablement de manière prépondérante préexistantes à l'événement du 9 novembre 2009, de sorte qu'elles n'avaient pas pour cause une origine accidentelle mais dégénérative. Comme l'indique l'expert et le médecin conseil, l'accident n'a fait que révéler une pathologie dégénérative préexistante, le statu quo sine vel ante ayant été retrouvé environ 4 mois après l'accident du 9 novembre 2009. F._____ SA prétend ainsi nier, au-delà du 3 mars 2010, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 9 novembre 2009 et l'affection dont souffre le recourant, considérant ne plus avoir à verser de prestations dès le lendemain de cette date.

L'argumentation de ces médecins n'est cependant pas suffisante pour conduire à la négation du droit aux prestations en faveur du recourant, car la question n'est pas de savoir si les lésions subies revêtent une origine dégénérative ou malade - par opposition à une origine accidentelle - mais de savoir si elles revêtent une origine exclusivement dégénérative ou malade (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1).

En effet, compte tenu de la jurisprudence rappelée sous consid. 3c précité, dans le cas d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, un lien de causalité naturelle doit être admis dès que l'événement accidentel est en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif pathologique antérieur n'exclut ainsi pas l'existence d'une telle lésion, dont l'art. 9 al. 2 OLAA permet précisément de n'avoir pas à distinguer, dans le cas de déchirure de tendons, entre origine traumatique ou morbide.

Ainsi, on ne saurait déduire des conclusions des Drs V._____ et Q._____ que les lésions du recourant étaient manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs à l'exclusion

de toute cause accidentelle, que ce soit pour la période ayant immédiatement suivi la chute ou celle postérieure au 3 mars 2010. Ces médecins admettent par ailleurs que les lésions à l'épaule droite ont été révélées par l'accident et le recourant, comme indice supplémentaire, n'a jamais ressenti avant l'événement du 9 novembre 2009 de douleurs quelconques à son épaule droite.

Les lésions à l'épaule droite ont donc été révélées par la chute et le rattrapage par un bras - le droit - du recourant qui tombait de tout son poids, de sorte que la question de savoir si ce dernier présentait ou non des affections dégénératives préexistantes à l'événement accidentel du 9 novembre 2009 peut rester ouverte. En effet, ce qui est déterminant selon la jurisprudence, c'est le fait que la lésion assimilée à un accident, in casu la déchirure du tendon du sus-épineux, a été provoquée, du moins partiellement, par un événement dommageable, soudain, involontaire et extérieur.

c) Dès lors, au vu des rapports médicaux figurant au dossier, il n'est pas démontré que les lésions de l'assuré à son épaule droite revêtent une origine exclusivement dégénérative ou malade. Les conclusions des Drs Q. _____ et V. _____, selon lesquelles les causes malades ont une importance prépondérante par rapport à une cause accidentelle dans l'origine des troubles dont souffre l'assuré, ne sont à ce sujet pas pertinentes. L'accident du 9 novembre 2009 a donc au moins en partie joué un rôle dans l'apparition de ces troubles.

5. Dès lors, il incombe à l'intimée, en tant qu'assureur-accidents du recourant, de prendre en charge les suites de l'événement du 9 novembre 2009 pour la période au-delà du 3 mars 2010. Partant, le recours est admis et la décision sur opposition rendue par l'intimée doit être réformée dans cette mesure.

Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise ni d'entendre des

témoins. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de mettre à charge de l'intimée. Cette indemnité recouvre entièrement celle d'office due à Me Jeton Kryeziu s'agissant de l'activité qu'il a déployée dans la présente cause, conformément à la liste d'opération transmise au tribunal. Il n'y a dès lors pas lieu de statuer sur l'indemnité due au titre de l'assistance judiciaire.

**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 29 septembre 2011 par F._____ SA est réformée, en ce sens que cet assureur doit prendre en charge les suites de l'événement du 9 novembre 2009 pour la période au-delà du 3 mars 2010.

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

IV. F._____ SA versera au recourant I._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne (pour I._____)
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour F._____ SA)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :