

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2012

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Röthenbacher et M. Gutmann, assesseur
Greffier : Mme Matile

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à Bussigny-près-Lausanne, recourant, représenté par CAP
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA; 4 LPGA; 98 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. H._____, né en 1953, a été engagé en 2005 par l'entreprise R._____ SA, à [...], tout d'abord en qualité de machiniste, puis de chef d'équipe. Il est assuré pour les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après: CNA).

Le 8 septembre 2009, au dépôt de l'entreprise, H._____ a glissé en voulant accrocher une roulotte à sa camionnette et s'est ainsi "violemment tapé l'épaule" gauche. Tout de suite après l'accident, H._____ a souffert d'importantes douleurs.

Le 9 septembre 2009, H._____ a consulté son médecin traitant, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, à Bussigny-près-Lausanne. Celui-ci a prescrit une physiothérapie en raison de fortes douleurs à l'épaule gauche. L'amélioration a été partielle.

Une déclaration d'accident-bagatelle LAA, faisant mention d'une contusion, a été établie le 14 septembre 2009.

Le Dr S._____ a ordonné une arthro-IRM de l'épaule gauche le 2 novembre 2009, pratiquée le lendemain. Cet examen a mis en évidence une tendinopathie de la portion verticale du long chef du biceps subluxé en dedans en association avec une désinsertion de la partie supérieure du sous-scapulaire ainsi que des signes de tendinopathie du sus-épineux sans déchirure associée. Il a également révélé un petit remaniement dégénératif acromio-claviculaire. L'aspect de la bourse sous-acromiale était en revanche normal.

Le 6 novembre 2009, le Dr S._____ a adressé H._____ à la Permanence K._____ à Lausanne et, le 13 novembre 2009, a délivré un

certificat médical en faveur de H._____, attestant d'une incapacité de travail pour accident à 100 % débutant le même jour.

Une seconde déclaration d'accident a été établie le 18 novembre 2009 faisant état de lésions ligamentaires à l'épaule gauche et d'une incapacité de travail probablement supérieure à un mois.

H._____ a consulté la Permanence K._____ le 16 novembre 2009, plus précisément la Drsse D._____. Celle-ci a retenu une douleur à la palpation de l'acromion, une flexion du bras plus ou moins douloureuse, un signe de Jobe (sus-épineux) positif et constaté que la rotation externe était très douloureuse et la rotation interne limitée. Elle a prescrit un traitement médicamenteux et physiothérapique à but antalgique.

En date du 1^{er} décembre 2009, H._____ a été reçu à la consultation du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, chef de clinique à la Permanence K._____. Ce praticien a retenu, après test des tendons de la coiffe de l'épaule gauche, un sus-épineux fortement douloureux avec force M3 dans sa partie antérieure, plus ou moins douloureux dans sa partie postérieure avec force à M4, un sous-épineux négatif avec force à M5, un sous-scapulaire positif dans son tiers supérieur avec force à M3, également douloureux dans ses 2/3 inférieurs avec force à M4. Quant au testing du long chef du biceps, il s'est révélé positif. L'acromio-claviculaire était négatif.

L'évolution des symptômes ne répondant pas à la physiothérapie et aux médicaments antalgiques, une intervention chirurgicale consistant en une suture des tendons de la coiffe et en une ténodèse du long chef du biceps sous arthroscopie a été pratiquée le 18 janvier 2010. L'opération, sans particularité, a par ailleurs permis d'objectiver les lésions décrites dans le diagnostic. L'hospitalisation de trois jours a été suivie de traitements médicamenteux et physiothérapique antalgiques. Dans son rapport médical intermédiaire du 18 janvier 2010, le Dr E._____ a évalué à environ six mois la durée du traitement et, en ce

qui concerne l'existence d'un dommage permanent, proposait d'attendre l'évolution post-opératoire.

A la consultation post-opératoire du 1^{er} mars 2010, le Dr E._____ a relevé chez H._____ quelques douleurs nocturnes, mais pas au repos, ainsi que des douleurs en essayant de soulever les bras activement. Dans son rapport intermédiaire du 23 mars 2010 à la CNA, il a estimé qu'aucun dommage permanent n'était à craindre, avis sur lequel il n'est pas revenu dans le cadre de ses rapports ultérieurs. Il a néanmoins précisé dans son rapport complémentaire du 23 avril 2010 que la durée de l'incapacité de travail était plus longue en raison de la capsulite mais que le pronostic était bon à 12-18 mois.

Le 17 mai 2010, H._____ a été examiné par le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA. L'examen a confirmé la diminution de la mobilité de l'épaule gauche et l'existence d'une capsulite rétractile après reconstruction de la coiffe des rotateurs et ténodèse du long-chef du biceps. Le Dr M._____ a estimé qu'une reprise du travail de H._____ à 100 % dans l'activité de machiniste n'était pas réaliste mais qu'une reprise du travail à 50% était possible dans la mesure où la fonction de chef d'équipe de l'intéressé induisait l'attribution d'un certain nombre de tâches administratives. Cette consultation a débouché sur une reprise du travail à 50 % dès le 26 mai 2010, après concertation avec le Dr E._____ et H._____.

A l'examen du 6 juillet 2010, le Dr E._____ a constaté que la limitation des rotations et les douleurs ressenties par H._____ à l'épaule gauche étaient dues à une capsule supérieure raide, en inférieur. Il a préconisé la poursuite du traitement par physiothérapie et la prolongation de l'arrêt de travail à 50%.

H._____ a été réexaminé par le Dr E._____ les 1^{er} octobre 2010 et 12 novembre 2010, puis le 18 janvier 2011. La continuation des gains d'amplitude et la diminution des douleurs ont permis une

augmentation du taux d'activité de H._____ à 75% dès le 4 octobre 2010 et une reprise du travail à 100 % dès le 16 janvier 2011.

Jusque-là, la CNA a pris en charge le cas, notamment le traitement médical utile et les indemnités journalières.

Entre-temps, soit le 30 mars 2010, la CNA a encore adressé à l'Office de l'assurance invalidité (ci-après: OAI) une communication de détections précoces pour adultes qui a débouché sur un courrier de l'OAI du 20 avril 2010 invitant H._____ à déposer une demande de prestations AI, d'une part, et sur des mesures d'intervention précoce sous forme de cours d'initiation à l'informatique, d'autre part.

Par projet de décision du 14 mars 2011 puis par décision du 9 mai 2011, l'OAI a refusé tout droit à des prestations AI à H._____.

B. Le 11 avril 2011, à [...], alors qu'il était occupé à poser de l'enrobé avec un râteau, H._____ a ressenti de violentes douleurs à l'épaule. Dans la déclaration de rechute adressée à la CNA le 11 mai 2011, il est mentionné en relation avec la description de l'accident que "l'accumulation de tous ces mouvements" a provoqué les violentes douleurs à l'épaule gauche, qualifiées d'inflammation.

H._____ a consulté le Dr E._____ le jour même et a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail de 30%. Dans le rapport médical pour rechute adressé le 9 juin 2011 à la CNA, le Dr E._____ a rapporté les indications du patient, soit une rechute due aux efforts répétitifs, un réveil des douleurs des deux épaules et des lombalgies avec symptômes pseudo-radiculaires jambes bilatéral. Il a constaté une bonne force et mobilité des épaules, a posé notamment les diagnostics de conflit sous-acromial des épaules bilatéral et de lombalgies, mentionné l'administration d'infiltrations sous-acromiales bilatérales et catalogué les lombalgies ainsi que les douleurs à l'épaule droite dans les suites de maladie.

Dans son rapport du 25 novembre 2011 à l'attention de l'assurance de protection juridique de H._____, le Dr E._____ a confirmé, en relation avec l'examen clinique du 11 avril 2011, que la mobilité était restée bonne et la force adéquate. Les doléances de H._____ quant à une augmentation des douleurs due aux travaux répétitifs faisant penser à une ré-inflammation sous-acromiale, le Dr E._____ avait alors prescrit une nouvelle série de neuf séances de physiothérapie et un traitement médicamenteux anti-inflammatoire, outre une infiltration sous-acromiale de l'épaule gauche avec des stéroïdes. Le soulagement provoqué par cette infiltration n'avait été que momentané. H._____ avait par ailleurs signalé un réveil des douleurs à l'épaule droite consécutif au ménagement de l'épaule gauche.

H._____ a repris une activité à 100% le 22 août 2011.

A partir du 30 septembre 2011, H._____ a été en arrêt de travail à 100% ensuite d'une infection consécutive à l'implantation d'une pompe contre les douleurs lombaires. Le Dr E._____ a relevé lors d'une consultation de contrôle du 18 novembre 2011 que les douleurs de l'épaule étaient toujours présentes.

Le rapport du 2 août 2011 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, fondé notamment sur le rapport du Dr E._____ du 9 juin 2011 mentionne ceci :

"Les diagnostics de conflit sous-acromial bilatéral et de lombalgies n'ont pas de relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 08.09.2009 qui avait alors entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. En effet, dans les suites de l'accident du 08.09.2009, le patient n'a pas présenté de symptomatologie en relation avec un conflit sous-acromial bilatéral, ni de symptomatologie lombaire aiguë, malgré le fait qu'avant cet accident, le patient souffrait déjà de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit et petite hernie discale connue."

Dans son rapport du 25 novembre 2011, le Dr E._____ a rejoint l'avis du Dr G._____ quant à l'absence de corrélation entre l'accident du 8 septembre 2009 et les douleurs à l'épaule droite ainsi que les lombalgies. En revanche, il a estimé que la causalité était beaucoup

plus complexe s'agissant de la symptomatologie de l'épaule gauche et a relevé ceci :

"Partant du fait que la lésion des tendons de la coiffe à gauche a été provoquée par l'accident du 8.9.2009, les douleurs ont mis du temps pour s'apaiser et devenir supportables. Un an après l'intervention le patient se disait avec peu ou pas de douleur, néanmoins il ressentait une gêne permanente. La réinflammation peut donc être une suite de la pathologie initiale. Il est connu que la récupération après suture des tendons de la coiffe peut durer un an et demi voire deux ans après l'intervention, cela expliquerait encore la fragilité de l'articulation avec ses tendons surtout exposé à un travail avec charges et des mouvements de rotation répétitifs. On peut dire dans la situation actuelle que la probabilité d'une corrélation est de 50/50.

Pour pouvoir objectiver la situation, je propose d'effectuer également une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans le cas où elle montre des lésions tendineuses équivalentes à celles de l'épaule gauche, il sera difficile d'argumenter en faveur de l'accident. Si on ne retrouve aucune atteinte tendineuse, on pourra plutôt croire que la problématique à gauche reste une conséquence, donc une suite, d'une rupture traumatique."

C. Par décision du 12 août 2011, la CNA a refusé la prise en charge des frais liés aux consultations intervenues dès avril 2011, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 8 septembre 2009 et les troubles des épaules annoncés en mai 2011.

H._____ a interjeté opposition le 16 août 2011.

Par décision sur opposition du 11 octobre 2011, la CNA a rejeté l'opposition de H._____ et l'a invité à s'annoncer à son assureur-maladie. La caisse, se fondant sur les diagnostics de la Permanence K._____ du 9 juin 2011 ainsi que sur le rapport subséquent du Dr G._____ du 2 août 2011, a considéré que H._____ n'apportait aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions émises en toute connaissance de cause par ce praticien et que force était ainsi de leur accorder entière valeur probante.

Par acte non daté et non motivé, posté le 10 novembre 2011 et reçu par le tribunal de céans le 11 novembre 2011, H._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 11 octobre 2011.

Par courrier, valant ordonnance, du 14 novembre 2011, le juge instructeur a imparti à H._____ un délai de dix jours en application de l'art. 61 let. b LPGA pour compléter son recours.

L'acte a été notifié le 18 novembre 2011. Représenté par la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après: CAP), H._____ a déposé un mémoire complémentaire le 28 novembre 2011. Il conclut avec suite de frais et dépens principalement à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens qu'il a droit aux prestations de la CNA pour les suites de la rechute de son accident du 8 septembre 2009 survenue le 12 avril 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée afin de compléter l'instruction et de procéder à une arthro-IRM de l'épaule droite. Se fondant sur le rapport du 25 novembre 2011 du Dr E._____, plus particulièrement sur la conclusion que l'accident de septembre 2009 jouait toujours un rôle dans la symptomatologie de l'épaule gauche même si des facteurs maladie ne pouvaient être exclus, le recourant considère que l'art. 36 al. 1 LAA trouve application et que le cas doit être pris en charge par la CNA. Subsidiairement et se référant toujours au rapport du Dr E._____ du 25 novembre 2011, le recourant conclut à une instruction complémentaire sous la forme d'une arthro-IRM de l'épaule droite afin de vérifier l'existence ou l'inexistence de lésions tendineuses équivalentes à celles de l'épaule gauche, un résultat positif permettant d'exclure d'argumenter en faveur de l'accident.

Par réponse du 27 février 2012, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, respectivement au rejet du recours dans la mesure où il était recevable et à la confirmation de sa décision sur opposition. Excluant préliminairement l'existence d'un accident à la date du 11 avril 2011, l'intimée a relevé que seule devait être examinée la qualification de rechute au sens de l'art. 11 OLAA et ce exclusivement pour les troubles apparus à l'épaule gauche le 11 avril 2011. L'intimée a observé que l'arthro-IRM du 3 novembre 2011 révélait déjà un "petit remaniement dégénératif acromio-claviculaire", que la bourse sous-acromiale étant par contre "d'aspect normal", que dans ses différents rapports, le Dr E._____ avait confirmé qu'aucun dommage permanent

n'était à craindre concernant l'épaule gauche de l'assuré, que ce même médecin avait attesté dans son rapport du 9 juin 2011 d'une incapacité de travail de son patient due aux "efforts répétitifs" et au "réveil des douleurs des deux épaules + lombalgies avec symptômes pseudo-radiculaires jambes bilat." et avait préconisé des "infiltrations sous-acromiales bilat.", soit des deux côtés, que selon rapport du Dr G. _____ du 2 août 2011, l'assuré "n'avait pas présenté de symptomatologie en relation avec un conflit sous-acromial bilatéral" et enfin que dans son rapport du 25 novembre 2011 à la CAP, le Dr E. _____ concédait que si "la réinflammation pouvait...être une suite de la pathologie initiale", aucune prééminence ne pouvait être donnée à cette thèse et que la probabilité n'était que de "50/50". Se fondant sur ces faits et citant l'ATF 129 V 177, consid. 3.1, l'intimée estime que l'exigence de la vraisemblance prépondérante n'est pas respectée dans le cas d'espèce et que le recourant échoue à démontrer une relation de causalité naturelle entre la rechute d'avril 2011 en tant qu'elle concerne les troubles de l'épaule gauche et l'événement de septembre 2009.

Dans ses déterminations du 16 avril 2012, le recourant a conclu à la recevabilité du recours, le délai de dix jours imparti par le président de céans par ordonnance du 14 novembre 2011 ayant été respecté, et a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA). L'art. 40 LPGA, qui prévoit qu'un délai légal ne peut pas être prolongé, s'efface devant la règle, impérative, de l'art. 61 let. b LPGA qui prévoit que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

En l'occurrence, H._____ a déposé son recours dans les trente jours qui ont suivi la décision sur opposition du 11 octobre 2011: celle-ci a en effet été reçue au plus tôt le 12 octobre 2011 et l'acte de recours, non daté, a été posté le 10 novembre 2011. Le délai de dix jours impartit par le juge instructeur en application de l'art. 61 let. b LPGA a au demeurant été respecté puisque le mémoire a été déposé le 28 novembre 2011, soit exactement dans les dix jours qui ont suivi la notification de l'ordonnance litigieuse, le 18 novembre 2011.

Cela étant, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1).

b) La question litigieuse est celle de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 11 octobre 2011, à refuser à H. _____ le droit à des prestations au-delà du 11 avril 2011.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés; l'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1).

L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans 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; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. L'art. 36 al. 1 LAA stipule à cet égard que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 129 V 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Selon l'art. 11 OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 IV 137, consid. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles

plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293, consid. 2c et les références; RAMA 1994 no U 206, p. 326, consid. 2).

Par ailleurs, si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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*) (cf. Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux

rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

5. Le recourant se fonde sur le rapport du 25 novembre 2011 du Dr E._____ pour soutenir l'existence d'une relation de causalité entre l'accident du 8 septembre 2009 à l'origine de la rupture de la coiffe du rotateur et les douleurs ressenties à l'épaule gauche le 11 avril 2011 même si d'autres facteurs, particulièrement la maladie, ne peuvent être exclus. Il considère qu'en l'espèce le cas doit être pris en charge par la CNA en application de l'art. 36 al. 1 LAA et que celle-ci doit verser les prestations auxquelles le recourant a droit du fait de la rechute de l'accident du 8 septembre 2009 survenue le 11 avril 2011.

L'intimée conteste que les troubles apparus le 11 avril 2011, soit exclusivement les troubles scapulaires gauches, puissent être qualifiés de rechute au sens de l'art. 11 OLAA. Elle considère que l'exigence de la vraisemblance prépondérante n'est pas respectée et que la démonstration n'est pas faite d'une relation de causalité naturelle entre la rechute d'avril 2011 et l'événement de septembre 2009.

A l'appui de leurs argumentations, les parties se fondent toutes deux sur le rapport du Dr E. _____ du 25 novembre 2011, dont elles interprètent toutefois différemment les conclusions, la CNA s'appuyant encore sur les constatations du 2 août 2011 de son médecin d'arrondissement, le Dr G. _____.

L'événement du 8 septembre 2009 est qualifié d'accident au contraire de celui du 11 avril 2011. Il convient donc de déterminer sur la base des rapports médicaux au dossier si les troubles de l'épaule gauche diagnostiqués à la date du 11 avril 2011 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 8 septembre 2009 et par conséquent assimilables à une rechute au sens de l'art. 11 OLAA.

La lecture de ces rapports ne permet cependant pas de résoudre la question litigieuse à satisfaction de droit. En effet, dans son rapport du 23 juin 2011, le Dr G. _____ se fonde essentiellement sur le caractère bilatéral des troubles scapulaires diagnostiqués le 11 avril 2011 pour exclure une relation de causalité avec l'accident du 8 septembre 2009. Il fait plus particulièrement valoir que dans les suites de l'accident du 8 septembre 2009, H. _____ n'a pas présenté de symptomatologie en relation avec un conflit sous-acromial bilatéral. Il exclut par ailleurs un lien de causalité entre l'accident du 8 septembre 2009 et les lombalgies diagnostiquées le 11 avril 2011, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. Le Dr G. _____ n'a pas personnellement examiné H. _____. Il s'est notamment fondé sur le rapport du Dr E. _____ du 9 juin 2011 pour aboutir aux conclusions précitées sans se prononcer sur le fait que le Dr E. _____ spécifiait, s'agissant de l'état général de H. _____, des suites de maladie en relation non seulement avec les lombalgies mais aussi avec l'épaule droite, ce qui laisse à supposer que les origines de la pathologie de l'épaule gauche pourraient être différentes de celle de l'épaule droite. Il ne pouvait par ailleurs connaître, en raison de leur postériorité, les précisions apportées par le Dr E. _____ dans son rapport du 25 novembre 2011, notamment l'existence d'une seule infiltration sous-acromiale et ce à l'épaule gauche alors que le rapport du 9 juin 2011 évoque des infiltrations sous-acromiales bilatérales. Cette

contradiction n'est certes pas imputable au Dr G._____. Il n'en demeure pas moins que son rapport n'est pas suffisamment circonstancié. Le Dr E._____ réserve quant à lui l'hypothèse que la réinflammation constatée le 11 avril 2011 puisse constituer une suite de la pathologie initiale, certes avec une probabilité de 50/50. Compte tenu de ce que la durée de récupération après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule peut aller de 18 à 24 mois après l'intervention, pratiquée en l'occurrence le 18 janvier 2010, les troubles apparus à l'épaule gauche le 11 avril 2011 pourraient cependant être encore en relation de causalité avec l'accident du 8 novembre 2009. A cela s'ajoute que le laps de temps écoulé entre la reprise complète de son activité professionnelle par H._____, soit le 16 janvier 2011, et l'événement du 11 avril 2011 est relativement court et n'entre en conséquence pas en contradiction flagrante avec l'hypothèse d'une rechute.

Cela étant, les éléments de preuve actuellement au dossier sont insuffisants pour trancher la question de la relation de causalité naturelle à l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante et seule une arthro-IRM de l'épaule droite comme préconisée par le Dr E._____ apportera les éléments médicaux autorisant une telle appréciation. En effet, si cet examen révèle des lésions tendineuses équivalentes à celles de l'épaule gauche, l'hypothèse d'une rechute pourrait être a priori exclue. Dans le cas contraire, l'hypothèse d'une rechute pourrait être envisagée et l'art. 36 al. 1 LAA pourrait trouver application.

En conséquence, l'intimée ne pouvait pas en l'état conclure à l'absence de lien de causalité entre l'accident du 8 novembre 2009 et les troubles diagnostiqués à l'épaule gauche le 11 avril 2011. Le recours, dans la mesure où il tend à l'annulation de la décision attaquée, s'avère ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD).

6. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

En l'occurrence, la décision de la CNA repose sur un dossier lacunaire et il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle procède à une instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une arthro-IRM de l'épaule droite.

7. Le recours doit dès lors être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire.

La procédure est gratuite (art. 45 LPA-VD et 61 let. a LPGA). Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 1'000 francs à la charge de la CNA.

**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 11 octobre 2011 est annulée et la cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à H._____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour H._____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :