

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Merz et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Crissier, recourant, représenté par Me Jean-Claude Perroud,
avocat à Lausanne,

et

T. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 LAA et 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 16 novembre 1960, est assuré auprès de T._____ SA (ci-après: T._____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels en qualité de coiffeur indépendant possédant le salon Q._____, à Lausanne. Par déclaration de sinistre LAA du 28 janvier 2010, l'assuré a annoncé s'être blessé le 23 janvier 2010, lors d'une chute à ski, à l'épaule droite et au pouce gauche.

Dans un rapport médical LAA du 1^{er} février 2010, le Dr R._____, médecin interne FMH, a posé le diagnostic de "probable rupture partielle coiffe rotateurs D et entorse MCP I G" et a attesté une incapacité de travail à 100 % du 25 janvier 2010 au 31 janvier 2010. Le traitement a consisté en de la physiothérapie et une attelle pour le pouce.

Des radiographies réalisées le 24 janvier 2010 ont démontré une sclérose du trochiter, une hétérogénéité de la tête humérale et un léger pincement sous-acromial.

Une IRM de l'épaule droite réalisée le 12 avril 2010 a confirmé une déchirure complète du tendon sus-épineux avec rétraction de 2,5 cm et atrophie de stade II sans infiltration adipeuse; une arthropathie acromio-claviculaire discrète sans ostéophytose inférieure; une déchirure complète du tendon sous-épineux avec discrète atrophie; une suspicion de déchirure partielle de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire; une tendinopathie du long chef du biceps en amont de la poulie; un acromion légèrement plongeant de type II.

Par courrier du 26 avril 2010, l'assuré a informé T._____ qu'une opération était agendée au 20 mai 2010 à la Clinique [...].

Par courrier du 30 avril 2010, T._____ n'a pas accordé sa garantie de prise en charge pour cette hospitalisation.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 7 mai 2010, le Dr V._____, chirurgien orthopédiste FMH, a notamment indiqué, après avoir posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, une mobilité complète de l'épaule en flexion/extension mais une rotation limitée à 40-0-20 en rotation externe/interne en abduction, un test de Jobe et O'Brien positif. Il précisait qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas.

Selon le protocole opératoire du 20 mai 2010, l'intervention avait consisté en une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation de la coiffe des rotateurs et ténodèse du long chef du biceps. Au cours de l'intervention, le Dr V._____ a noté que le sus-épineux était rétracté et impossible à mobiliser et que le sous-épineux était également très rétracté postérieurement mobilisable sur 2 cm en avant.

Après examen du dossier, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, a, par mémos des 21 mai 2010 et 1^{er} juin 2010, considéré:

- que l'état de santé tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, a été atteint au plus tard le 1^{er} mars 2010, soit à la date de la dernière consultation chez le Dr R._____;
- que le lien de causalité naturelle de l'opération avec l'accident n'est que possible, car les lésions du sus-épineux visibles à l'IRM sont anciennes;
- qu'il y a déjà une rétraction avec atrophie graisseuse;
- que ces lésions ne peuvent pas survenir aussi rapidement;
- qu'il s'agit donc d'une aggravation passagère d'un état préexistant;

- que le sous-épineux présente aussi une atrophie musculaire, même si elle est moins marquée;

- que cela va donc dans le sens d'un processus chronique qui est une perte de substance dégénérative qui augmente petit à petit.

B. Par décision du 24 juin 2010, T._____ a, sur la base de l'appréciation médicale de son médecin-conseil, mis un terme aux prestations LAA au 2 mars 2010.

Par courrier recommandé du 6 juillet 2010, A._____ a formé opposition en invoquant en particulier que l'intervention chirurgicale faisait bien suite à l'accident car le médecin n'est pas intervenu sur la lésion antérieure du sous-épineux. Il précise en outre qu'avant l'accident il n'avait jamais été gêné ou empêché de travailler en raison de douleurs à l'épaule.

T._____ a mandaté le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en qualité d'expert médical à charge pour lui d'établir en particulier si l'état de santé actuel était dû à l'accident ou à des facteurs étrangers à l'accident.

Par attestation médicale du 21 octobre 2010, le Dr R._____ a indiqué que lors de la première consultation il n'y avait pas eu de douleur immédiate et que dès le début le patient se trouvait dans l'impossibilité d'effectuer une antépulsion du bras droit. Le patient a été revu à une semaine: son épaule allait beaucoup mieux et la mobilité était bien meilleure, au status l'abduction et l'antépulsion étaient à 160, le jobe négatif et le signe du clairon négatif. Seule était notée une diminution de la force en rotation externe.

Dans son rapport d'expertise du 9 décembre 2010, le Dr M._____ a considéré ce qui suit:

"[...]"

Anamnèse actuelle (selon les dires de l'assuré)

Le 23 janvier 2010, alors qu'il skiait aux Diablerets, dans un virage il glisse et tombe. Se réceptionne sur l'épaule droite et se fait aussi un peu mal au pouce gauche. Il ne déclare pas vraiment de douleurs mais des difficultés à bouger le bras droit. Il consulte le lendemain dimanche à la permanence de [...]. Il est vu par le Dr. R. _____ qui l'examine, pratique un bilan radiologique qui ne met pas en évidence de fractures, et il propose de le revoir dans une semaine. Mise à l'incapacité de travail et anti-inflammatoires. Récupération progressive de la mobilité, mais persistance des douleurs. Il peut toutefois reprendre le travail à 50% après une semaine. Introduction alors de physiothérapie trois fois par semaine, plus du Dafalgan. Il va faire neuf séances de physiothérapie sur trois mois. Persistance de douleurs mécaniques et nocturnes.

Comme l'évolution est moyenne, va alors consulter le Dr. V. _____. Un examen par IRM est pratiqué le 12 avril 2010, soit dix semaines après l'événement. Mise en évidence d'une rupture complète du sus-épineux droit rétractée, une atrophie stade II du corps musculaire, une rupture partielle du sous-épineux sans rétraction avec une discrète atrophie du chef musculaire. Pas de lésion du sous-scapulaire. Irritation du long chef du biceps.

Une indication opératoire est posée par le Dr. V. _____, intervention pratiquée le 20.05.2010 à la Clinique [...]. Une arthroscopie, puis une arthrotomie est pratiquée avec acromioplastie. Mise en évidence d'un tendon du sus-épineux rétracté à la glène impossible à mobiliser, un tendon du sous-épineux également très rétracté postérieurement, qu'on peut mobiliser un peu en avant. Ténotomie et ténodèse du biceps dans la gouttière.

Rééducation en passif durant un mois, puis rééducation en actif assisté progressivement, à sec et en piscine. A trois mois, reprise du travail récupération d'une mobilité presque complète avec persistance d'un manque de force. Reprise alors progressive du travail à 25% à partir du 24.08.10, puis augmentation progressive jusqu'à 75% en date de l'expertise. Il est prévu une reprise à 100% à partir du 1^{er} décembre 2010. Il a été revu il y a quelques semaines par le Dr. V. _____ qui a déclaré le cas comme terminé. Il n'est pas prévu qu'il le revoie en particulier après la reprise à plein temps. Il n'a pas d'autres rendez-vous chez son médecin traitant.

Plaintes lors de la consultation (selon les dires de l'assuré)

Il présente actuellement les douleurs qu'il présentait avant l'intervention, il a récupéré une mobilité complète, il manque encore de la force, et se dit globalement satisfait. A encore quatre séances de physiothérapie, fait lui-même de l'élastique à domicile et va commencer un peu de natation dans un fitness.

[...]

Appréciation du cas et diagnostics

Il s'agit d'un homme de 50 ans en date de l'expertise présentant des antécédents de cardiopathie ischémique traitée par Stent, de coxarthrose gauche sur dysplasie pour laquelle un resurfaçage a été effectué à Morges en 2007. Anamnèse de dysplasie de hanches dans la famille maternelle et de rupture spontanée du long chef du biceps chez le frère.

Pas d'antécédent de douleurs aux deux épaules, pratique régulièrement des activités sportives de loisirs, plus particulièrement des sports d'endurance depuis la mise en évidence de ses problèmes cardiaques en 2004.

Chute sur l'épaule droite à ski à vitesse moyenne le 23 janvier 2010. Il n'a pas vraiment de douleurs à l'épaule droite, mais une difficulté à lever son épaule et douleurs modérées à son pouce gauche. Il consulte le lendemain à la permanence à [...] où il est constaté dans un premier temps une impossibilité de mobiliser le bras droit particulièrement en antépulsion. Le traitement est conservateur.

L'anamnèse diverge un peu entre la version donnée par l'assuré et l'attestation médicale du Dr. R. _____, puisque le patient dit ne pas avoir récupéré la mobilité de son épaule droite, alors que le Dr. R. _____ déclare clairement qu'à une semaine l'épaule va beaucoup mieux, la mobilité est meilleure puisque l'abduction et l'antépulsion sont à 160° et le Jobe est négatif de même que le signe du clairon. Il persiste toutefois un déficit de force en rotation externe.

Le patient lui déclare d'emblée qu'il avait de la peine à lever son coude à l'horizontale, mais après lui avoir fait remarquer les notes du Dr. R. _____, il reconnaît qu'en fait il bougeait mieux, qu'il s'était en fait rapidement amélioré retrouvant une mobilité complète, mais que secondairement après quatre à six semaines, sont réapparues des douleurs et une gêne fonctionnelle plus importantes. Il avait repris son travail une semaine après l'accident à 50%.

Toujours selon le Dr. R. _____ l'évolution était satisfaisante, raison pour laquelle il n'y a pas eu d'IRM d'emblée mais seulement un peu de physiothérapie. L'IRM a été pratiquée le 12 avril 2010 soit à dix semaines de l'accident, mettant en évidence une rupture complète du sus-épineux rétractée à la glène avec atrophie du corps musculaire et tendinopathie du long chef du biceps.

Ces éléments, soit une chute, l'impotence fonctionnelle de quelques jours, avec récupération rapidement d'une mobilité complète, de la diminution de la douleur et selon le médecin traitant un Jobe négatif, permettent de dire que la lésion du sus-épineux n'a pu être faite lors de la chute du 23 janvier 2010. En effet une rupture complète du sus-épineux traumatique rend impossible une élévation complète avec un Jobe très positif à une semaine de l'événement. Il existe lors d'un arrachement traumatique complet du sus-épineux, une impotence fonctionnelle qui empêche la récupération de la fonction. Cette impotence perdure, jusqu'à plus d'un mois, les patients consultant alors en disant qu'ils ne peuvent toujours pas lever leur bras, ce qui n'a pas du tout été le cas chez Monsieur A. _____, puisqu'objectivement selon le Dr. R. _____ il existait seulement une diminution de la force en rotation externe à une semaine.

Le bilan par IRM à près de trois mois qui montre un tendon du sus-épineux rétracté, confirme ceci dans le sens d'une lésion ancienne, rétractée à la glène avec atrophie du corps musculaire, à laquelle Monsieur A. _____ s'était adapté.

Il s'agit donc clairement d'une lésion ancienne, qui touchait également le sous-épineux et le long chef du biceps. Il est intéressant de noter qu'il n'y a pas eu d'hématome constaté et visualisé à l'épaule droite, contrairement au pouce gauche, malgré

le fait que le patient soit sous Aspirine cardio. L'assuré ne m'a pratiquement pas parlé de son pouce gauche qui a subi une entorse simple d'évolution simple.

Sur le plan étiologique, j'aimerais relever que la profession de coiffeur, profession qui nécessite une élévation relativement constante des épaules, est un facteur de risque pour les lésions de la coiffe des rotateurs. Il est également intéressant de noter l'anamnèse d'arthrose familiale, l'anamnèse familiale de lésions de la coiffe, puisqu'il déclare une rupture spontanée du long chef du biceps chez son frère.

La chute du 23 janvier 2010 a entraîné une contusion de l'épaule droite, révélé une pathologie sous-jacente asymptomatique, mais n'a pas été le facteur étiologique causal des lésions mises en évidence.

Il présente clairement également du côté gauche des signes identiques, avec à la fois une sclérose du trochiter et sous-acromiale, l'ensemble signant clairement radiologiquement un conflit sous-acromial.

En conséquence, je retiendrais donc les diagnostics suivants:

- Contusion de l'épaule droite avec statu quo sine trois mois plus tard.
- Entorse bénigne du pouce gauche.
- Ancienne rupture dégénérative du sus-épineux droit rétractée, avec amyotrophie et rupture sans rétraction du sous-scapulaire et tendinopathie du long chef du biceps.
- Arthroplastie totale hanche gauche pour coxarthrose gauche sur dysplasie.
- Cardiopathie ischémique traitée.
- Hypercholestérolémie traitée.

[...]

Question 5: Question relative à la causalité.

Question 5.1: L'état de santé actuel est-il dû à l'accident (=50% ou plus), pour quelles raisons? Sinon quels sont les autres facteurs intervenant dans l'évoluant qui jouent un rôle prépondérant? Quelle est leur importance?

La mise en évidence de la rupture étendue de la coiffe des rotateurs, confirmée à l'arthroscopie avec mise en évidence d'une tête chauve n'est de causalité que possible avec l'événement du 23 janvier 2010, c.f. appréciation du cas.

Question 5.2: Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies; maladies concomitantes, etc.) lesquels?

Lésion dégénérative idiopathique du sus et du sous-épineux droit favorisée chez Monsieur A. _____ par son activité professionnelle de coiffeur qui entraîne une position de conflit sous-acromial chronique, entraînant des lésions de la coiffe.

Il a donc présenté une contusion de l'épaule droite et une entorse bénigne du pouce gauche avec un statu quo sine trois mois plus tard, soit fin avril 2010.

Question 6: Questions relatives à la capacité de travail? Dans la mesure du possible veuillez répondre en tenant compte de toutes les limitations dues à l'état de santé et le cas échéant en prenant en considération uniquement les limitations dues à l'accident (réf. 5.1 et 5.2).

6.1: Comment appréciez-vous la capacité de travail?

En date de l'expertise, la capacité de travail est totale vis-à-vis des suites de l'événement du 23.01.2010, au vu d'un statu quo sine fixé à fin avril 2010.

Question 6.2: Quelles sont concrètement les restrictions et les capacités physiques et intellectuelles exigibles? Dans l'ancienne activité professionnelle en tant que coiffeur? Dans une autre activité exigible?

N'a pas de sens au vu des réponses aux questions précédentes.

Question 7 : Traitement médical?

Question 7.1 : L'état de santé est-il actuellement stabilisé?

Vis-à-vis des suites de l'événement du 23.01.10 il n'y a plus de traitement médical compte tenu d'un statu quo sine fixé à fin avril 2010."

C. Par décision sur opposition du 9 février 2011, T._____ a admis partiellement l'opposition de l'assuré en ce sens que la prise en charge des prestations légales était prolongée au 30 avril 2010.

Le 22 février 2011, le Dr V._____ a adressé au conseil de l'assuré un rapport médical, dont il ressort ce qui suit:

"[1. Est-il possible que M. A._____ ait vécu auparavant avec une rupture du sus-épineux sans jamais se plaindre de douleurs ni de difficultés de mouvements?]

Oui, il est possible qu'en présence d'une lésion du sus-épineux, malgré une demande fonctionnelle élevée, le patient ait pu fonctionner avec une épaule sans pratiquement se plaindre de douleurs et de gênes fonctionnels.

[2. En admettant une lésion préexistante, quelle en serait la cause la plus probable (maladie ou accident)?]

Si une telle lésion était une lésion de surcharge, il s'agit d'une lésion occasionnée par des micro-traumatismes répétés qui s'assimileraient à une maladie voire à une maladie professionnelle dans ce cas.

[3. D'après le Dr M._____, une rupture du sus-épineux implique une impotence fonctionnelle qui perdure et qui empêche généralement le bras. Comment se fait-il dans ce cas que M. A._____ ait été en mesure d'exercer sa profession à 100 % pendant des années sans jamais se plaindre de douleurs et de difficultés de mouvements?]

Une lésion isolée du tendon du sus-épineux peut être compensée par l'intégrité du tendon de la coiffe avoisinante et en particulier si la portion supérieure du tendon du sous-scapulaire et du sous-épineux sont intacts. En effet, l'intégrité de la portion supérieure de ces deux tendons permet à la tête humérale de passer sous le toit de l'épaule (acromion) sans forcément entraîner de conflit avec ce dernier.

[4. L'opération du 20 mai 2010 a-t-elle porté sur la partie de l'épaule supposée antérieurement fragilisée ou sur la partie de l'épaule accidentée?]

L'opération a porté sur les deux, mais en premier sur la partie accidentée.

[5. D'après vous, peut-on vraiment parler de statu quo sine au 1^{er} mars 2010, alors que le patient ne s'était jamais plaint de douleurs ni de difficultés de mouvements auparavant? En d'autres termes, peut-on raisonnablement considérer que l'état de l'épaule du patient dès le mois de mars 2010 est la conséquence d'une lésion ou d'un état qui existait avant l'accident? Si oui, comment expliquer que le patient n'en ait pas souffert auparavant, au point qu'il pouvait travailler normalement, et qu'en revanche, il en a souffert ultérieurement (postérieurement à la chute à ski) au point qu'il ait été indispensable de l'opérer?]

Non, il faut admettre que l'accident a été le déclencheur d'une impotence fonctionnelle accompagnée de douleurs rendant l'épaule invalide et occasionnant une perte de fonction équivalente à une incapacité de travail dans le cas de M. A. _____. Le patient exprime de manière tout à fait claire les circonstances précises qui ont amené à cette impotence fonctionnelle en l'occurrence l'accident de ski du 1^{er} mars 2010 [recte: 23 janvier 2010]. En corollaire, l'indication à l'intervention chirurgicale de l'épaule droite est en lien de causalité à 100 % par rapport à l'accident.

[6. Selon vous, la lésion est-elle assimilable à un accident au sens de l'article 9 OLAA?]

Oui, il s'agit d'un événement traumatique tout à fait clair survenu dans des circonstances parfaitement adéquates pouvant entraîner les lésions ayant été constatées, l'impotence fonctionnelle et les douleurs qui en ont résulté.

[7. Enfin, quelle est selon vous la cause la plus probable de la rupture du sus-épineux?]

Il s'agit de micro-traumatismes répétés qui ont généré progressivement une déchirure de ce tendon dans le cadre de l'activité professionnelle exercée par le patient. Je n'ai pas fait de recherches particulières et n'ai pas d'argument pour parler de cette affection comme une maladie professionnelle, il convient peut-être de faire des recherches dans ce sens."

Après nouvel examen par le médecin-conseil, ce dernier a, par mémo du 07.03.2011, déclaré que l'IRM montrait une rétractation avec atrophie musculaire associée. Il maintenait que l'accident ne pouvait être à l'origine de la lésion du sus-épineux et du sous-épineux et qu'il s'agissait au contraire clairement d'une délamination progressive au long cours.

Par courriel du 17 mars 2011, Me Perroud a transmis à T._____ une copie du courriel du Dr V._____ du même jour et par lequel ce dernier rappelait qu'avant la chute à ski l'assuré ne présentait pas de douleurs et pouvait exercer une activité professionnelle très exigeante pour l'épaule droite.

D. A._____ a recouru le 14 mars 2011 concluant, avec dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que les traitements intervenus après le 30 avril 2010 sont à la charge de l'assurance-accidents T._____, de même que la perte de gain (indemnités journalières) jusqu'à la reprise complète du travail le 1^{er} décembre 2010 avec intérêts moratoires. Il soutient, sur la base du rapport du Dr V._____, que le lien de causalité entre l'accident et la rupture de la coiffe des rotateurs est évident, subsidiairement, que l'on se trouve dans le cas de figure de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202), et, plus subsidiairement, en admettant une lésion préexistante due à des micro-traumatismes répétés ayant généré progressivement une déchirure du tendon dans le cadre d'une activité professionnelle, que l'on se trouve dans une situation de maladie professionnelle.

Dans sa réponse du 14 avril 2011, T._____ a conclu, avec dépens, au rejet du recours. Elle précise s'opposer à la mise en œuvre d'une contre-expertise étant posé que l'expertise du Dr M._____ a pleine valeur probante. L'intimée maintient, sur la base de l'expertise précitée ainsi que selon l'avis de son médecin-conseil, que la chute du 23 janvier 2010 a uniquement entraîné une contusion à l'épaule droite, de sorte que la relation de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles est tout au plus possible postérieurement au 30 avril 2010.

Par réplique du 13 octobre 2011, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise et à la tenue d'une audience.

Par duplique du 23 novembre 2011, la caisse a déclaré qu'une expertise comme la tenue d'une audience n'étaient pas nécessaire.

Par déterminations du 2 juillet 2012, le recourant a fait valoir en s'appuyant sur un rapport du Dr V._____ que si la rupture du sus-épineux semble effectivement être antérieure à l'accident de ski, il en va différemment de la lésion du sous-épineux et de la déchirure de la portion intra-articulaire du tendon du biceps, lesquelles sont bel et bien imputables à l'accident.

Le 4 juillet 2012, l'intimée a produit un rapport du Dr N._____ du 3 juillet 2012, dont il ressort en substance ce qui suit:

"La lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs est une atteinte diffuse des tendons. Ces derniers se rejoignant en un filet par-dessus l'os et il n'est pas possible de les individualiser précisément. En conséquence une atteinte dégénérative du sus-épineux implique aussi des lésions environnantes des autres tendons. Il n'est donc pas surprenant que le sous-épineux soit aussi touché dans sa portion supérieure. Mais comme l'a mentionné le Dr M._____, expert mandaté, le chef musculaire supérieur de ce tendon était aussi atrophique à l'IRM. Ceci implique en conséquence que la lésion doit avoir aussi un certain âge, car l'atrophie n'est pas visible après quelques semaines seulement.

Pour l'atteinte du long chef du biceps, je tiens à préciser que Maître Perroud n'a pas compris ce qui a été fait à l'opération. Le Dr V._____ n'a pas réparé ce tendon. Il a dû le sectionner et l'a rattaché plus bas sur l'os. Ce genre de traitement est effectué lorsque le tendon est de consistance inhomogène. Il ne s'agit donc pas d'une lésion franche, mais également chronique, vu le rapport de l'IRM qui parle de tendinopathie. Ceci n'est pas surprenant puisque ce patient exerce la profession de coiffeur. Cette activité nécessite un travail en suspension des bras, connu pour être délétère au niveau de la coiffe des rotateurs et en particulier pour le biceps.

En conclusion, le Dr V._____ n'oppose aucun argument objectif à l'expertise du Dr M._____. Sa seule réponse est d'essayer de prouver qu'une atteinte multiple des tendons de la coiffe des rotateurs est forcément au moins partiellement accidentelle. Malheureusement pour lui, l'atteinte qu'il décrit est justement multiple parce qu'elle est dégénérative et non traumatique.

Finalement le chirurgien orthopédiste traitant utilise l'argument classique « post-hoc ergo propter hoc », soit pas de symptomatologie avant l'accident. De plus il en rajoute après ce dernier, puisqu'il n'est pas vrai que le patient a été dans l'impossibilité d'exercer son métier. Les documents attestent une

reprise du travail à 50% rapidement, puisqu'elle a eu lieu une semaine après l'événement. Il en est de même pour la mobilité, puisque le Dr R. _____ mentionne, qu'à une semaine, il existait seulement une diminution de la force en rotation externe. Il ne reste donc que l'argument «douleur», dont la subjectivité ne permet pas, à lui seul, de retenir une causalité naturelle."

Une audience d'instruction a été tenue le 5 juillet 2012 à laquelle le recourant a participé. La cause a alors été suspendue afin de permettre aux parties de trouver une solution transactionnelle au litige qui les divise.

Les pourparlers transactionnels n'ayant pas abouti, la cause a été reprise le 3 mai 2013.

Par courrier du 13 juin 2013, l'intimée a indiqué qu'en cas de tenue d'une nouvelle audience et compte tenu de la demande d'audition du Dr V. _____, elle s'y présenterait accompagnée de son médecin-conseil, le Dr N. _____.

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 et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations légales de l'assurance-accidents à la suite de l'événement survenu le 23 janvier 2010, ceci pour la période postérieure au 30 avril 2010, date à laquelle T._____ a considéré que le statu quo sine avait été retrouvé.

La chute à ski du 23 janvier 2010 a été reconnue comme un accident au sens de l'art. 4 LPG. A cet égard, on rappellera que la jurisprudence relative aux lésions assimilées est d'autant plus applicable lorsque le caractère extraordinaire, donc l'accident, est reconnu, ce qui est le cas en l'occurrence. En effet, les règles énumérées pour les lésions assimilées 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. 4 LPG. 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 (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2)

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG; ATF 127 V 466 consid. 1).

Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte: 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. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. Vol. XIV [Meyer, édit.], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n°79 p. 865). En cas d'état maladif antérieur, 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 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; RAMA 1992 n°U 142 p.75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs:

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe 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, au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. A défaut, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une

lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. arrêt U 220/2002 du 6 août 2003, consid. 2). Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites.

4. Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher le point litigieux. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; RAMA 2000 n°KV 124 p. 214 consid. 3a). Le juge tiendra compte du fait que, selon l'expérience générale, l'avis du médecin de famille ou du médecin traitant est, dans le doute, plutôt favorable au patient, vu les liens de confiance de droit contractuel (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Selon une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 161 consid. 1c et les références).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

5. Le recourant fonde principalement son argumentation sur l'avis médical du 22 février 2011 du Dr V._____ en retenant en particulier sa réponse à la question cinq, à savoir que l'indication de l'intervention chirurgicale serait en lien de causalité à 100 % par rapport à l'accident. Dans ce même courrier, à la question sept: «quelle est selon vous la cause la plus probable de la rupture du sus-épineux», le Dr V._____ répond également qu'«il s'agit de microtraumatismes répétés qui ont généré progressivement une déchirure de ce tendon dans le cadre de l'activité professionnelle exercée par le patient». Il indique en outre qu'il est possible qu'en présence d'une lésion du sus-épineux, malgré une demande fonctionnelle élevée, le patient ait pu fonctionner avec une épaule sans pratiquement se plaindre de douleurs et de gênes fonctionnelles. Selon le médecin-conseil de l'intimée et l'expert mandaté par l'assureur-accidents, la chute n'a provoqué qu'une contusion de l'épaule droite avec statu quo sine trois mois plus tard. Les lésions de la coiffe, alors asymptomatiques, étaient antérieures à l'événement.

Tant l'IRM réalisée le 12 avril 2010 que les conclusions du protocole opératoire du 20 mai 2010 apportent la preuve que les lésions étaient anciennes et dégénératives. Toutefois, la présence de troubles préexistants ne suffit pas pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement en cause et le dommage. Ce qui est décisif c'est que les troubles qui ont nécessité cette opération ont été déclenchés par cet événement ou pas et que, en cas d'état maladif antérieur, les obligations de l'assureur-accidents prennent fin lorsqu'il apparaît que l'atteinte à la santé n'est plus imputable à l'événement, en particulier que cet état est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait sans doute atteint sans l'accident.

Sur le vu des pièces médicales au dossier, il est incontestable que l'événement en question a déclenché chez l'assuré une symptomatologie douloureuse et qu'il a consulté immédiatement le Dr

R._____. A cet égard, comme le précise les Drs V._____ et M._____, l'accident a été le déclencheur d'une impotence fonctionnelle et de douleurs. Cette impotence fonctionnelle n'a été que de courte durée et la douleur a également diminué dans un premier temps, elles ont toutefois persisté, malgré une récupération progressive de la mobilité, ce qui a poussé l'assuré à consulter le Dr V._____ après quatre ou six semaines.

L'événement a eu pour conséquence une aggravation des lésions préexistantes de la coiffe des rotateurs. C'est dès lors à bon droit que l'intimée a retenu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement et l'aggravation de ces troubles. Les Drs M._____ et N._____ ont toutefois attesté un probable retour à un statu quo sine au 30 avril 2010, soit après l'annonce par le recourant de la nécessité d'une opération prévue le 20 mai 2010, au motif que les lésions tendineuses subies par celui-ci sont vraisemblablement d'origine dégénérative.

En définitive, la question n'est pas tant de savoir si les lésions de la coiffe sont en rapport de causalité possible ou probable avec l'événement accidentel, mais si elles revêtent, selon la jurisprudence sur les lésions assimilées à un accident, une origine exclusivement dégénérative et ce à partir de quand. En effet, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative (ce qui n'est en définitive contesté par aucun médecin en l'occurrence) - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste.

Or, le fait que le médecin-conseil de l'intimée et l'expert concluent que les atteintes de la coiffe des rotateurs ne sont le 30 avril 2010 dans un lien de causalité que possible avec l'événement du 23 janvier 2010 ne signifie pas, à l'évidence, que le caractère exclusivement maladif de l'atteinte à la santé est manifeste le 30 avril 2010, au contraire, cela signifie que l'événement du 23 janvier 2010 constitue une cause partielle possible de ces lésions. Or, 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, applicable en l'occurrence, impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Il s'agit d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste prévue par 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 (cf. ATF 129 V 466).

6. Concluant au surplus à l'allocation d'intérêts sur les arrérages relatifs aux indemnités journalières pour la période postérieure à l'opération jusqu'à la reprise complète du travail le 1^{er} décembre 2010, le recourant y a droit aux conditions de l'art. 26 LPGA. L'intimée, à laquelle la cause est renvoyée sur ce point, procédera au calcul de ces intérêts.

Des considérants qui précèdent, il résulte que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 23 janvier 2010 au-delà du 30 avril 2010, à savoir la prise en charge des traitements intervenus après le 30 avril 2010, de même que la perte de gain (indemnités journalières) jusqu'à la reprise complète du travail le 1^{er} décembre 2010.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens, dont il y a lieu d'arrêter le montant à 2'500 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD), laquelle n'a pas à supporter les frais de la procédure (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 9 février 2011 est réformée en ce sens que T._____ SA doit verser à A._____ des prestations d'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 23 janvier 2010 au-delà du 30 avril 2010.

- III.** T._____ SA versera à A._____ des intérêts sur les arrérages relatifs aux indemnités journalières conformément à l'art. 26 LPGA.

- IV.** T._____ SA versera à A._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- V.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Claude Perroud (pour A. _____),
- T. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :