

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} octobre 2009

Présidence de Mme T H A L M A N N
Juges : MM. de Goumoëns et Bonard, assesseurs
Greffière : Mme Trachsel

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Salvi/Lecce (I), recourant, représenté par Me Olivier Carré,
avocat à Lausanne,

et

LA CAISSE B._____, (ci-après : la caisse), à Lausanne, intimée.

E n f a i t :

A. C._____, né le 20 juin 1948, travaillait comme maître de dessin auprès de l'Etablissement secondaire [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la caisse.

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 8 octobre 2002, l'assuré est tombé le 12 septembre 2002 en essayant de fermer une fenêtre sur son lieu de travail. Il a été blessé aux bras, genou et hanche droits et a subi des contusions et déchirure du muscle du bras. Il s'est rendu à l'Hôpital M._____.

Il résulte d'une fiche d'entretien téléphonique entre l'assuré et la caisse que celui-ci a expliqué qu'en voulant fermer une fenêtre se trouvant à 3,5 m du sol, il avait glissé et chuté sur le côté droit. Après cette chute, il avait consulté l'Hôpital M._____ le jour même. Des radiographies du coude droit ainsi que du genou droit ont été réalisées, lesquelles ne montraient aucune fracture. L'intéressé a ensuite consulté un ostéopathe. Etant donné que les douleurs au niveau de son épaule et de son bras droits ne passaient pas, il a pris rendez-vous chez le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui lui a dit qu'il avait une lésion au niveau de la coiffe de l'épaule droite, ainsi qu'une section du biceps droit, et qu'une opération était nécessaire.

Le 23 octobre 2002, le Dr V._____ a fait procéder à des radiographies de l'épaule droite de face en rotation interne et externe et à une arthro-IRM de cette même épaule. Le Dr P._____, radiologue FMH, a mis en évidence une rupture complète du tendon du long chef du biceps sans résidus visibles au niveau de l'articulation, un conflit acromio-huméral favorisé par une inclinaison positive de l'acromion avec tendinopathie diffuse du sus-épineux et moins prononcée du sous-épineux, un aspect aminci du sous-scapulaire, ainsi qu'une déformation et arthrose

secondaire de la glène d'allure post-traumatique. Le radiologue a précisé en outre que l'intéressé avait subi une lésion par étirement de l'épaule en se rattrapant lors d'une chute, le 12 septembre 2002, et que quelques temps plus tard, suite à un effort, il avait ressenti une vive douleur due à une rétraction du biceps.

Il ressort du protocole opératoire établi par le Dr V._____, qui a opéré l'intéressé en date du 5 novembre 2002, que celui-ci a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec régularisation du bourrelet antérieur et ablation des restes du tendon du long chef du biceps, une suture et réinsertion osseuse des tendons du sus-épineux et du sous-épineux, une ténodèse sur l'humérus du reste du tendon du long chef du biceps et une acromioplastie. Le diagnostic posé par ce praticien était le suivant : déchirure et désinsertion des tendons du sus-épineux et du sous-épineux de l'épaule droite; rupture complète du tendon du long chef du biceps droit; conflit acromio-huméral avec aspect aminci du tendon du sous-scapulaire; lésion du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur avec moignon libre intra-articulaire des restes du tendon du biceps.

Un rapport médical initial du 6 mars 2003 établi par le Dr V._____ indique sous la rubrique « Indication du patient » : « Chute d'une fenêtre sur l'épaule droite. Depuis, douleurs de l'épaule avec déficit de mobilité ». Il précise en outre que l'intéressé a pu reprendre son travail en plein, dès le 3 mars 2003.

Le Dr D._____, chirurgien orthopédiste FMH et médecin-conseil de la caisse, a examiné l'assuré le 26 mars 2003. Sous le titre « déclaration du patient », il indique notamment ce qui suit :

« Le 10 septembre 2002, Mr C._____ assurait la surveillance de la récré. Le concierge lui a demandé de fermer une fenêtre, qui se trouvait au-dessus d'une cage d'escaliers, la fenêtre étant à 3,5 mètres du sol.

Pour ce faire, il s'est déplacé sur un petit rebord de 10-15 cm, jouxtant la fenêtre, et a alors fermé la fenêtre coulissante. Il a malheureusement glissé sur ce rebord. Il a essayé de se retenir par le pommeau de la fenêtre, sans succès. En chutant, il s'est rappelé que des bureaux/chaises se trouvaient dessous et a alors fait un mouvement de rotation de son corps, venant ainsi chuter sur l'hémicorps droit, coude au corps.

Il a immédiatement présenté des douleurs de la hanche (++), du genou (+) et du coude (+) droits. Il a pu se lever. Il a marché en boitant. Il a terminé la journée de travail. Le soir même et surtout le lendemain matin, constatation d'un volumineux hématome sur le versant interne du coude. Diminution toutefois du syndrome algique.

Malgré cette amélioration, ses collègues de travail l'ont incité à consulter. Consultation aux urgences de l'Hôpital M._____, le 14 ou le 15 septembre 2002 (cf plus haut).

Trois jours après, Mr C._____ s'est plaint de douleurs à l'épaule droite. Elles sont apparues lentement, et sont restées sourdes, permanentes, un peu plus importantes la nuit. Elles résidaient sur l'ensemble de l'épaule et sur l'omoplate, irradiant vers la face antérieure du bras. Le patient a alors consulté un ostéopathe. Après une séance, une nette amélioration a été constatée. Toutefois, péjoration de la symptomatologie 2 jours plus tard.

Vers la mi-octobre, en voulant déplacer des bûches, il a lancé la première à l'aide des deux membres supérieurs. Il a alors ressenti une violente douleur sur la face antérieure de l'épaule. C'est alors qu'il a décidé de consulter le Dr V._____ ».

Le Dr D._____ a en outre relevé dans son rapport que les radiographies effectuées deux jours après l'accident de l'assuré n'avaient pas mis en évidence de lésions osseuses. Il a expliqué que les diverses investigations avaient révélé des troubles dégénératifs étendus de l'épaule, intéressant tout d'abord la coiffe des rotateurs (sous-épineux, sus-épineux, sous-scapulaire), mais aussi les ligaments gléno-huméraux et l'articulation gléno-humérale, associés à une rupture du long chef du biceps. Il a encore précisé que, âgée de cinquante ans et plus - l'intéressé était âgé de 54 ans au moment de l'accident - , la moitié de la population avait déjà été sujette à des douleurs d'épaule et victime de lésions dégénératives, ajoutant que la majorité des déchirures de la coiffe des rotateurs était supportée sans trouble aucun. Il a expliqué que bien que le caractère de l'événement survenu le 12 février 2002 ait été de relative haute énergie, il n'avait pas produit une clinique évoquant une lésion de la coiffe des rotateurs, dès lors que si une déchirure de la coiffe des rotateurs survenait suite à un traumatisme important, l'on devait s'attendre à un phénomène de pseudo-paralysie de l'épaule, appelant à une aide médicale rapide, ce qui n'avait pas été le cas chez ce patient. Ce médecin a en outre exposé que la lésion subie par l'intéressé consistait probablement en une rupture du long chef du biceps, que cette lésion n'avait toutefois été qu'un épiphénomène dans le contexte de

dégénérescence chronique de la coiffe des rotateurs et des structures avoisinantes et qu'ainsi, l'événement du 12 septembre 2002 n'avait produit qu'une dégradation mineure et surtout transitoire d'un état pathologique préexistant, que l'événement survenu six semaines après la chute (en lançant une bûche), des plus bénins, avait aussi révélé cet état pathologique dégénératif; quant aux contusions du coude, de la hanche et du genou droits, elles n'avaient pas laissé de séquelles. Le Dr D._____ a conclu à l'absence d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 septembre 2002 et l'intervention chirurgicale (intéressant l'ensemble de la coiffe des rotateurs) réalisée au niveau de l'épaule droite de l'intéressé le 5 novembre 2002.

Par décision du 11 avril 2003, la caisse, en se fondant sur les conclusions du rapport du Dr D._____, a mis un terme au versement de ses prestations au 31 octobre 2002.

Le 16 avril 2003, C._____ s'est opposé à cette décision, alléguant n'avoir jamais eu de problèmes à son épaule jusqu'à sa chute et sollicitant ainsi sa reconsidération.

Le 12 février 2004, par l'intermédiaire de son assurance protection juridique, l'assuré a complété son opposition en produisant un rapport du Dr V._____ du 29 janvier 2004, qui relève notamment ce qui suit :

« [...] avant cet accident ce patient n'a jamais présenté de douleur à l'épaule droite, comme le précise le Dr D._____ dans son rapport. Par contre, lors de la consultation aux urgences de chirurgie de l'hôpital de [...] le 13.09.2002, il est bien spécifié que le patient s'est plaint de quatre localisations douloureuses soit en 1) l'épaule 2) l'olécrâne 3) la hanche et 4) le genou. La localisation de l'épaule est citée en premier. Dans le rapport de la policlinique, il y est précisé que le patient est très algique et l'élévation du bras droit limitée à environ 90°. On peut donc confirmer que ce patient n'avait pas de douleurs avant l'accident et qu'il en a eu au moment de l'accident, qu'il les a signalées et que celles-ci ont persisté plusieurs semaines après le traumatisme ».

Le Dr V._____ a observé une désinsertion et déchirure des tendons du sus-épineux et du sous-épineux de l'épaule droite, une rupture complète du tendon du long chef du biceps droit, une lésion du bourrelet

glenoïdien antéro-supérieure, ainsi qu'une lésion des ligaments gléno-huméraux antérieur, moyen et inférieur, ces lésions ayant été constatées au cours de l'intervention. Sur le plan clinique, au moment de la première consultation, le Dr V. _____ a mentionné que le patient présentait des symptômes et des douleurs compatibles avec une rupture de la coiffe récente, c'est-à-dire une mobilité passive tout à fait normale, alors que la mobilité active était fortement diminuée. Il était donc évident que ce patient n'aurait pu exercer son activité de peintre et son activité professionnelle avec de telles lésions. Le Dr V. _____ estime difficile d'affirmer l'origine exacte des lésions présentées par l'assuré. Il relève qu'une chose est certaine, à savoir que toutes les personnes de son âge présentent des lésions dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs, mais que ces lésions, si elles sont douloureuses, sont pratiquement toujours accompagnées d'autres symptômes que ne présente pas l'assuré, soit 1) une atrophie des muscles concernés vu qu'ils ne sont pas utilisés en raison de la douleur, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, 2) une limitation de la mobilité passive est pratiquement toujours présente, le patient n'effectuant que des mouvements actifs limités, l'articulation s'enraidit et les mouvements passifs deviennent aussi, par la suite, limités. Toutefois, chez l'assuré, l'examen clinique n'a pas montré de limitation passive, mais une limitation active était présente le jour après l'accident, ce qui tend à prouver, selon le Dr V. _____, le caractère récent des lésions. Il estime que l'anamnèse, la clinique et l'examen IRM sont tout à fait compatibles avec une lésion récente provoquée par un accident chez un patient présentant des lésions dégénératives normales pour son âge et asymptomatiques jusqu'au jour du traumatisme.

Dans un rapport complémentaire du 18 mars 2004, le Dr D. _____ a confirmé ses premières conclusions. Il maintient que l'événement en question n'a pas entraîné de lésion anatomique ayant une répercussion significative dans l'évolution du cas mais qu'il a tout au plus été à l'origine d'une entorse de l'épaule, voire d'un conflit sous-acromial aigu ou d'une lésion du long chef du biceps.

Au vu de ces divergences, la caisse a mandaté un expert, le Dr N. _____, chirurgien orthopédiste FMH, qui a examiné l'assuré en date du 27 mai 2005. Il résulte de son rapport, établi le 19 juillet suivant, notamment ce qui suit :

« *Anamnèse actuelle* :

Avant l'accident du 12.09.2002, le patient certifie n'avoir jamais présenté le moindre problème au niveau de ses deux épaules.

Il travaillait comme maître de dessin sans aucune difficulté. Pendant ses cours, il devait souvent travailler avec les membres supérieurs en élévation, notamment le droit, vu qu'il est droitier, pour faire des démonstrations au tableau. Il n'avait pas d'autres efforts de manutention à fournir.

En dehors de sa profession, le patient faisait de la peinture de la sculpture à domicile. Il devait notamment passer des heures en élévation du membre supérieur droit pour tenir le pinceau lorsqu'il faisait de la peinture à l'huile.

Le 12.09.2002, le patient se trouvait sur son lieu de travail. En voulant refermer une fenêtre, il est tombé d'une hauteur de 3,5 m. Lors de la chute, il a essayé de s'agripper au rebord de la fenêtre où il est également resté croché par le bracelet de sa montre. Le bracelet de sa montre s'est cassé et il n'a pas pu empêcher la chute. Il a heurté le sol en béton avec son côté droit. Lors de l'impact, l'épaule droite se trouvait en élévation et le coude droit en flexion. Sur le moment, il a ressenti des douleurs au niveau de l'épaule droite, de la face interne du coude droit et de la face latérale de la hanche et du genou droits.

Un peu plus tard, il a donné deux périodes de cours pendant lesquels il avait de la peine à lever son membre supérieur droit au-delà de l'angle droit en raison de douleurs situées à la face latérale et postérieure de son épaule droite.

En rentrant à domicile, le soir, il a constaté la régression des douleurs du membre inférieur droit, la persistance de douleurs dans l'épaule droite. Dans un premier temps, il a banalisé, pensant à des contusions simples. La nuit, il a dû dormir sur le côté gauche. Pas de notion d'irradiations douloureuses dans la main droite ni d'acroparesthésies. Pas de notion de cervicalgies.

Sur l'insistance de sa femme, il a consulté le 13.09.2002 à l'Hôpital M. _____. Aucune indication objective de cette consultation ne figure au dossier à disposition. Des radiographies du coude et du genou droit ont été faites mais pas de l'épaule droite, pour des raisons que le patient ignore. Aucune lésion ostéo-articulaire n'a été mise en évidence. Le diagnostic retenu fut, semble-t-il, celui de contusions multiples. Actuellement, le patient déclare qu'il ne pouvait pas lever l'épaule droite plus haut que l'angle droit. Aucun traitement ni arrêt de travail n'a été prescrit. A la demande, il se souvient avoir présenté un hématome à la face interne de son coude droit qui s'est résorbé par la suite.

Progressivement, au fil des jours, la situation s'est lentement détériorée avec persistance d'une limitation fonctionnelle et des douleurs de l'épaule droite qui devenaient également insomniantes. Il s'est soigné lui-même avec des applications locales de pommade anti-inflammatoire puis a consulté

deux ostéopathes à Morges et à Lausanne. Les manipulations l'ont soulagé sur le moment mais ont aggravé la symptomatologie secondairement.

A la mi-octobre 2002, en lançant une bûche de bois dans sa cheminée, sans notion d'événement extraordinaire, il a ressenti une vive douleur à la face antérieure de son bras droit et a constaté la présence d'une voussure pathologique qu'il ne connaissait pas auparavant. Il a consulté le 31.10.2002 le Dr V. _____ à Lausanne qui a constaté une voussure du biceps et des douleurs à l'abduction et à l'antépulsion de l'épaule droite. Aucune radiographie de l'épaule droite n'a été faite et le Dr V. _____ a d'emblée posé l'indication chirurgicale à une réparation tendineuse pour prévenir une diminution de la force à long terme ».

L'expert retient les diagnostics d'omarthrose droite débutante avec troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, de status après contusions multiples du membre supérieur et du membre inférieur droits le 12 septembre 2002, de status après rupture spontanée du long chef du biceps de l'épaule droite à la mi-octobre 2002 et de status après débridement et suture de la coiffe des rotateurs avec ténodèse du long chef du biceps le 5 novembre 2002. Il relève en outre ce qui suit :

« Facteurs en faveur d'un lien de causalité :

1. Absence anamnestique de problèmes de l'épaule droite avant l'accident du 12.09.2002.
2. Douleurs anamnestiques immédiates au niveau de l'épaule droite après l'accident.
3. Dans la littérature, la nature de la lésion de la coiffe des rotateurs chez les sujets de plus de 40 ans est généralement considérée comme dégénérative mais des publications isolées telles que celles du Dr Walch suggèrent l'existence de facteurs traumatiques qui pourraient jouer un rôle dans certains cas.

Facteurs en défaveur d'un lien de causalité :

1. Age du patient où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont beaucoup plus fréquentes que les lésions traumatiques.
2. Sollicitations professionnelles marquées de la coiffe des rotateurs par des mouvements répétitifs en hauteur de la main dominante.
3. Notion bien établie que les troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années avant d'être révélées à l'occasion d'un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie.
4. L'action vulnérante du 12.09.2004 n'est pas classique pour un traumatisme qui solliciterait un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son

point de rupture, à savoir une luxation d'épaule, un important mouvement d'abduction contre résistance ou un mouvement passif extrême de l'épaule.

5. Absence de véritable "pseudo-paralysie" immédiate de l'épaule droite. Le patient a certes présenté des difficultés anamnestiques à l'élévation mais a pu donner son cours juste après l'événement. Les douleurs et la limitation fonctionnelle se sont ensuite progressivement péjorés au fil des jours.

6. Absence de radiographies de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident (seuls le coude et le genou droits ont été radiographiés).

7. L'événement de la mi-octobre 2002 était un mouvement ordinaire : flexion active des coudes et d'antépulsion des épaules pour lancer un poids modeste. La contrainte développée sur l'appareil locomoteur doit être considérée comme ordinaire. Elle est appropriée pour entraîner la rupture d'un long chef du biceps préalablement fragilisé mais pas pour la rupture de structures tendineuses saines de l'épaule.

8. La rupture spontanée dégénérative de la portion intra-articulaire du long chef du biceps est une entité médicale bien connue. Elle accompagne souvent les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, notamment du tendon du sus-épineux, situé à proximité immédiate du long chef du biceps.

9. Les radiographies et l'IRM du 23.10.2002 (faites six et deux semaines après les événements décrits ci-dessus) montrent des lésions manifestement dégénératives de l'épaule datant certainement de plusieurs mois ou plusieurs années. Les ostéophytes articulaires, les remaniements sclérogéotiques, l'amincissement des tendons de la coiffe des rotateurs, le remaniement étendu du bourrelet glénoïdien, sont des lésions qui ne peuvent pas être attribuées à un événement récent, de surcroît quand elles surviennent simultanément.

10. Description peropératoire d'un conflit sous-acromial chronique typique qui a d'ailleurs nécessité une décompression au moyen d'une acromioplastie.

11. Caractère diffus des diverses lésions cartilagineuses et tendineuses objectivées.

En conclusion, les facteurs parlant contre un lien de causalité naturelle avec un événement accidentel l'emportent largement pour ceux qui parlent de l'existence d'un tel lien. En d'autres termes, le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et un événement accidentel survenu en 2002 n'est que possible mais pas probable. [...]

Le statu quo sine a vraisemblablement été atteint lorsque les contusions du coude, de la hanche et de genou droits ont guéri car on peut partir du principe qu'une contusion conjointe de l'épaule aurait aussi guéri dans un intervalle similaire. Dès lors, il est probable que le statu quo sine ait été atteint au maximum au bout d'un mois environ ».

C. _____ a consulté, à titre privé et en vue d'une expertise, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, lequel a établi un rapport le 24 février 2006. Ce spécialiste a diagnostiqué une déchirure du

long chef du biceps à l'épaule droite, associée à une importante lésion du labrum, une déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux) à l'épaule droite, une lésion du nerf axillaire à l'épaule droite et une capsulite rétractile à l'épaule droite. Il résulte notamment de son rapport ce qui suit :

« a) *Déchirure du long chef du biceps (LCB) à l'épaule droite, associée à une importante lésion du labrum.*

[...] Les déchirures isolées du LCB sont rares [...]. En cas de tendinite préexistante, associée ou non à une déchirure de la coiffe, elles surviennent plutôt lors de la sixième et septième décennie. Il y a toujours une phase douloureuse précédant la rupture du tendon, ce qui n'a pas été le cas pour Monsieur C. _____. Le patient a déclaré ne pas avoir eu de douleurs à l'épaule droite avant l'événement du 12 septembre 2002 et ceci a été également noté dans le rapport du Dr D. _____.

Une lésion survenant à l'origine du LCB est ce que l'on appelle une lésion de "l'ancre du biceps". Elle peut toucher le labrum supérieur ou le LCB lui-même. Ce type de lésion a été nommé lésion SLAP (Snyder 1990). Pour certains, le mécanisme le plus fréquent est une chute avec le bras écarté (Snyder 1990), alors que pour d'autres, elle est liée à une traction importante sur le LCB (Maffet 1995). Les lésions du labrum supérieur peuvent se prolonger, notamment en direction antérieure [...], réalisant notamment un SLAP V (Maffet 1995), ou être associées à une déchirure du LCB lui-même (Burkhart 1992).

Monsieur C. _____ a subi, lors de sa chute du 12 septembre 2002, les deux mécanismes mentionnés plus haut (chute avec le bras écarté et traction importante sur le LCB). Il a donc subi une lésion de type SLAP V avec une déchirure du LCB associée. Cette lésion est consécutive à l'accident. La déchirure du LCB devait être subtotale et s'est complétée lors du mouvement anodin que Monsieur C. _____ a effectué en lançant une petite bûche dans la cheminée, deux à trois semaines après l'accident.

Contrairement à l'interprétation du radiologue, la lésion du labrum n'est pas une destruction liée à un phénomène arthrosique, mais bien une déchirure. D'ailleurs, si l'on reprend en détail le protocole opératoire (PO) du Dr V. _____, on voit une légère usure du cartilage (chondrite stade II-III), pas une arthrose. Le radiologue ne mentionne d'ailleurs pas l'état du cartilage dans son interprétation de l'arthro-IRM. Je pense que c'est un des arguments qui a mal orienté le Dr D. _____ dans les conclusions de son rapport.

La déchirure du LCB est prouvée par l'examen clinique, l'arthro-IRM et le protocole opératoire; alors que la déchirure du labrum est bien visible sur l'arthro-IRM mais le PO du Dr V. _____ n'est pas suffisamment détaillé dans sa description du labrum.

Contrairement à l'interprétation du Dr D. _____, à mon avis, la déchirure du LCB est la lésion principale subie par le patient et non un épiphénomène. La diminution de l'espace sous-acromial (6 mm) n'est pas liée à un conflit sous-acromial avec lésion de la coiffe des rotateurs "silencieuse", mais bien à la déchirure du LCB qui a occasionné une translation supérieure de la tête humérale.

Ces lésions (déchirure du LCB, associée à une importante lésion du labrum) sont donc causées de façon certaine par l'accident que Monsieur C. _____ a subi le 12 septembre 2002.

b) Déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux) à l'épaule droite.

[...] Il y a des déchirures complètes transfixiantes d'un ou de plusieurs tendons, qui peuvent être ou ne pas être rétractés. Quand on dit d'une déchirure qu'elle est transfixiante, cela signifie qu'elle traverse toute l'épaisseur du tendon. Il y a également des déchirures partielles d'un ou de plusieurs tendons. Ces déchirures peuvent être partielles, dans le sens qu'elles ne touchent qu'une partie de l'épaisseur du tendon; dans ce sens elles peuvent toucher soit la surface articulaire de ce tendon, soit la surface sous-acromiale, soit finalement être intra-tendineuses (ou intersticielles). Une autre catégorie de déchirure partielle est la déchirure transfixiante qui ne touche qu'une partie de l'attache du tendon. Il faut d'ailleurs savoir que les déchirures partielles semblent être deux fois plus fréquentes que les déchirures complètes (Matsen 2004).

Lors d'un traumatisme sur la coiffe des rotateurs, le patient peut en effet avoir une "pseudo-paralysie" comme le précise le Dr D. _____ dans son rapport. Néanmoins, celle-ci n'est pas obligatoire. En effet, les patients qui ont des déchirures partielles de la coiffe (celles-ci étant deux fois plus fréquentes que les déchirures complètes) ne présentent pas de pseudo-paralysie.

En ce qui concerne la déchirure de la coiffe des rotateurs chez le patient, trois hypothèses se présentent à nous.

Première hypothèse : Monsieur C. _____ n'avait pas de déchirure de la coiffe avant l'accident. Alors, ce dernier est la seule cause des lésions constatées.

Deuxième hypothèse : Monsieur C. _____ avait la même déchirure de la coiffe des rotateurs préexistante à l'accident. On peut donc se demander ce qui est responsable de ses plaintes actuelles. A mon avis, les douleurs ne sont pas liées à la lésion du nerf axillaire ou à la capsulite rétractile; j'y reviendrai plus loin. L'autre possibilité est que les douleurs sont liées à la déchirure du LCB. Néanmoins, lorsque le LCB se déchire complètement, les douleurs qui lui sont liées vont habituellement disparaître. Donc l'hypothèse que la même déchirure de la coiffe était préexistante à l'accident n'est pas recevable.

Troisième hypothèse : Monsieur C. _____ avait une lésion préexistante de la coiffe, mais qui a été aggravée par l'accident. On peut tout d'abord affirmer que la déchirure de la coiffe n'était pas ancienne. Lorsque le tendon se déchire, le muscle va s'atrophier et progressivement il y aura une dégénérescence graisseuse (Goutallier 1994). Monsieur C. _____ avait une coiffe des rotateurs avec une trophicité conservée, sans atrophie graisseuse (cf rapport de l'arthro-IRM du 23.10.2002). Par ailleurs, les déchirures asymptomatiques qui deviennent symptomatiques sont liées à une progression (augmentation) de la déchirure (Yamaguchi 2001). On peut donc affirmer que l'accident est responsable de l'aggravation de la déchirure, si elle était préexistante à l'accident.

Finalement, si l'on considère l'accident lui-même, on peut déterminer si l'action vulnérante était appropriée ou pas (Bär 2000). Il est mentionné que "rester subitement le bras suspendu supportant tout le poids du corps" est une action vulnérable appropriée. Ceci a été le cas lors de l'accident

subi par Monsieur C._____. D'ailleurs, si lors du même accident, le patient avait subi une fracture du trochiter (zone d'attache du sus-épineux et du sous-épineux sur la tête de l'humérus), il n'y aurait pas eu de discussion quant à la prise en charge du cas par l'assurance LAA.

On peut donc conclure que la déchirure de la coiffe subie par Monsieur C._____, qu'elle soit provoquée ou aggravée par l'accident du 12 septembre 2002, est causée de façon certaine par celui-ci.

c) Lésion du nerf axillaire à l'épaule droite.

L'origine la plus fréquente d'atteinte du nerf axillaire est traumatique, soit par traction, soit par contusion directe (Steinmann 2001 et 2004 & Safran 2004).

D'autres origines possibles sont le syndrome de Parsonage-Turner ou neurite brachiale, et le syndrome de l'espace quadrangulaire (Steinmann 2001 & Safran 2004). Je ne reviendrai pas en détail sur ces deux syndromes car cela dépasserait le cadre de cette expertise. Néanmoins, on peut les exclure pour les raisons suivantes. Le syndrome de Parsonage-Turner peut toucher un ou plusieurs nerfs, mais il est surtout caractérisé par des douleurs, ce qui n'était pas le cas de Monsieur C._____ avant son accident. Dans le syndrome de l'espace quadrangulaire, la douleur est localisée postérieurement au niveau de l'épaule, l'EMG est habituellement normal et à l'IRM on voit habituellement des signes de dénervation non seulement au niveau du muscle deltoïde, mais également au niveau du petit rond. Ceci n'est pas le cas de Monsieur C._____.

Finalement, il faut également envisager une atteinte iatrogène liée à l'intervention chirurgicale du 5 novembre 2002. L'atteinte du nerf axillaire ne peut être liée à la traction sur le bras qui n'était que de 5 kg. Peut-elle être liée à l'opération elle-même? On peut observer une atteinte du nerf axillaire lors d'opérations arthroscopiques capsulaires stabilisatrices de l'épaule ou lors de chirurgie de la coiffe des rotateurs. Lors de la partie arthroscopique de son intervention, le Dr V._____ n'a pratiqué aucun geste pouvant mettre en péril le nerf axillaire. L'incision antérieure pour la réparation de la coiffe des rotateurs qui a été pratiquée est trop petite pour avoir pu occasionner une lésion du nerf axillaire.

Ainsi, la lésion du nerf axillaire de l'épaule droite de Monsieur C._____ est liée de façon certaine à l'accident du 12 septembre 2002 ».

Le Dr T._____ a encore ajouté que la capsulite rétractile n'était pas liée à cet accident, mais était secondaire à l'intervention pratiquée le 5 novembre 2002. Il a relevé que le patient n'était plus en traitement depuis le mois de février 2004, soit depuis qu'il avait effectué deux injections de cortisone chez le Dr V._____. Il a estimé que les suites de l'accident n'étaient pas guéries, mais qu'elles étaient stabilisées depuis le mois de février 2004. Selon ce spécialiste, le patient a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qu'il chiffre à 20% (10% en raison de la périarthrite scapulo-humérale moyenne et 10% pour la lésion du nerf axillaire, dont il ne s'agit pas d'une paralysie complète). Il atteste

encore une capacité de travail de 100%, mais avec un rendement diminué, estimé à 66,67% en raison des douleurs, de la faiblesse, de la fatigabilité musculaire et de la limitation fonctionnelle présentées.

La caisse a invité le Dr N._____ à donner son avis sur cette contre- expertise; ce dernier a établi un rapport le 27 avril 2006 dans lequel il confirme ses conclusions du 27 mai 2005. Il y relève par ailleurs un seul événement nouveau, à savoir la notion d'une neuropathie axillaire droite objectivée lors d'un EMG (électromyogramme) du 24 janvier 2006 en Italie, dont il n'avait évidemment pas connaissance le 27 mai 2005. Il soutient toutefois que cette neuropathie n'est pas forcément en lien de causalité au moins probable avec l'accident, sachant qu'elle peut aussi constituer une complication classique de la chirurgie de la coiffe des rotateurs ou de l'arthroscopie de l'épaule.

Par décision sur opposition du 7 août 2006, la caisse, se référant notamment aux conclusions du rapport du Dr N._____, a conclu à l'absence d'un lien de causalité entre les affections de l'épaule droite et l'accident du mois de septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002. Elle a ainsi maintenu sa décision du 11 avril 2003.

B. C._____ a, par acte de son conseil, recouru contre cette dernière décision le 8 novembre 2006. Il a conclu principalement à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations de la caisse pour les troubles présentés à l'épaule droite, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

Dans sa réponse du 11 janvier 2007, la caisse a maintenu les conclusions de sa décision sur opposition.

A l'appui de ses déterminations du 30 avril 2007, le recourant a produit un avis du 26 avril 2007 du Dr T._____, qui a procédé à une synthèse de la situation notamment après un EMG effectué en Italie et une IRM, réalisés respectivement en décembre 2006 et en janvier 2007. L'EMG

montre une péjoration de l'état de l'épaule depuis le dernier examen du même type. Selon ce spécialiste, l'état de l'assuré n'est pas stabilisé. Il précise encore qu'il n'est pas correct d'affirmer que l'atteinte traumatique de la coiffe ne survient que de façon anecdotique. De nombreux articles semblent en effet démontrer que l'origine traumatique est majoritaire et peut aller de 50 à 96% des cas.

Le 13 septembre 2007, le Dr T. _____ a déposé un rapport dans lequel il expose notamment ce qui suit :

« **Examen neurologique**

Electromyogramme (EMG) du membre supérieur droit du 21 décembre 2006 [...] :

Atteinte neurogène modeste de type axonal chronique au niveau du biceps et du deltoïde droits, avec neuropathie axonale des nerfs circonflexe (ou axillaire), musculocutané et médian droits, sur plexopathie post-traumatique brachiale.

Electromyogramme (EMG) du membre supérieur droit du 24 janvier 2006 [...] :

Allongement de la latence motrice (ralentissement de la conduction motrice) du nerf axillaire droit au point d'Erb du muscle deltoïde.

Visiblement l'EMG du 21 décembre 2006 a mis en évidence plus de lésions que celui effectué le 24 janvier 2006. Comme il n'y a pas eu de nouvel accident, cette neuropathie axonale des nerfs circonflexe (ou axillaire), musculocutané et médian droits est de façon certaine consécutive à l'accident, comme le dit le neurologue. Il ne s'agit pas d'une atteinte isolée du nerf axillaire (ou circonflexe) comme mentionné dans mon expertise. Il ne fait donc aucun doute que cette plexopathie brachiale (atteinte du plexus brachial) est liée à l'accident.

IRM de l'épaule droite du 5 janvier 2007 [...] :

Contrairement à ma demande, c'est une IRM simple qui a été effectuée et non une arthro-IRM, les renseignements sont donc moins précis.

Il ne semble pas y avoir de grand changement par rapport à l'arthro-IRM du 10 juin 2005, si ce n'est un amincissement des tendons sus-épineux et sous-épineux. A noter que le radiologue ne parle pas d'arthrose ».

A ce rapport était joint un rapport du 21 décembre 2006 du Dr J. _____, neurologue, qui conclut à une atteinte neurogène modeste de type axonal chronique au niveau du biceps et du deltoïde droits, avec

neuropathie axonale modérée des nerfs circonflexes, musculocutané et médian droits, sur plexopathie brachiale post-traumatique.

La caisse a soumis ces documents au Dr N._____, lequel a fait part de ses remarques par avis du 4 février 2008. S'agissant des atteintes neurologiques (une modeste neuropathie du nerf axillaire constaté à l'EMG du 24 janvier 2006 et une neuropathie au niveau du nerf musculo-cutané et du nerf médian du 21 décembre 2006), il se déclare dans l'impossibilité d'indiquer si elles correspondent à l'événement du 12 septembre 2002 ou à un événement intercurrent, telle une lésion neurologique iatrogène possible lors de l'intervention chirurgicale de l'épaule. Selon ce spécialiste, il faudrait exclure une origine dégénérative de la neuropathie du nerf médian.

Se référant à ce dernier avis, l'intimée a maintenu ses conclusions par déterminations du 13 mars 2008, estimant que le Dr T._____ n'avait pas apporté d'éléments nouveaux dans ses courriers des 27 (recte : 26) avril et 13 septembre 2007 qui seraient de nature à modifier l'appréciation de la causalité naturelle dans cette affaire. La caisse a admis par ailleurs qu'une expertise neurologique, auprès du Dr W._____, serait susceptible d'apporter des éclaircissements sur l'origine de ces neuropathies.

Par courrier du 7 juin 2008, le recourant a transmis un nouvel avis médical détaillé du Dr T._____ daté du 29 avril 2008. Ce spécialiste s'est prononcé notamment sur le dernier rapport du Dr N._____, du 4 février précédent, et du Dr J._____, neurologue, qui, par EMG du 24 septembre 2005, a constaté une plexopathie brachiale post-traumatique, soit une atteinte du plexus brachiale secondaire à l'accident. Après avoir réévalué les différents rapports médicaux, le Dr T._____ a conclu que la déchirure de la coiffe des rotateurs ou l'aggravation d'une lésion préexistante était, de façon certaine, consécutive à l'accident du 12 septembre 2002. Par ce même courrier, le recourant a sollicité la tenue d'une audience.

Par courrier du 10 juin 2008, le recourant a produit un rapport du Dr V._____ daté du 29 janvier 2004, qui figurait déjà au dossier et dans lequel il avait critiqué les conclusions de l'expertise du Dr D._____.

Après avoir pris connaissance de l'avis du Dr T._____ du 29 avril 2008, la caisse s'est déterminée par courrier du 25 août 2008, en renvoyant à ses précédentes écritures et en s'en tenant à ses conclusions. En outre, elle a indiqué ne pas s'opposer à la tenue d'une audience, soulignant que le dossier lui semblait bien documenté, sous réserve d'une expertise neurologique.

Par courrier du 23 janvier 2009, le recourant a rappelé sa volonté de pouvoir s'exprimer devant la Cour de céans. Il a estimé par ailleurs qu'une expertise complémentaire pouvait être utile, mais préférait qu'elle soit confiée au Professeur X._____ plutôt qu'au Dr W._____.

Lors de l'audience du 1^{er} octobre 2009, le recourant a maintenu sa réquisition de mise en œuvre d'une expertise complémentaire orthopédique et neurologique, alors que la caisse a conclu au rejet de cette requête, subsidiairement à l'admission de la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Le recourant a en outre produit diverses nouvelles pièces, soit notamment :

- une copie du dossier de l'ostéopathe H._____ relatif à la prise en charge du recourant les 3 et 10 octobre 2002, dont on relève qu'il souffre de douleurs à l'épaule droite dues à l'accident du 12 septembre 2002, irradiant le bras et l'intérieur du coude;

- une attestation manuscrite du Dr Q._____ (médecin consulté en Italie) datée du 30 juillet 2009 et qui rend compte d'un traumatisme de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, ayant pour résultat des altérations ostéo-articulaires de type dégénératifs à caractère irréversible et comme résultat clinique, non seulement une symptomatologie algique sub-continue accentuée par mouvement, mais une limitation importante de la fonctionnalité articulaire de cette épaule;

- une copie du dossier de l'ostéopathe F._____ relatif à la prise en charge du recourant le 20 septembre 2002, qui met en évidence la chute de 3,50 m qu'il a subie, ayant des répercussions au genou droit;

- un lot de onze photographies représentant les lieux de l'accident, spécialement la fenêtre, le rebord sur lequel il se tenait au moment de sa chute, la hauteur des lieux et enfin la vis condamnant désormais la fenêtre;

- un courriel du recourant à son mandataire relatant notamment qu'il s'est présenté à l'Hôpital M._____ le 13 septembre 2002, soit le lendemain de l'accident; il y joint le certificat médical du Dr Q._____ de même que les documents démontrant qu'il s'est rendu le plus rapidement possible chez l'ostéopathe H._____.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté le 8 novembre 2006 dans les trois mois à compter de la notification de la décision sur opposition du 7 août précédent, le recours est déposé en temps utile (art. 106 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 [cf. ch. 111 de l'annexe à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF)], qui dérogeait expressément à l'art. 60 LPG (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

droit des assurances sociales; RS 830.1). Il est en outre recevable en la forme.

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que la caisse a mis fin à ses prestations au 31 octobre 2002, concluant à l'absence du lien de causalité entre les atteintes présentées par le recourant à son épaule droite au-delà de cette dernière date et l'accident du 12 septembre 2002.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA).

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 31 octobre 2002, des prestations pour l'accident dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d; 123 V 139 consid. 3c; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 129 V 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références).

4. a) Selon 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 (Ordonnance sur l'assurance-accidents; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- 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 p. 140 et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident 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). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008, consid. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de

la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - 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 clairement établi. A défaut, en effet, 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 (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2; TFA U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2; cf. également Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529ss, plus spécialement 534ss).

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 les lésions tendineuses 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).

b) D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF U_149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3; U_99 du 14 mars 2000; RAMA 1992 U 142 p. 75).

Si le principe « *post hoc ergo propter hoc* » ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (ATF 119 V 341 ss), on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement

déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

c) Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à administrer des preuves supplémentaires si - après une saine appréciation des éléments en sa possession - il acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuve ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 119 V 335 consid. 3c; ATF 104 V 209 consid. a).

5. Il convient en premier lieu d'examiner le volet médical du point de vue orthopédique.

a) Le Dr D. _____ nie tout lien de causalité entre l'événement du 12 septembre 2002 et les atteintes à l'épaule droite. Le Dr N. _____ estime pour sa part qu'un tel lien est possible. Quant aux Drs V. _____ et T. _____, ils considèrent que les lésions subies par C. _____ sont bel et bien dues à l'accident.

Le Dr D. _____ note tout d'abord que les diverses radiographies effectuées deux jours après l'accident n'avaient pas mis en évidence de lésions osseuses. Il retient l'existence de troubles dégénératifs étendus de l'épaule, intéressant tout d'abord la coiffe des rotateurs (sous-épineux, sus-épineux, sous-scapulaire), mais aussi les ligaments gléno-huméraux supérieurs et moyens et l'articulation gléno-humérale, associés à une rupture du long chef du biceps. Il précise qu'à l'âge de cinquante ans, la moitié de la population a déjà été sujette à des douleurs d'épaule et victime de lésions dégénératives et que la majorité des déchirures de la coiffe des rotateurs est supportée sans trouble aucun.

Il conclut finalement à l'absence d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 septembre 2002 et les lésions constatées, dans la mesure notamment où l'âge de l'assuré le plaçait aisément dans une classe susceptible de développer une lésion dégénérative de ladite coiffe.

Le Dr D. _____ n'a pas examiné le recourant. L'anamnèse de son rapport est imprécise, voire inexacte, et ses conclusions se fondent essentiellement sur des considérations théoriques.

L'expert N. _____ énumère plusieurs éléments plaidant pour la causalité, soit en particulier : l'absence anamnétique de problèmes de l'épaule avant l'accident du 12 septembre 2002, les douleurs anamnestiques immédiates de l'épaule droite après l'accident ou encore la littérature qui tend par diverses publications à admettre que l'existence de facteurs traumatiques peut jouer un rôle dans certains cas. Il dénombre en outre un plus grand nombre d'éléments contre la causalité, comme : - l'âge de l'assuré (54 ans au moment de l'accident); - les sollicitations professionnelles comme maître de dessin (mouvements répétitifs en hauteur avec le bras droit par la tenue d'un pinceau, par ex.); - le fait que les troubles dégénératifs de l'épaule peuvent rester longtemps asymptomatiques; - l'action vulnérante du 12 septembre 2002 qui n'est pas classique à un tel traumatisme; - l'absence de véritable « pseudo-paralysie » immédiate de l'épaule droite, l'intéressé ayant pu donner son cours, même avec des difficultés à l'élévation; - les douleurs et les limitations qui se sont ensuite péjorées au cours des jours; - l'événement de la mi-octobre 2002, soit le lancer de la bûche, qui est approprié pour entraîner la lésion d'un long chef du biceps; - le fait que cette rupture accompagne souvent les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs; - les radiographies du 23 octobre 2002 qui montrent des lésions manifestement dégénératives de l'épaule; - la description peropératoire et le caractère diffus des diverses lésions cartilagineuses. Il en conclut que le lien de causalité entre l'événement et l'atteinte de l'épaule droite est possible mais pas probable.

b) Le Dr V._____ estime quant à lui que les lésions orthopédiques subies par le recourant à l'épaule sont dues à l'accident du 12 septembre 2002. Certes, il estime difficile d'affirmer l'origine exacte des lésions présentées par celui-ci. Il constate toutefois qu'il ne présentait pas les symptômes usuels chez les personnes atteintes de lésions douloureuses, à savoir une atrophie des muscles concernés vu qu'ils ne sont pas utilisés en raison de la douleur, ainsi qu'une limitation de la mobilité passive. Il considère enfin que l'anamnèse et l'examen IRM sont compatibles avec une lésion récente provoquée par un accident chez un patient présentant des lésions dégénératives normales pour son âge et asymptomatiques jusqu'au jour du traumatisme.

Le Dr T._____ a tout d'abord examiné le mécanisme de l'accident (chute avec le bras écarté et traction importante sur le LCB). Il relève que le recourant a subi une lésion de type SLAP V avec une déchirure du LCB associée, dite lésion étant consécutive à l'accident. Il estime que la déchirure du LCB devait être subtotale et qu'elle s'est complétée lors du mouvement anodin que le recourant a effectué en lançant une petite bûche dans la cheminée. Après avoir examiné les clichés radiographiques, il observe que contrairement à l'interprétation du radiologue, la lésion du labrum n'est pas une destruction liée à un phénomène arthrosique, mais que la déchirure du LCB est la lésion principale subie par le patient et non un épiphénomène. En ce qui concerne la déchirure de la coiffe des rotateurs, il émet trois hypothèses. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retient pas celle où le recourant aurait eu la même déchirure de la coiffe des rotateurs préexistante à l'accident, mais celles où soit il n'en aurait pas eu, soit il aurait eu une déchirure, celle-ci ayant augmenté à cause de l'accident. Il expose en outre les motifs pour lesquels l'absence de pseudo-paralysie immédiate de l'épaule n'est pas décisive. Se référant à la doctrine médicale, il relève que le fait de rester subitement le bras suspendu supportant tout le poids du corps est une action vulnérable appropriée, ce qui a été le cas lors de l'accident subi par le recourant.

Le rapport du Dr T._____ procède d'une étude approfondie du cas du recourant. C'est le seul, parmi les praticiens qui ont examiné l'intéressé, qui analyse le mécanisme de l'accident subi par celui-ci et ses conséquences. Ses conclusions, claires et bien motivées, sont convaincantes et s'accordent avec celles du Dr V._____. Elles l'emportent sur celles des Drs D._____ et N._____. Il y a donc lieu de leur reconnaître valeur probante.

On relèvera en outre que seul le Dr D._____ a exclu le lien de causalité entre les troubles orthopédiques constatés et l'accident, le Dr N._____ ayant estimé que ce lien était possible, ce qui, au sens de la jurisprudence précitée, aurait également entraîné la prise en charge par l'assureur-accidents desdits troubles orthopédiques.

c) En conclusion, sur le plan orthopédique, il y a lieu d'admettre le lien de causalité entre l'accident et les troubles subis par le recourant. La décision attaquée doit dès lors être réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 12 septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002.

Sur le plan orthopédique, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Une expertise apparaît dès lors superflue et le requête du recourant en ce sens doit être rejetée.

6. La question des troubles neurologiques n'a été soulevée par le recourant qu'en cours de procédure. Ni le Dr T._____, ni le Dr N._____ ne sont spécialistes en neurologie. Le Dr J._____ conclut certes à une atteinte neurogène modeste post-traumatique. Toutefois, son appréciation est insuffisamment documentée.

Il n'est dès lors pas possible à la Cour de céans de statuer sur cette question. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise neurologique est ainsi nécessaire. Les parties n'y sont d'ailleurs pas

opposées. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle en complète l'instruction dans ce sens.

7. En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. Le lien de causalité entre les troubles orthopédiques et l'accident étant reconnu, la décision attaquée doit être réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 12 septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002. S'agissant des troubles neurologiques, la décision entreprise doit être annulée partiellement et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise neurologique, puis nouvelle décision.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens dont le montant - qui doit être déterminé au regard de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD) - peut être arrêté, en équité, à 2'500 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la caisse B._____ prend en charge les suites de l'accident du 12 septembre 2002 au-delà du 31 octobre 2002 sur le plan orthopédique.
- III.** La décision attaquée est annulée partiellement en tant qu'elle concerne le plan neurologique et la cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

IV. La caisse versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

V. 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 :

- Me Olivier Carré, avocat (pour C._____);
- la caisse B._____;
- 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 :