

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Férolles, assesseure
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

H.B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sophie Leuenberger,
avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. H.B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1974, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2015 pour le compte de la société B. _____ SA en tant que manoeuvre à plein temps. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou l'intimée).

En date du 26 avril 2016, l'employeur a adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que le travail avait été interrompu depuis le 28 septembre 2015, pour le motif suivant :

"M[.]H.B. _____ étant en congé maladie depuis septembre à cause de [s]es jambes, a d[û] prendre des béquille[s]. Depuis le mois de février se plain[t] d[']avoir mal à l[']épaule. Le D[r] X. _____ [s]elo[n] son diagnostic du 14 mars, il [a] une déchirure sus-épineux du sous-épineux ce qui demande une intervention."

D'une notice téléphonique établie le 9 mai 2016 par une collaboratrice de la CNA après un entretien du même jour avec l'assuré, il est ressorti que ce dernier, en arrêt maladie depuis le 28 septembre 2015, avait été victime d'un accident en octobre, à une date dont il ne se souvenait plus.

Le 4 mai 2016, la CNA a interpellé le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, dans le cadre de l'examen de l'indemnité journalière en lien avec l'accident annoncé alors que le patient était déjà malade. Aux termes d'une note manuscrite réceptionnée le 10 mai 2016 par la Caisse, le Dr K. _____ a répondu qu'il n'y avait aucune information à ce sujet dans le dossier et que la prise en charge avait débuté le 1^{er} octobre 2015.

Dès le 11 mai 2016, la Caisse s'est régulièrement vu transmettre des certificats d'arrêt de travail établis par le Dr K. _____ à l'égard de l'incapacité de travail débutée le 28 septembre 2015, attestant

la prolongation de celle-ci en dernier lieu jusqu'au 28 février 2017 et alternativement pour cause de maladie (cf. certificats des 11 mai 2016, 5 août 2016 et 1^{er} février 2017) ou d'accident (cf. certificats des 7 juin, 23 septembre et 23 novembre 2016). Puis, le 3 mars 2017, le Dr K. _____ signalera une incapacité de travail pour cause de maladie à compter du 1^{er} mars 2017.

Aux termes d'un rapport médical initial du 17 mai 2016, le Dr K. _____ a indiqué que les premiers soins avaient été dispensés à l'assuré le 1^{er} octobre 2015 pour des douleurs à l'épaule droite et que, selon les résultats d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), l'intéressé présentait une déchirure à 50 % du sus-épineux et à 20 % du sous-épineux.

Par télécopie du 22 juin 2016, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a transmis à la CNA un rapport rédigé par ses soins le 12 avril 2016 à l'attention du Dr K. _____. Il y exposait que l'assuré présentait des douleurs à l'épaule droite depuis quatre à cinq mois, que le diagnostic retenu était une lésion partielle du tendon sus-épineux (partie antérieure) de l'épaule droite selon une arthro-IRM et que le patient avait été adressé à un confrère (le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie).

Le 9 août 2016 a eu lieu un entretien entre un collaborateur de la CNA et l'assuré, la belle-sœur de celui-ci (B.B. _____, également secrétaire de l'entreprise B. _____ SA) faisant office de traductrice. Il en est notamment résulté ce qui suit :

"Faits :

Le 28 septembre 2015 au réveil, M. H.B. _____ a tenté de se mettre debout mais n'y est pas parvenu. Il ne pouvait pas rester sur ses jambes. [...]

Evolution :

Pensant que cela allait passer avec un peu de temps, ce n'est finalement que le 1^{er} octobre 2015 qu'il a consulté le Dr K. _____. Celui-ci a fait procéder à des analyses et investigations radiologiques, puis à un EMG et constaté que le diabète étai[t] en cause. [...] Par ailleurs, M.

H.B. _____ a utilisé des cannes anglaises dès ce 1^{er} octobre 2015. Finalement, on s'est contenté de réajuster le traitement du diabète.

Le 2 octobre 2015, M. H.B. _____ avec ses deux cannes, marchait sur la chaussée mouillée. Sa canne anglaise droite a glissé de droite à gauche devant lui et M. H.B. _____ est tombé sur l'épaule droite directement.

Sur le moment, il ne s'est pas inquiété. La chute n'a pas été très violente et la douleur supportable.

Les semaines passaient mais l'épaule droite faisait toujours mal. M. H.B. _____ n'utilisait d'ailleurs plus que la canne anglaise à gauche. Il ne pouvait plus utiliser la droite.

Finalement, en février 2016, il en a parlé au Dr K. _____ qui a demandé radiographies puis IRM et l'a envoyé au Dr X. _____.

[...]"

En date du 22 août 2016, la CNA a reçu du Dr K. _____ la copie d'un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite établi le 7 mars 2016 par le Dr F. _____, radiologue, dans le contexte d'un bilan pour des douleurs persistantes de l'épaule droite. Il y était conclu à une bursite sous-acromio-deltaïdienne avec tendinopathie du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire avec impingement, à une déchirure à 50 % depuis le versant articulaire du tendon sus-épineux, à une petite déchirure à 20 % du tendon sous-épineux, ainsi qu'à une minime tendinopathie au départ du tendon long chef du biceps.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 26 septembre 2016, le Dr V. _____ a retenu le diagnostic de lésion partielle du supra-épineux de l'épaule droite, soulignant que l'évolution était lente et le pronostic modéré.

Interpellé par la Caisse, le Dr Z. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a estimé dans un avis du 30 novembre 2016 que les troubles présentés par l'intéressé n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les seules suites de l'accident du 2 octobre 2015.

Par communication du 1^{er} décembre 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle refusait de lui allouer des prestations d'assurance. Il ressortait en effet des pièces du dossier médical qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 2 octobre 2015 et les troubles déclarés.

Par écriture du 7 décembre 2016, l'assuré a contesté la position de la Caisse. En résumé, il a argué que, le 2 octobre 2015, l'une de ses béquilles avait glissé et l'avait fait chuter sur l'épaule droite, qu'il avait d'abord attendu quelque temps en pensant qu'il n'y avait rien de grave mais que, par la suite, une IRM avait montré - selon le Dr V. _____ - que son épaule droite avait été « *blessée à 60 %* » des suites de l'accident. Il en a déduit que son problème médical était bien dû à l'accident car, dans l'hypothèse inverse, il lui aurait été impossible de travailler avant ces événements, son métier requérant des épaules fonctionnelles à 100 % afin de porter des poids assez lourds

Par avis du 30 décembre 2016, le Dr Z. _____ a maintenu ses conclusions.

Aux termes d'une appréciation médicale du 9 janvier 2017, ce même médecin a retenu que l'on pouvait douter de l'existence d'un véritable traumatisme de l'épaule droite le 28 septembre 2015 ou le 2 octobre 2015. Il a en particulier souligné que le Dr K. _____ avait indiqué le 10 mai 2016 qu'il n'y avait aucune information à ce sujet dans le dossier et que la prise en charge avait débuté le 1^{er} octobre 2015. Quant au Dr X. _____, il n'avait pas non plus évoqué de traumatisme à l'épaule dans son rapport du 12 avril 2016 mais avait signalé des douleurs de l'épaule droite depuis quatre à cinq mois. Au regard de ces éléments, le Dr Z. _____ a confirmé que l'incapacité de travail attestée n'était pas en relation de causalité avec les seules suites de l'accident annoncé.

Par décision du 24 janvier 2017, la CNA a refusé de verser des prestations d'assurance pour l'évènement du 2 octobre 2015, au motif

qu'il n'existait aucun lien de causalité certain ou du moins probable entre cet évènement et les troubles de l'épaule droite.

L'assuré, sous la plume de son conseil, a fait opposition à cette décision le 28 février 2017. Il a fait valoir que ses troubles étaient liés à l'accident du 2 octobre 2015 et que l'instruction de sa situation médicale ne permettait pas, en l'état, de tirer une conclusion inverse. A cet égard, il a notamment allégué que le Dr K. _____ ne s'était pas exprimé sur l'accident et n'avait pas été invité à fournir des précisions ; quant au Dr X. _____, le formulaire adressé à ce médecin ne comportait aucune question sur la cause des lésions. Il n'en restait pas moins que ces lésions étaient incontestables et qu'il n'était pas possible d'exclure, à ce stade, qu'elles trouvent leur origine dans l'accident subi le 2 octobre 2015, compte tenu également du rapport temporel entre l'accident et les douleurs invoquées. A cela s'ajoutait qu'aucun autre événement ayant pu provoquer de telles douleurs n'était survenu dans l'intervalle et que les lésions n'étaient dues ni à l'usure, ni à une maladie. Dans ces conditions, l'assuré a estimé qu'il y avait lieu d'interpeller ses médecins (en particulier les Drs X. _____ et V. _____) quant à l'origine de ses troubles et leur lien avec la chute subie le 2 octobre 2015, subsidiairement de mettre en œuvre une expertise.

Par décision sur opposition du 16 mars 2017, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 24 janvier précédent. Elle a retenu tout d'abord que les Drs K. _____, X. _____ et F. _____ n'avaient pas mentionné d'accident, de chute ou d'évènement quelconque particulier dans l'anamnèse et que la déclaration de sinistre était intervenue six mois après les faits allégués. Aussi de telles circonstances laissaient-elles douter fortement de la survenance d'un accident ou d'une cause extérieure à l'origine d'une lésion assimilée à un accident. La Caisse a ajouté par ailleurs que, même à admettre que les faits se soient déroulés selon les dires de l'assuré, l'existence d'un lien de causalité ferait de toute façon défaut. En effet, au vu du délai de plusieurs mois entre l'évènement décrit comme à l'origine des lésions et la première consultation médicale à ce sujet (février 2016 selon l'assuré), le lien de causalité entre les troubles

scapulaires et les faits allégués ne pouvait être considéré comme prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante – ce que confirmait, au demeurant, le médecin d'arrondissement. Pour le surplus, l'intéressé avait catégoriquement exclu, dans son opposition, la survenance d'un autre événement ayant pu provoquer les douleurs ressenties. C'était conséquemment à juste titre que les prestations d'assurance avaient été refusées, un complément d'instruction au niveau médical ou une expertise s'avérant inutiles.

B. Agissant le 4 mai 2017 par l'entremise de son conseil, H.B._____ a recouru devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, requérant préalablement le bénéfice de l'assistance judiciaire et concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que sa demande est admise et la cause renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour poursuite de l'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Se prévalant d'une relativement bonne compréhension du français mais de difficultés à s'exprimer dans cette langue, le recourant fait valoir, s'agissant de la survenance de l'accident, que la déclaration de sinistre n'a pas été remplie par ses soins et que le caractère approximatif de celle-ci ne doit pas lui être imputé, d'autant que l'intimée avait pour devoir d'éclaircir la situation en particulier si elle l'estimait confuse ou incomplète. Revenant par ailleurs sur le déroulement des événements – dont il affirme que B.B._____ a été témoin –, l'assuré soutient avoir initialement espéré que les douleurs s'amenuisent mais avoir finalement consulté le Dr K._____ après avoir constaté que tel n'était pas le cas, le Dr X._____ ayant du reste attesté en avril 2016 des douleurs de l'épaule droite remontant à plusieurs mois. Dans ces conditions, le recourant considère qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause la chute dont il a été victime. Concernant le lien de causalité, l'intéressé conteste l'appréciation du Dr Z._____. Il soutient notamment que les douleurs sont apparues immédiatement, étant relevé à cet égard que les douleurs évoquées le 12 avril 2016 par le Dr X._____ étaient présentes depuis quatre à cinq mois et que ce même médecin a confirmé – le 1^{er} mai

2017 - que la chute subie était de nature à causer les lésions constatées, le « *fait qu'il dise ne pas pouvoir l'« affirmer à 100% » témoing[ant] de son degré de certitude à cet égard* ». L'intéressé souligne également que les déchirures subies ne peuvent être antérieures à sa chute puisqu'il a pu travailler sans mal durant le mois de septembre 2015 alors même que l'activité de manœuvre est particulièrement éprouvante physiquement. Enfin, le recourant fait valoir que l'intimée a violé son devoir d'instruction et que, l'eût-elle respecté, elle aurait obtenu les compléments nécessaires pour allouer les prestations légales. A l'appui de son recours, H.B._____ produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- une déposition écrite établie le 30 mars 2017 par B.B._____, rédigée en ces termes :

"Madame, Monsieur,

Par la présente, j'atteste avoir été présente le jour de l'accident de Monsieur H.B._____.

En effet, en date du 2 octobre 2015, j'étais présente au dépôt de la société B._____ SA, à 1 mètre de Monsieur H.B._____. Il portait des béquilles, en marchant, sa béquille a gliss[é] et il est tombé fortement sur le sol, sur le côté droit de son corps. Je me suis précipitée vers lui, et il s'est plaint d'une douleur à l'épaule. Je l'ai aidé à se relever. Vu la force de sa chute, il n'est pas étonnant que des problèmes d'épaulas [sic] se sont déclarés par la suite.

[...]"

- un compte-rendu établi le 1^{er} mai 2017 par le Dr X._____ à la demande du conseil du recourant, exposant ce qui suit :

"Il est clair que la chute du 2 octobre 2015 avec impact direct sur l'épaule droite peut engendrer une lésion du tendon dont souffre le patient susmentionné, mais je ne peux pas affirmer à 100% le lien de causalité. »

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet dans sa réponse du 7 juin 2017. Elle observe en particulier que malgré ses investigations, la date de l'accident n'a pas pu être clairement établie. Le recourant lui a en effet indiqué au téléphone qu'il était en arrêt

maladie depuis le 28 septembre 2015, que l'accident avait eu lieu en octobre mais qu'il ne se souvenait plus de la date. Le Dr K. _____ a, quant à lui, indiqué avoir prodigué les premiers soins le 1^{er} octobre 2015 pour des douleurs à l'épaule droite ; or, le recourant soutient que cette consultation avait pour objet ses problèmes aux jambes et que ses douleurs à l'épaule droite ne l'ont amené à consulter le Dr K. _____ qu'en février 2016. Quant à B.B. _____, elle a affirmé avoir été témoin d'une chute le 2 octobre 2015. Sous un autre angle, la CNA observe que rien au dossier ne prouve la survenance d'un événement dommageable. A cet égard, elle rappelle que les rapports médicaux au dossier - singulièrement ceux des Drs F. _____ (7 mars 2016), X. _____ (12 avril 2016) et K. _____ (reçu le 10 mai 2016) - ne font état d'aucune chute dans l'anamnèse. Elle souligne de surcroît que le témoignage de B.B. _____ doit être apprécié avec rigueur dans la mesure où il s'agit de la belle-sœur du recourant et de la secrétaire de la société B. _____ SA. A cela s'ajoute que ledit témoignage a été produit en procédure de recours, alors même que B.B. _____ aurait pu s'exprimer lors de l'entretien du 9 août 2016 déjà ; ce témoignage se trouve de surcroît en contradiction avec les déclarations de l'assuré selon lesquelles la chute n'était pas très violente et la douleur supportable, la prénommée ayant quant à elle affirmé que l'intéressé était tombé fortement, qu'il s'était immédiatement plaint d'une douleur à l'épaule et que ses troubles n'étaient pas étonnants vu la force de la chute. La Caisse conteste par ailleurs toute lacune d'instruction, soulignant en particulier que le recourant aurait pu inviter B.B. _____ à faire part de ses observations le 9 août 2016. Elle considère également que même si l'assuré pensait que ses douleurs allaient diminuer, il ne paraît pas réaliste qu'il ait attendu plus de trois mois pour se rendre compte que tel n'était pas le cas et consulter un médecin. Dans ces conditions, la CNA estime avoir retenu à bon droit que la survenance d'un accident n'avait pas été établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle en déduit qu'il n'y a ainsi pas lieu d'examiner l'existence d'un lien de causalité entre les troubles et les faits allégués et que, en l'absence de cause extérieure, c'est à juste titre que le recourant s'est vu refuser tout droit aux prestations.

En date du 11 juillet 2017, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 4 mai 2017 et désigné Me Sophie Leuenberger en tant qu'avocat d'office.

Par envoi du 15 septembre 2017, le recourant a produit trois attestations non datées émanant respectivement de T._____, M._____, et C.B._____, ainsi que leurs traductions en français libellées comme suit :

- T._____ :

"Par la présente je : T._____ [...] ouvrier chapeur et collègue de travail de H.B._____, confirme qu'en octobre 2015 mon collègue m'a dit en conversation qu'il était tombé avec la canne."

- M._____ :

"Moi M._____,
20 octobre on a bu moi et H.B._____ un café et il m'a raconté qu'il a eu un accident et il aurait mal à l'épaule."

- C.B._____ :

"Le 8 ou le 10 octobre 2015, H.B._____ m'a raconté qu'il a eu un accident et qu'il est tombé en béquille. Mais aussi j'ai vu qu'il avait des douleurs à l'épaule."

Aux termes de sa réplique du 23 octobre 2017, le recourant a maintenu ses précédents motifs et conclusions. Il soutient en particulier que rien ne permet de douter de ses déclarations, ni de celles de son entourage quant à la survenance de l'accident du 2 octobre 2015. Il fait par ailleurs valoir que l'intimée n'a pas instruit la question du lien de causalité entre ses lésions et l'événement susdit, les médecins n'ayant en particulier pas été interpellés sur cette question. Il invoque également une violation du droit d'être entendu, dans la mesure où ce n'est qu'à la lecture de la décision sur opposition attaquée qu'il a pu constater que la survenance d'une chute le 2 octobre 2015 était litigieuse. Concernant de surcroît l'existence d'un lien de causalité, il se prévaut d'un rapport établi

le 27 septembre 2017 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et sollicite, si la question devait demeurer litigieuse, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer l'origine de ses troubles.

Du rapport du Dr S._____ du 27 septembre 2017, on extrait ce qui suit :

"Diagnostic

- Lésion partielle du tendon supra-épineux droit, avec tendinopathie du long chef du biceps, post-traumatique le 2 octobre 2015.

Anamnèse

Patient travaillant anciennement dans la construction, qui est victime d'une chute de sa hauteur le 2 octobre 2015, alors qu'il marchait avec des béquilles. Cette chute a entraîné un choc direct au niveau de l'épaule droite et Monsieur H.B._____, présente depuis lors des douleurs de cette épaule, avec une impotence fonctionnelle. L'évolution reste stagnante, malgré la physiothérapie.

[...]

Attitude

[...]

Pour ce qui est du lien de causalité, ceci doit être évalué dans le cadre d'une expertise. Sur la base de l'IRM de 2016, il n'est d'ailleurs pas possible de se prononcer quant à l'étiologie de la lésion tendineuse.

Le patient n'ayant jamais présenté une symptomatologie douloureuse de cette épaule avant l'accident du 02.10.2015, l'étiologie de la lésion tendineuse du supra-épineux droit [...] est possiblement en lien avec le traumatisme du 2 octobre 2015."

Dupliquant le 13 décembre 2017, l'intimée a confirmé sa position. Sur le plan formel, elle observe que le recourant a pu se déterminer sur la question de la survenance de l'accident les 9 mai, 9 août et 7 décembre 2016, ainsi que devant la Cour de céans ; cela étant, la Caisse estime qu'il n'y a pas eu de violation du droit d'être entendu, subsidiairement que celle-ci a été guérie en procédure judiciaire. Elle réitère en outre son appréciation s'agissant de la survenance de l'accident et relève, de surcroît, avoir instruit la problématique du lien de causalité

entre l'événement annoncé et les troubles de l'épaule droite, se référant à cet égard aux demandes de renseignements adressées aux Drs X._____, K._____, et V._____ et réfutant ainsi la nécessité d'un complément d'instruction.

Le 31 janvier 2018, Me Leuenberger a produit la liste détaillée de ses opérations et débours relative à la présente procédure.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Dans le cas particulier, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 16 mars 2017, à nier le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles à l'épaule droite annoncés le 26 avril 2016.

c) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date - alléguée - de l'événement litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. Dans la mesure où le recourant invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu

doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir indiqué avant la décision sur opposition du 16 mars 2017 qu'elle réfutait la survenance même d'un accident le 2 octobre 2015 (cf. réplique du 23 octobre 2017 p. 2 s.).

Certes, quand bien même l'avis du Dr Z. _____ du 9 janvier 2017 mettait en doute l'existence d'un véritable traumatisme les 28 septembre ou 2 octobre 2015, la CNA n'a pas formellement soulevé ce point dans la décision du 24 janvier 2017, qui portait exclusivement sur la problématique du lien de causalité, mais uniquement au stade de la décision sur opposition du 16 mars 2017. On peut ainsi se demander si l'intimée n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant. La question peut néanmoins rester indécise. En effet, il n'en demeure pas moins que le recourant a valablement pu faire valoir ses arguments sur le sujet (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017, écriture du 15 septembre 2017 et réplique du 23 octobre 2017), pièces à l'appui (cf. dépositions écrites de B.B. _____, T. _____, C.B. _____ et C.B. _____), tout au long de la présente procédure judiciaire ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer - le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Par conséquent, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être écarté.

4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). Est réputée 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 (cf. art. 4 LPGGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1 avec les références).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et

129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert de surcroît un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a ; cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; cf. TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 2c supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont

semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui a été abrogé au 1^{er} janvier 2017 (cf. consid. 2c supra). Cette disposition prévoit que 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, dont la liste est exhaustive (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),
- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et
- les lésions du tympan (let. h).

b) 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 (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; cf. TF 8C_485/2017 du 20 mars 2018 consid. 3). 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 (cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

A 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 qui présente 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 (cf. ATF 139 V 327 et 129 V 466 ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

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 énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA (cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.1).

c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (cf. ATF 143 V 168 consid. 5.2.2. et 121 V 45 consid. 2a avec les arrêts cités ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3).

7. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1).

8. Il n'est pas contesté que le recourant présente des lésions tendineuses tombant sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. dans ce sens TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1).

Si le recourant soutient que ses lésions sont dues à une chute le 2 octobre 2015 (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017 p. 6 ss, écriture du 15 septembre 2017 et réplique du 23 octobre 2017), l'intimée réfute, en revanche, la survenance même d'un événement traumatique (cf. décision sur opposition du 16 mars 2017 p. 6 s., réponse du 7 juin 2017 p. 6 ss et duplique du 13 décembre 2017 p. 2), respectivement l'existence d'un lien de causalité entre l'événement allégué et les lésions constatées (cf. décision sur opposition du 16 mars 2017 p. 7 et duplique du 13 décembre 2017 p. 2).

9. Pour ce qui est de la survenance d'un événement traumatique, la Cour de céans ne peut que rejoindre les doutes émis par la CNA.

a) Le dossier constitué en procédure administrative comporte, à cet égard, des indications pour le moins floues, voire même contradictoires.

On constate en effet qu'aux termes de la déclaration d'accident du 26 avril 2016, l'employeur a indiqué que l'assuré, en arrêt maladie depuis le mois de septembre 2015 pour des problèmes aux jambes (dus, vraisemblablement, au diabète), avait dû prendre des

béquilles et se plaignait de douleurs aux épaules depuis le mois de février 2016. Il apparaît ainsi qu'au stade des premières déclarations (cf. consid. 6c supra) imputables au recourant, les douleurs à l'épaule ont - implicitement - été mises en relation avec l'usage de béquilles, sans référence à un quelconque accident, et ont été situées à une date bien postérieure à celle du 2 octobre 2015. Peu importe, sur ce point, la méconnaissance du français invoquée par le recourant ou le fait qu'il ne serait pas l'auteur de la déclaration de sinistre (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017 pp 2 et 7) ; en tout état de cause, il ne pouvait ignorer qu'il avait à répondre de la véracité des faits reportés, le cas échéant en s'adjoignant les services de sa belle-sœur B.B. _____ (comme il l'a fait le 9 août 2016), dont il est admis qu'il s'agit également de la secrétaire de B. _____ SA, étant au surplus relevé qu'un lien de parenté avec l'administrateur unique de ladite société -P.B. _____, selon le Registre du commerce vaudois - n'est de loin pas exclu au vu de l'identité des patronymes. Le recourant n'a du reste pas fourni d'indications plus détaillées lors de l'entretien téléphonique du 9 mai 2016 avec la CNA, faisant laconiquement référence à un accident dont il ne se souvenait plus de la date. Puis, lors de l'entretien intervenu le 9 août 2016 en présence de sa belle-sœur B.B. _____, l'assuré a exposé qu'il avait consulté le Dr K. _____ le 1^{er} octobre 2015 pour ses jambes, qu'il avait commencé à utiliser des cannes anglaises à cette même date et que, le 2 octobre 2015, l'une de ses cannes avait glissé en marchant sur la chaussée mouillée et l'avait fait tomber sur l'épaule droite (cf. également écritures des 7 décembre 2016 et 28 janvier 2017) ; il a également précisé que la chute n'avait pas été très violente et que la douleur s'était avérée supportable mais que sa persistance l'avait poussé à en parler au Dr K. _____ en février 2016, après quoi des examens et une consultation auprès du Dr X. _____ avaient été organisés. Cela étant, on peut s'étonner que de telles précisions - outre qu'elles tranchent singulièrement avec les propos formulés dans la déclaration d'accident ou le silence adopté lors de l'entretien téléphonique du 9 mai 2016 - n'aient pu être fournies précédemment.

Les renseignements obtenus auprès des médecins consultés viennent encore rajouter à la confusion. Ainsi, aux termes de son rapport d'arthro-IRM du 7 mars 2016, le Dr F._____ s'est uniquement référé, sous la rubrique « *Indication* », à un bilan pour des douleurs persistantes de l'épaule droite et n'a à aucun moment évoqué d'accident. Interpellé par la CNA concernant « *l'assuré [...] déjà malade et en traitement chez vous avant son accident* » (cf. courrier de la CNA du 4 mai 2016), le Dr K._____ a initialement signalé un début de prise en charge au 1^{er} octobre 2015 sans autre information au dossier (cf. note manuscrite du 10 mai 2016). Il a ensuite fait état d'un traitement entrepris le 1^{er} octobre 2015 pour des troubles de l'épaule (cf. rapport du 17 mai 2016). Or, dans cette hypothèse, on comprend mal que le bilan radiologique n'ait été effectué que le 7 mars 2016. A cela s'ajoute que les réponses du Dr K._____, qui n'évoquent aucun accident, se situent en contradiction avec la thèse de l'assuré attribuant la consultation du 1^{er} octobre 2015 à des troubles aux jambes et faisant intervenir la chute sur l'épaule droite à la date du 2 octobre 2015 avec un début de traitement en février 2016 (cf. procès-verbal d'entretien du 9 août 2016). S'agissant enfin du Dr X._____, il a mentionné le 12 avril 2016 des douleurs à l'épaule droite apparues quatre à cinq mois plus tôt, soit en tous les cas à une date postérieure au mois d'octobre 2015.

Prises dans leur globalité, ces divergences pouvaient donc amener la CNA à retenir, dans la décision litigieuse, que la survenance d'un événement traumatique n'était pas établie à satisfaction de droit - comme l'avait du reste déjà relevé le Dr Z._____ en date du 9 janvier 2017.

b) Les dépositions écrites produites en procédure judiciaire n'y viennent rien changer. S'agissant de B.B._____, elle a déclaré le 30 mars 2017 qu'elle se trouvait dans le dépôt de la société B._____ SA le 2 octobre 2015, à un mètre du recourant, lorsque la béquille de ce dernier avait glissé et l'avait fait chuter fortement au sol. D'une part, on peut s'étonner que l'assuré se soit trouvé le 2 octobre 2015 dans les locaux de son employeur, alors même qu'il était dans l'incapacité d'effectuer son

travail depuis le 28 septembre 2015 en raison de problèmes aux jambes. D'autre part, les propos de B.B. _____ situant l'accident dans le dépôt de la société s'opposent manifestement à la version fournie le 9 août 2016, selon laquelle l'assuré marchait sur la chaussée mouillée lors de sa chute. Enfin, on rappellera que l'intéressé a décrit une chute « *pas très violente* » le 9 août 2016, ce qui cadre mal avec la forte chute évoquée par sa belle-sœur. Compte tenu de telles zones d'ombre, les explications fournies par B.B. _____ ne sauraient donc emporter la conviction de la Cour de céans. Le même constat s'impose en ce qui concerne les attestations fournies par T. _____, C.B. _____, ainsi que C.B. _____, lesquels se contentent de répéter les dires du recourant sur le sujet, ce qui ne saurait être considéré comme suffisant au degré de la vraisemblance prépondérante.

C'est encore le lieu de relever que si le rapport du Dr S. _____ du 27 septembre 2017 mentionne certes une chute en marchant avec des béquilles, cette référence repose de toute évidence sur les seuls dires du patient *a posteriori* et doit ainsi être considérée avec prudence. A cela s'ajoute que l'on n'y retrouve aucune notion de glissade, à l'inverse des versions précédemment fournies par l'assuré (cf. procès-verbal d'entretien du 9 août 2016 p. 1) ou B.B. _____ (cf. déposition écrite du 30 mars 2017). On ne saurait donc voir là d'indice significatif plaidant en faveur de la survenance d'un événement accidentel le 2 octobre 2015.

c) A l'aune de ces éléments, force est d'admettre la légitimité des doutes émis par l'intimée quant à la survenance même d'un événement extérieur spécifique le 2 octobre 2015. Or, le droit à des prestations de l'assurance-accidents ne saurait être reconnu en l'absence de circonstances accidentelles. Sous cet angle, la décision attaquée échappe donc à la critique.

10. A cela s'ajoute que, même à admettre la survenance d'un événement traumatique le 2 octobre 2015, les exigences en matière de causalité ne seraient pas remplies dans le cas particulier.

a) On relèvera à cet égard que la CNA a interpellé son médecin d'arrondissement sur le sujet et que, les 30 novembre et 30 décembre 2016, le Dr Z._____ a nié toute relation de causalité entre l'accident et les lésions du recourant. A teneur de son rapport du 9 janvier 2017, ce médecin a précisé qu'il doutait de l'existence d'un véritable traumatisme de l'épaule droite le 28 septembre ou le 2 octobre 2015 et qu'il confirmait ainsi que l'incapacité de travail attestée n'était pas en relation de causalité avec les seules suites de l'accident annoncé (cf. rapport du 9 janvier 2017 p. 2). Cela étant, il apparaît que pour se prononcer sur la causalité, le médecin d'arrondissement de la CNA a essentiellement raisonné sur la base de l'absence d'événement traumatique. C'est toutefois oublier que la question de la causalité ne peut se poser que pour autant qu'il y ait, en amont, un événement accidentel ; elle n'a en revanche pas lieu d'être en l'absence d'événement dommageable de caractère accidentel.

b) Ce nonobstant, les autres avis médicaux au dossier ne permettent pas de conclure à un lien de causalité entre l'accident allégué et les troubles de l'épaule droite.

A cet égard, on relèvera que le Dr F._____ n'a pas rapporté de lésion traumatique à la suite de l'arthro-IRM réalisée le 7 mars 2016. De même, le Dr K._____ n'a pas évoqué d'origine accidentelle en lien avec les troubles de l'assuré, que ce soit dans sa réponse réceptionnée le 10 mai 2016 ou dans le rapport établi le 17 mai 2016. Au surplus, on relèvera non sans un certain étonnement que le Dr K._____ a alternativement mis en lien l'incapacité de travail de son patient avec une maladie ou un accident, selon les différents certificats d'arrêt de travail au dossier. On ne trouve également aucune trace d'une lésion traumatique dans le rapport du Dr V._____ du 26 septembre 2016. S'agissant du Dr X._____, il n'a pas non plus, dans son compte-rendu du 12 avril 2016, mis les lésions constatées en lien avec un quelconque accident. Il s'est en outre limité, dans son avis du 1^{er} mai 2017, à qualifier de possible - et non probable - un éventuel lien de cause à effet entre la chute subie et les lésions constatées (« [...] *la chute du 2 octobre 2015 [...] peut engendrer*

une lésion du tendon [...] »), ce qui est insuffisant en matière de causalité (cf. consid. 4b supra). Le Dr S. _____ a lui aussi, dans son rapport du 27 septembre 2017, estimé que ce lien était possible (p. 2 : « [...] l'étiologie de la lésion tendineuse [...] est possiblement en lien avec le traumatisme du 2 octobre 2015 »), mais il ne l'a pas pour autant considéré comme probable au sens entendu par la jurisprudence (cf. consid. 4b supra). Peu importe, sous cet angle, qu'il ait retenu qu'une expertise s'imposait dans la mesure où l'IRM de 2016 ne permettait pas de se prononcer sur l'étiologie de la lésion. En effet, on ne voit pas en quoi d'autres spécialistes pourraient apporter un éclairage nouveau en la matière, alors même que les Drs X. _____, V. _____, Z. _____ et S. _____ disposent tous d'une spécialisation en chirurgie orthopédique et qu'aucun d'entre eux n'a été en mesure de conclure à un lien de causalité à tout le moins vraisemblable.

c) L'existence d'un lien de causalité naturelle doit d'autant moins être admise que, nonobstant la chute hypothétiquement survenue le 2 octobre 2015, l'assuré a, de son propre aveu (cf. procès-verbal d'entretien du 9 août 2016 p. 1 ; cf. également mémoire de recours du 4 mai 2017 pp 3 et 9), attendu plus de trois mois avant de consulter un médecin en février 2016 au sujet de ses douleurs à l'épaule droite, cela alors même qu'il était suivi depuis le 1^{er} octobre 2015. Or, l'écoulement d'un tel laps de temps exclut, selon la jurisprudence, l'application de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA en relation avec une éventuelle lésion tendineuse dont les symptômes auraient été déclenchés par une chute le 2 octobre 2015 (cf. TF 8C_940/2008 & 8C_942/2008 du 25 août 2009 consid. 5.3 ; cf. également TF 8C_1/2015 du 27 mai 2015 consid. 3.3 et TFA U 179/04 du 13 juillet 2005 consid. 4.3).

d) Au regard de ces différents éléments, il faut admettre que dans le cas particulier, l'intimée pouvait, sans violer son devoir d'instruction d'office (cf. art. 43 al. 1 LPGa), nier l'existence d'un lien de causalité naturelle – notion qui se confond avec la causalité adéquate dans le cas d'une atteinte à la santé physique, comme en l'espèce (cf. consid.

4c supra). Sur ce plan également, la décision litigieuse n'est donc pas critiquable.

11. Il suit de là que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant d'allouer des prestations d'assurance au recourant.

Cela étant, vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant – singulièrement, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire – n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent quant aux éléments retenus ci-dessus et peut, dès lors, être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par l'intimée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Leuenberger a produit une liste de ses opérations le 31 janvier 2018, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (16,20 en 2017 [dont 1,40 par un avocat-stagiaire] et 1,20 en 2018) et des débours (71 fr. 40 en 2017 et 0 fr. 60 en 2018 fr.) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (cf. ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Leuenberger s'élève donc à 3'353 fr. 85, y compris la TVA de 8 % en 2017 et 7,7 % en 2018.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 mars 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Sophie Leuenberger, conseil du recourant, est arrêtée à fr. 3'353 fr. 85 (trois mille trois cent cinquante-trois francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA inclus.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Sophie Leuenberger (pour H.B. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :