

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, exerçait la profession d'aide-monteur en échafaudage pour [...]. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Par déclaration du 20 octobre 2016, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA un accident survenu le jour-même. Le sinistre était décrit comme suit : « en montant les escaliers mouillés des vestiaires du lieu de travail, deux personnes descendaient et l'ont bousculé sans le vouloir et notre candidat a chuté depuis la deuxième marche sur l'épaule gauche. Douleurs immédiates avec impotence fonctionnelle ». L'employeur faisait état d'une contusion de l'épaule gauche.

Dans un rapport du 20 octobre 2016 des Drs N._____, R._____ et M._____ de l'Hôpital Q._____, il était diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche. L'examen clinique ne montrait pas de tuméfaction ni d'hématome visible de l'épaule gauche. Les médecins observaient une « hypoesthésie D4 P1P2, D5 P1P2 face ulno-palmaire et main au niveau du 5^{ème} métacarpien face palmaire à G. Pas de trouble de la motricité ». Il était précisé que les radiographies ne révélaient pas de fracture visible.

Le 23 octobre 2016, l'assuré a repris le travail à temps plein.

Le 16 mars 2017, l'employeur de l'assuré a déclaré une rechute de l'accident du 20 octobre 2016. La date de la rechute était le 9 janvier 2017.

L'assuré a par la suite consulté de Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans

son rapport du 31 mars 2017, ce médecin a notamment écrit ce qui suit, sous la partie « Appréciation du cas » :

« Ce patient présente des douleurs de son épaule gauche associées à des cervico-brachialgies avec une hypoesthésie au niveau de D4 et D5. Sur l'IRM il n'y a pas de lésion chirurgicale mais je pense qu'il faudrait aller un tout petit peu plus loin dans les investigations, raison pour laquelle j'ai fait un bon pour une arthro-IRM de l'épaule G et une IRM cervicale afin d'évaluer exactement la situation. »

Dans un rapport du 4 avril 2017 du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, a écrit sous le point « 1. Diagnostic » : « limitation de la mobilité et des douleurs de l'épaule gauche associées à des cervico-brachialgies avec hypoesthésie au niveau de D4 et D5. Suspicion de lésion SLAP [réd. : Superior Labrum from Anterior to Posterior] ».

Une IRM du rachis cervical a également été réalisée le 5 avril 2017. Cet examen a révélé une discrète disc-uncarthrose en C5-C6 et C6-C7, à l'origine d'un discret rétrécissement foraminaux gauche à ces deux niveaux, susceptible d'entrer en conflit avec les racines C6 et C7 gauches.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 13 avril 2017. Il ressort notamment ce qui suit du rapport d'examen du 19 avril 2017 relatif :

« Capacité articulaire gléno-humérale conservée. Absence d'opacification de la bourse sous-acromiale.

Absence de déchirure transfixiante ou partielle des faces articulaires ou bursales des tendons supra-épineux, infra-épineux ou subscapulaire.

Bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Le tendon du long chef du biceps n'est pas visualisé au niveau de sa portion intra-articulaire horizontale ni au sein de la gouttière bicipitale, suggérant une rupture.

Aspect aminci et dégénératif du labrum antérieur, sans fissuration. Absence de lésion de type SLAP.

Pas d'amincissement significatif du cartilage gléno-huméral. Pas de lésion osseuse focale.

Bonne trophicité des muscles de la coiffe, sans signe d'involution graisseuse significative.

Absence d'arthropathie acromio-claviculaire »

Dans un rapport du 2 mai 2017, le Dr X._____ a indiqué que l'arthro-IRM de l'épaule gauche ne montrait aucune lésion chirurgicale. Il y avait une ancienne rupture du long chef du biceps mais qui n'avait rien à voir avec les douleurs de l'intéressé. Par contre, au niveau cervical, l'IRM montrait un rétrécissement foraminal C5-C6 et C6-C7 pouvant entrer en conflit avec les racines C6 et C7 gauche et pouvant expliquer la symptomatologie du patient. Le Dr X._____ suggérait que l'assuré soit vu par un spécialiste de la colonne vertébrale et du rachis cervical afin d'avoir une évaluation plus précise et une ligne de conduite.

Le dossier de la cause a été soumis au médecin-conseil de la CNA, la Dresse V._____. Dans son appréciation du 23 mai 2017, cette dernière a considéré que les lésions présentées par l'assuré étaient de nature dégénérative et préexistantes à l'événement du 20 octobre 2016, lequel avait entraîné une contusion de l'épaule gauche sans lésion structurelle. Dit événement avait largement et entièrement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation chez le Dr X._____, voire même avant.

Par décision du 1^{er} juin 2017, la CNA a refusé d'allouer des prestations à l'assuré, au motif que selon les conclusions de son médecin-conseil, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 20 octobre 2016 et les troubles de l'épaule gauche et du rachis cervical.

Le 3 juillet 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. En substance, il invoquait que la chute sur l'épaule gauche le 20 octobre 2016 avait engendré immédiatement des douleurs à l'épaule, au bras et aux doigts de la main gauche, comme le confirmait le document médical de l'Hôpital de [...]. Il ajoutait qu'après un court arrêt, il avait repris le travail jusqu'au 8 janvier 2017, avec de fortes douleurs et

grâce aux médicaments. La douleur devenant vraiment difficile à supporter, son médecin l'avait mis en arrêt à 100 % depuis le 9 janvier 2017 jusqu'au 16 juillet 2017 au minimum. Citant les avis des Drs X._____ et W._____, l'assuré était d'avis que ses douleurs étaient en lien avec l'accident d'octobre 2016. L'assuré produisait également une série de documents médicaux, dont un rapport du 29 juin 2017 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce dernier posait le diagnostic de tendinopathie du long-chef du biceps de l'épaule gauche et de canal cervical étroit en C5-C6 et C6-C7 à gauche. Il indiquait notamment que son patient présentait des douleurs à l'épaule gauche avec cervico-brachialgie et des fourmillements au niveau du quatrième et cinquième doigt de la main gauche, évoluant depuis son accident du 20 octobre 2016. Sous la partie « Discussion », ce médecin écrivait en outre ce qui suit :

« M. T._____ patient âgé de 41 ans en bonne santé habituelle, présente des cervico-brachialgie gauche avec, à l'IRM cervicale, un canal cervical étroit C5-C6 et C6-C7 à gauche. L'épaule gauche n'a aucune indication chirurgicale.

Vu la symptomatologie de la cervico-brachialgie à gauche, et vu que le patient est suivi par le neurochirurgien, le Dr. D._____, qui a prévu un ENMG, nous suggérons de continuer le traitement avec le Dr. D._____.

Du point de vue orthopédique, nous ne pensons pas qu'une intervention peut améliorer la symptomatologie douloureuse, mais nous restons volontiers à votre disposition. »

Le 11 juillet 2017, l'assuré a notamment produit un rapport du 22 juin 2017 du Dr D._____, spécialiste en neurochirurgie, dont le contenu était le suivant :

« Je ne retourne pas sur l'anamnèse et les antécédents. MT._____ me signale qu'il a présenté un traumatisme au niveau de l'épaule au cours d'octobre 2016. Il a consulté le Dr X._____ en avril et mai 2017 qui a réalisé une arthro-IRM de l'épaule gauche ne montrant pas de lésion chirurgicale ainsi qu'une IRM cervicale montrant un conflit disco-radicaire avec la racine C7 gauche, avec une discopathie C5-C6 qui pourrait éventuellement légèrement être en conflit avec la racine C6 gauche mais le patient présente surtout une douleur de la mobilisation du bras, sans cervicalgie, sans irradiation radicaire bien défini et le douleur s'irradie plutôt dans la face ulnaire du bras gauche, ne correspondant pas naturellement à un dermatome C7 gauche. L'examen du réflexe tricipital est présent et le signe l'hermitte est négatif. Il n'y a aucun élément qui plaide en

faveur d'une radiculopathie C7 gauche. Je préférerais qu'on réalise un ENMG, effectué par le Dr C. _____ qui consulte dans mon cabinet, afin d'exclure une neuropathie périphérique. Examen prévu le lundi 10.07.2017. »

L'assuré produisait aussi un rapport du 9 mars 2017 du Dr F. _____, spécialiste en radiologie, relatif à l'IRM de l'épaule gauche réalisée le 8 mars 2017, et dont la conclusion était qu'il présentait une lésion labrale antéro-supérieure suspecte d'un SLAP, une tendinose du sus-épineux et une légère bursite sous-acromio-deltaïdienne accompagnatrice, de même qu'une « probable capsulite rétractile (au décours ?) ».

Le dossier de l'assuré a une nouvelle fois été soumis au médecin-conseil de la CNA. Dans son appréciation du 21 juillet 2017, la Dresse V. _____ a déclaré ce qui suit, sous la partie « Appréciation » :

« Cet assuré a donc présenté le 20.10.2016 une chute sur l'épaule gauche qui n'a pas entraîné de lésion structurelle mais une impotence fonctionnelle immédiate. L'assuré a pu reprendre son activité 100% mais en raison de douleurs persistantes à l'épaule gauche, il a consulté son médecin traitant qui l'a mis en incapacité de travail totale à 100% dès le 09.01.2017.

Les investigations faites, tout d'abord sous la forme d'une IRM du rachis cervical du 05.04.2017, mettent en évidence une discrète uncarthrose C5-C6 et C6-C7 à l'origine d'un discret rétrécissement foraminaux gauche à ces 2 niveaux susceptibles d'entrer en conflit avec les racines C6 et C7 gauches. Il s'agit clairement de lésions dégénératives qui sont sans lien avec la chute survenue le 20.10.2016. L'assuré a d'ailleurs consulté à l'hôpital immédiatement pour des douleurs de l'épaule et les cervico-brachialgies sont survenues après, mais elles ont fait l'objet d'investigations car l'assuré se plaignait de douleurs avec hypoesthésie des doigts 4 et 5 lors de la consultation du 23.02.2017 à l'hôpital Q. _____ Les troubles présentés au niveau cervico-brachial sont clairement de nature dégénérative et ne peuvent être mis en relation de causalité probable avec la chute du 20.10.2016.

En ce qui concerne l'épaule gauche, les radiographies effectuées le 20.10.2016 n'ont pas montré de lésion osseuse traumatique immédiatement après la chute. Quant à l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 13.04.2017 elle a exclu toute lésion traumatique puisque il a été retenu une probable rupture (ancienne) du tendon du long chef du biceps avec une intégrité des différents tendons de la coiffe des rotateurs et un aspect aminci dégénératif du labrum antérieur. Aucune lésion traumatique liée à chute du 20.10.2016 n'a pu être retenue. Ceci a été confirmé lors de la consultation du Dr X. _____ 10.05.2017 dans son rapport du 02.05.2017 où il retient clairement que l'arthro-IRM de l'épaule gauche ne montre aucune lésion

chirurgicale qu'il y a une ancienne rupture du long chef du biceps (mais qui n'a rien à voir avec les douleurs de l'assuré). Il évoque les douleurs cervicales et propose un suivi chez un spécialiste de la colonne vertébrale.

Comme déjà mentionné dans notre avis du 23.05.2017, la chute du 20.10.2017 a entraîné des douleurs et une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche sans aucune lésion structurelle mise en évidence. L'événement du 20.10.2016 qui a entraîné une contusion de l'épaule gauche avait donc largement et totalement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation chez le Dr X. _____ le 01.05.2017 voire même avant.

En ce qui concerne les cervico-brachialgies, elles sont clairement à mettre en lien avec des troubles dégénératifs sans rapport de causalité probable avec l'événement, le rapport de causalité étant à peine possible.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les éléments apportés par l'assuré ne modifient pas notre appréciation du 23.05.2017 et nous retenons donc que l'assuré a présenté suite à la chute du 20.10.2016 une contusion de l'épaule gauche sans lésion structurelle. Les troubles dont se plaint l'assuré notamment dans sa contestation du 03.07.2017, ne peuvent donc plus être mis en relation de causalité probable avec la chute du 20.10.2016.

Quant aux douleurs cervico-brachiales, elles sont en lien de causalité certain avec des troubles dégénératifs préexistants à la chute.

Les douleurs de l'épaule gauche quant à elles, ne sont plus en relation de causalité pour le moins probable avec la contusion de l'épaule, mais bel et bien avec les troubles dégénératifs au niveau du rachis cervical qui entraînent des douleurs cervico-brachiales. »

Par décision sur opposition du 11 août 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, faisant notamment sienne l'appréciation de la Dresse V. _____, selon laquelle l'accident avait entraîné une contusion de l'épaule gauche sans lésion structurelle et avait cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation chez le Dr X. _____, voire même avant. Pour elle, les lésions mises en évidence sur l'IRM de la colonne cervicale étaient de nature dégénérative et n'avaient rien à voir avec l'accident. Elle relevait aussi que les cervicobrachialgies étaient survenues après et avaient fait l'objet d'investigation car l'assuré se plaignait de douleurs avec hypoesthésie des doigts 4 et 5 lors de la consultation du 23 février 2017 à l'Hôpital Q. _____. La CNA mentionnait de surcroît que lors de la consultation du 20 octobre 2016, seul le diagnostic de contusion de l'épaule gauche avait été posé, que le bilan

radiologique ne montrait aucune lésion traumatique, le Dr X. _____ ayant retenu une probable rupture ancienne du long chef du biceps avec une intégrité des différents tendons de la coiffe des rotateurs et un aspect aminci dégénératif du labrum. S'agissant d'une éventuelle neuropathie périphérique, soit une atteinte du système nerveux, la CNA était d'avis que cette problématique ne la concernait pas.

Dans un rapport du 10 juillet 2017 produit au dossier de la CNA le 17 août 2017, le Dr C. _____, spécialiste en neurologie, a écrit ce qui suit à la suite d'un examen électrophysiologique :

« CONCLUSIONS

Cet examen [ndlr : électroneuromyographie] met en évidence des signes suggestifs d'une atteinte du nerf ulnaire à gauche de type mécanique probablement situé au niveau du coude expliquant la symptomatologie présentée par le patient concernant les deux derniers doigts, en effet il existe une discrète atteinte myélinique sous forme de ralentissement focal au cours de la vitesse de conduction qui reste de l'ordre de la suggestion et ne permet pas la confirmation d'une atteinte de ce nerf réunit trouver plutôt un bloc de conduction qui est plus parlant, il existe également une asymétrie des amplitudes de la réponse du nerf ulnaire en défaveur du côté gauche mais restent 50 % ce qui ne remplit pas les critères pour retenir le diagnostic d'une perte axonale sur un atteinte nerveuse périphérique.

L'absence de signes de dénervation aiguë au niveau du myotomes 64 [sic] à D1 parle contre une lésion radiculaire à ces niveaux, l'examen était réalisé en raison de la mise en évidence de conflit radiculaire C7 et à moindre mesure C6 du côté gauche. A noter la présence d'une atteinte du nerf médian lors de son passage dans le canal carpien des deux côtés un peu plus marqué à droite, cette atteinte est symptomatique [sic] et de découverte fortuite.

Au total le patient présente des douleurs du niveau des épaules liées aux structures ostéo-tendineuse et ligamentaire, une composante de souffrances du nerf radial au niveau de la région de l'épaule n'est pas exclue mais la présentation clinique c'est que les résultats de l'examen électroneuromyographique parlent contre une atteinte du plexus cervico-brachial à gauche.

Je propose de :

- revoir le patient dans 3 mois pour un nouvel examen électroneuromyographique de contrôle qui servira à contrôler à la fois l'atteinte du nerf ulnaire et du nerf médian des deux côtés qui est asymptomatique,

- la mise en place d'une attelle rigide à 120° au niveau du coude à gauche qui servira comme test thérapeutique »

C. Par acte du 14 septembre 2017, T. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 11 août 2017, concluant à l'annulation de celle-ci et à ce que la CNA prenne en charge toutes les prestations d'assurance liées à l'événement survenu le 20 octobre 2016. A l'appui de son écriture, le recourant invoque en substance que trois médecins, à savoir les Drs W. _____, C. _____ et H. _____, s'accordent à dire que les douleurs sont apparues après l'accident et qu'aucun médecin ne mentionne l'existence d'un éventuel trouble préexistant, la Dresse H. _____ mettant d'ailleurs en exergue que le recourant ne présentait pas de telle symptomatologie avant l'accident. Le recourant reproche en outre à la CNA d'avoir fondé sa décision uniquement sur le rapport médical du Dr X. _____ du 2 mai 2017, lequel indique qu'il n'y a aucune lésion chirurgicale, alors que ce médecin suggère également qu'il soit vu par un spécialiste de la colonne vertébrale et du rachis cervical afin d'avoir une évaluation plus précise et une ligne de conduite. L'intéressé ajoute que le bilan établi par le Dr X. _____ n'est pas définitif et qu'il ne ressort nulle part que les effets de la contusion de l'épaule gauche auraient cessé, ce qui serait d'ailleurs contredit par la Dresse H. _____. Enfin, le recourant reproche à la CNA de ne pas expliquer de quelle manière les troubles dont il souffre seraient apparus sans l'accident, déclarant que quand bien même il s'agirait de troubles dégénératifs, il n'en reste pas moins que la chute a déclenché les douleurs et que celles-ci ne se seraient pas produites de la sorte sans l'accident. Le recourant a également produit un lot de pièces réunies sous bordereau, dont un courrier du 30 août 2017 de la Dresse H. _____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel elle indique que son patient souffre d'une tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche évoluant depuis son accident du 20 octobre 2016. Elle précise notamment que l'intéressé présente également des fourmillements au niveau du quatrième et cinquième doigt à gauche, l'examen du 22 août 2017 mettant en évidence une atteinte du nerf ulnaire à gauche sensitivo-motrice, à confirmer avec un ENMG [électromyographie] ne nouveau dans trois mois. Elle indique en outre que la symptomatologie décrite n'existait pas avant l'accident.

Dans sa réponse du 20 novembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle indique notamment que le seul fait que les symptômes douloureux soient apparus après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un lien de causalité. La CNA conteste en outre avoir fondé son refus d'allouer des prestations sur le seul rapport du Dr X._____ du 2 mai 2017, dès lors que la Dresse [...] s'est prononcée à deux reprises avant qu'elle le rende sa décision sur opposition et que cette dernière conclut que les douleurs du recourant ne sont plus en relation de causalité pour le moins probable avec la contusion subie après son accident du 20 octobre 2016. La CNA ajoute que le jour de la consultation chez le Dr X._____, l'arthro-IRM avait démontré que l'accident n'avait engendré aucune lésion chirurgicale à l'épaule gauche, seule touchée par l'accident. Les troubles du rachis cervical étant purement dégénératifs selon l'intimée, cette dernière estime que c'est à raison qu'elle a considéré que la contusion avait alors largement et totalement cessé de déployer ses effets à cette date. De surcroît, l'intimée a une nouvelle fois soumis le dossier de la cause à la Dr V._____, qui, dans son appréciation médicale complémentaire du 19 octobre 2017, a notamment déclaré ce qui suit :

« Dans notre appréciation du 21.07.2017, nous avons retenu que l'assuré, qui a présenté une chute de sa hauteur sur son épaule G, présentait des douleurs persistantes qui n'étaient pas en lien de causalité certaine ni même probable avec la chute du 20.10.2016.

En effet, la chute de sa hauteur sur l'épaule G n'avait entraîné aucune lésion structurelle et les investigations faites avaient mis en évidence une atteinte dégénérative au niveau du rachis cervical avec discrète uncarthrose C5-C6 et C6-C7 à l'origine d'un discret rétrécissement foraminal G à ces deux niveaux, susceptibles d'entrer en conflit avec les racines C6 et C7 G. Ces lésions étaient préexistantes à la chute survenue le 20.10.2016 et permettaient d'expliquer les douleurs décrites et les plaintes de l'assuré.

Nous avons également retenu que l'événement du 20.10.2016, qui n'avait entraîné qu'une contusion de l'épaule G, avait largement et totalement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation chez le Dr X._____ le 01.05.2017.

L'assuré a fait recours contre la décision sur opposition auprès de la Chambre des assurances sociales du Tribunal Cantonal du canton de Vaud.

3 nouvelles pièces ont été jointes au bordereau de recours, qui nous sont soumises pour appréciation et une nouvelle pièce dans notre dossier médical. Nous les avons décrites ci-dessus en détail.

En ce qui concerne la consultation du Dr W. _____ du 22.06.2017, nous pouvons dire que celle-ci confirme la présence de cervico-brachialgies à G qui sont en lien avec un canal cervical étroit C5-C6 et C6-C7 à G d'origine dégénérative. La consultation du Dr W. _____ confirme donc bel et bien que l'origine des douleurs cervico-brachiales est en lien avec des lésions dégénératives au niveau de la colonne cervicale.

En ce qui concerne l'ENMG du 10.07.2017, il n'a pas mis en évidence une atteinte du plexus brachial ou une atteinte liée à la chute sur l'épaule, mais a mis en évidence une atteinte asymptomatique des 2 nerfs médians au niveau du canal carpien qui est sans lien de causalité certaine ni même probable avec la chute du 20.10.2016. L'ENMG a également mis en évidence une atteinte du nerf ulnaire avec une discrète atteinte myélinique sous forme de ralentissement focal sans signe de certitude d'une atteinte de ce nerf au niveau du nerf ulnaire du côté G.

Le Dr C. _____ retient qu'il s'agit d'une atteinte du nerf ulnaire à G de type mécanique, probablement située au niveau du coude, ce qui expliquerait la symptomatologie, l'hypoesthésie et les paresthésies des doigts 4 et 5. La compression du nerf ulnaire (nerf cubital) est le plus fréquemment située au niveau du coude. En effet les nerfs, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, peuvent être comprimés sur leur trajet lorsqu'ils passent dans des canaux ostéo-fibreux comme c'est le cas au niveau du tunnel carpien par exemple. Le nerf ulnaire s'engage dans une espèce de gouttière au niveau du coude où il peut être comprimé, ceci est fréquent la nuit lorsque la personne dort avec les bras pliés, raison pour laquelle le Dr C. _____ a proposé la mise en place d'une attelle rigide à 120° au niveau du coude à G qui devrait servir de test thérapeutique.

Une atteinte plus haute au niveau du plexus brachial a été écartée par le Dr C. _____.

Par conséquent, cette atteinte au niveau du nerf ulnaire G n'est pas en relation de causalité certaine ni même probable avec la chute du 20.02.2016 qui n'avait pas entraîné de lésion structurelle du coude G.

En ce qui concerne le courrier du Dr H. _____ du 30.08.2017, ce médecin écrit à l'assurance-maladie Assura pour préciser que la symptomatologie persistante n'existait pas avant l'accident du 20.10.2016. Selon ce médecin, l'assuré présente une tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule G évoluant depuis la chute de sa hauteur avec réception sur l'épaule G en date du 20.10.2016. Toujours selon ce médecin, l'IRM de l'épaule G confirmerait le diagnostic clinique. Selon ce médecin, pour preuve de la persistance des douleurs en lien avec la chute du 20.10.2016, il est noté une diminution de la mobilité de l'épaule G avec un Palm-up douloureux ainsi qu'une hypoesthésie des doigts 4 et 5 de la main G.

Nous devons réfuter la diminution de la mobilité de l'épaule G (non étayée par le Dr H. _____) puisque le Dr W. _____, dans sa consultation du 22.06.2017, retenait une abduction à 150°, une flexion à 150° et une rotation externe à 50°, ce qui ne constitue pas une diminution de la mobilité de manière manifeste. Une péjoration ultérieure ne serait être mise en relation avec la chute sur l'épaule G de manière certaine ni même probable. Il note également une bonne fonction au niveau de la rotation externe avec un test de Jobe bien tenu et un Palm-up douloureux.

Comme tous les tests de l'épaule, ceux-ci sont indicatifs et renseignent sur d'éventuelles lésions voire atteinte tendineuse, mais ne sont pas d'une spécificité totale. Le Palm-up test consiste, alors que l'assuré est assis, à lui demander de fléchir son bras à 60° en abduction horizontale de 30° avec le coude tendu et l'avant-bras en supination. L'examineur place sa main sur l'avant-bras du sujet et exerce une force verticale dirigée vers le bas. La personne examinée doit poursuivre (ou maintenir) le mouvement de flexion d'épaule dans cette position. Le Palm-up test est considéré comme positif lorsqu'une douleur apparaît au niveau de la coulisse bicipitale pouvant être accompagnée d'une diminution de force comparativement au côté opposé. Ce test peut donc être positif pour une pathologie du tendon de la longue portion du biceps (tendinopathie, subluxation) et une lésion SLAP. Dans le cas présent le test positif du palm-up est en relation avec la rupture du long chef du biceps qui est ancienne et donc antérieure à la chute du 20.10.16 comme le retient le Dr X. _____ dans sa consultation du 02.05.2017

Le Dr W. _____ n'a aucunement retenu un lien entre la symptomatologie cervico-brachiale et l'éventuelle atteinte au niveau du tendon du la longue portion du biceps comme l'avait d'ailleurs retenu le Dr X. _____, l'assuré est connu pour une ancienne rupture du long chef du biceps, mais qui n'a rien à voir avec les douleurs présentées par l'assuré.

En ce qui concerne l'hypoesthésie des doigts 4 et 5 de la main G, nous avons déjà démontré que celle-ci est en lien avec une atteinte du nerf ulnaire sur probable compression au niveau du coude.

En ce qui concerne l'échographie de l'épaule G avec infiltration thérapeutique, elle confirme donc la rupture complète de la portion intra-articulaire du biceps qui est une lésion ancienne sans relation avec les plaintes de l'assuré. Mais elle confirme également l'absence de lésion structurelle de cette épaule au niveau de la coiffe des rotateurs. Ainsi, l'assuré ne présente aucune lésion structurelle pouvant être imputée à la chute du 20.10.2016. Quant au petit épanchement au sein de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, sans hyperhémie significative des parois au Doppler, il ne peut pas non plus être imputable à la chute du 20.10.16. En effet, en général, la cause de la bursite de l'épaule est la surcharge des tendons (= surcharge due au frottement constant du tendon sur le sac). C'est pour cette raison qu'une ponction aseptique de la bourse a été réalisée puis qu'il y a eu injection de Xylocaïne (anesthésiant) et Diprophos (corticoïde avec effet anti-inflammatoire). Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc retenir que les 4 documents médicaux, qui n'étaient

pas en notre possession lors de notre appréciation du 21.07.2017, n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux qui puissent modifier les conclusions de notre précédente évaluation.

Au contraire, tant la consultation du Dr W. _____ que l'ENMG du Dr C. _____ démontrent bien que l'assuré ne présente plus d'atteinte en lien de causalité certaine ni même probable avec la chute du 20.10.2016, mais que ces plaintes sont donc en relation avec des atteintes dégénératives voire une atteinte compressive au niveau du coude sans lien avec la chute sur l'épaule G. Les conclusions de notre appréciation médicale du 21.07.2017 restent donc parfaitement valables. »

Dans sa réplique du 18 janvier 2018, le recourant a conclu au rejet des conclusions prises par la CNA. Il conteste notamment que les conclusions du Dr W. _____ confirment que l'origine des douleurs cervico-brachiales soit en lien avec des lésions dégénératives au niveau de la colonne cervicale, cette affirmation ne ressortant nulle part du rapport établi par le Dr W. _____ le 29 juin 2017. Il ajoute que s'agissant du courrier de la Dresse H. _____ du 30 août 2017, celui-ci est sans équivoque et que selon elle, la chute est à l'origine des symptômes qui n'auraient pu survenir sans déclencheur. Le recourant déclare aussi que la CNA ne prouve nullement que les troubles dont il souffre seraient apparus sans la chute dont il a été victime, et que dans un arrêt du 13 mars 2017 en la cause U 532/06, le Tribunal fédéral a retenu un lien de causalité malgré l'existence de troubles dégénératifs préexistants, dès lors que ceux-ci étaient asymptomatiques et que l'événement a eu pour conséquence une aggravation sensible et durable des troubles. Enfin, le recourant requiert l'audition de la Dresse [...] ainsi qu'une expertise auprès du Dr [...] au [...] [[...]].

Le 18 janvier 2018, la CNA a produit un rapport du 11 septembre 2017 concernant une échographie de l'épaule gauche avec infiltration thérapeutique du 11 septembre 2017, lequel concluait à une rupture complète de la portion intra-articulaire du long biceps, à l'absence de lésion significative des tendons de la coiffe et à une bursite sous-acromiale modérée.

Dans sa duplique du 12 février 2018, l'intimée a confirmé ses conclusions. En substance, elle invoque que selon la jurisprudence

fédérale, il appartient à celui qui prétend à des prestations de l'assurance-accidents d'apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé. A ce titre, elle estime que le recourant ne saurait exiger de la CNA qu'elle prouve l'origine dégénérative de ses troubles pour refuser ses prestations. L'intimée relève également que la Dresse V._____ conclut à l'origine dégénérative du canal cervical étroit en C5-C6 et C6-C7 à gauche, ce qui n'est remis en question par aucun médecin. S'agissant du rapport du 30 août 2017 de la Dresse H._____, la CNA relève que ce médecin ne fait que constater que les symptômes du recourant sont survenus, de manière temporelle, après l'accident du 20 octobre 2016 et qu'ainsi le recourant ne saurait en déduire que selon la Dresse H._____, ledit accident est l'élément déclencheur de ses symptômes.

D. Par ailleurs, le 19 septembre 2017, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire et a nommé Me Irène Wettstein Martin comme avocate d'office.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que la CNA a refusé d'allouer les prestations d'assurance-accidents au recourant à la suite de la rechute déclarée par ce dernier le 16 mars 2017.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive

lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c).

c) La prise en charge du traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident est garantie aussi longtemps que celui-ci est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé. Si tel n'est plus le cas et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'assureur-accident examine le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 et réf. cit ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit. ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5 ; 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut donc entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme «sensible» par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1).

d) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, auquel renvoie l'art. 18 al. 1 LAA, est réputé invalide celui qui subit une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA en ces termes : « Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles ». Elle a donc pour origine une incapacité de travail (dans la profession habituelle) qui a des répercussions sur les possibilités de gain de l'assuré. Elle se détermine toujours en fonction des conséquences économiques concrètes de l'atteinte à la santé sur le revenu (Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, Bâle 2016, n° 225 p. 976).

e) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert 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, l'administration ou le 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 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, 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 ou plus 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status 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 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. a) En l'espèce, le recourant soutient que les troubles dont il souffre sont en lien de causalité avec l'accident du 20 octobre 2016 et que par conséquent, la CNA doit fournir les prestations de l'assurance-accidents. Il s'appuie notamment sur les avis des Drs W._____, C._____ et H._____, qui s'accordent à dire que les douleurs sont apparues après l'accident. Il reproche également à l'intimée de s'être fondée uniquement sur l'appréciation du Dr X._____ et de ne pas prouver que les troubles dont il souffre seraient apparus sans la chute dont il a été victime.

b) A cet égard, il convient tout d'abord de rappeler que celui qui prétend à des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (TF U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1 et réf. cit.). Or en exigeant de l'intimée la preuve que les troubles dont il souffre seraient apparus sans la chute du 20 octobre 2016, le recourant reporte en vérité le fardeau de la preuve sur l'assureur-accidents. L'objet de la preuve réside en l'espèce uniquement dans l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident assuré et les troubles de l'épaule gauche et du rachis cervical, et ne s'inscrit pas dans un contexte de suppression du droit aux prestations, dans quel cas le fardeau de la preuve appartiendrait à l'assureur (cf. TF U 354/05 précité et consid. 4c supra). Par conséquent, le recourant ne saurait exiger de l'intimée qu'elle prouve que les troubles dont il souffre seraient apparus sans la chute dont il a été victime.

c) S'agissant ensuite de l'argument du recourant selon lequel les Drs W._____, C._____ et H._____ ont tous constaté que les douleurs de l'épaule sont apparues après l'accident et que par conséquent le lien de causalité serait démontré, celui-ci ne saurait être suivi. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. consid. 4a supra). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (cf. 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). Cet argument est par conséquent mal fondé.

d) Pour ce qui est de la problématique de l'épaule, on retiendra que la chute du 20 octobre 2016 a provoqué une contusion de l'épaule gauche. L'examen clinique réalisé le jour-même n'a pas montré de tuméfaction ni d'hématome visible de l'épaule gauche et les radiographies ne révélaient pas de fracture visible (cf. rapport du 20 octobre 2016 des Drs N._____, R._____ et M._____). T._____ a par

ailleurs été en mesure de reprendre le travail à temps plein trois jours après la chute. Consulté par le recourant, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé que l'IRM réalisée ne montrait pas de lésion chirurgicale (cf. son rapport du 31 mars 2017). Il a également constaté la présence d'une ancienne rupture du long chef du biceps, mais qui n'avait rien à voir avec les douleurs de son patient (cf. son rapport du 2 mai 2017). A cet égard et contrairement à ce que soutient le recourant, il ne ressort nullement des rapports du Dr X._____ que ce dernier aurait considéré que les effets de l'accident du 20 octobre 2016 n'avaient pas cessé et que les investigations sur cette question n'étaient pas terminées. On ne saurait déduire une telle affirmation du fait que le Dr X._____ a suggéré que son patient soit vu par un spécialiste de la colonne vertébrale et du rachis cervical afin d'avoir une évaluation plus précise. Du reste, cette proposition concernait manifestement la problématique des cervico-brachialgies et non les troubles de l'épaule gauche.

Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, la CNA n'a pas uniquement fondé sa décision sur l'appréciation du Dr X._____. En effet, avant de rendre la décision sur opposition litigieuse, l'intimée a soumis à deux reprises le dossier de la cause à son médecin-conseil, la Dresse V._____. Dans son appréciation du 23 mai 2017, cette dernière a considéré que les lésions présentées par l'assuré étaient de nature dégénérative et préexistantes à l'événement du 20 octobre 2016, lequel avait entraîné une contusion de l'épaule gauche sans lésion structurelle. Dit événement avait largement et entièrement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation chez le Dr X._____, soit le 1^{er} mai 2017, voire même avant. Puis, au vu des nouvelles pièces produites par l'assuré, le dossier a été soumis une nouvelle fois à la Dresse V._____. Dans son avis du 21 juillet 2017, cette dernière a confirmé sa précédente appréciation. S'agissant de l'épaule gauche, la Dresse V._____ relève notamment que les radiographies du 20 octobre 2016 n'ont pas montré de lésion osseuse traumatique immédiatement après la chute. Quant à l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 13 avril 2017, elle a exclu toute lésion traumatique puisque il a été retenu

une probable rupture (ancienne) du tendon du long chef du biceps avec une intégrité des différents tendons de la coiffe des rotateurs et un aspect aminci dégénératif du labrum antérieur. Autrement dit, aucune lésion traumatique liée à chute du 20 octobre 2016 ne peut selon elle être retenue. Enfin, la Dresse V._____ s'est prononcée sur les pièces produites par le recourant dans le cadre de la procédure de recours. S'agissant de l'épaule gauche, elle explique notamment de manière claire et convaincante pour quelle raison elle réfute toute diminution de la mobilité de cette articulation telle que constatée par le Dr H._____ dans son courrier du 30 août 2017. Elle expose également les raisons pour lesquelles le test du Palm-up était douloureux pour le recourant et pourquoi ces résultats sont à mettre en relation avec la rupture du long chef du biceps, soit une lésion ancienne et donc antérieure à l'accident du 20 octobre 2016. Autrement dit, l'appréciation de la Dresse V._____, qui rejoint les conclusions du Dr X._____, est convaincante et doit dès lors être suivie.

e) Concernant la problématique des cervico-brachialgies gauches, on relèvera que l'IRM du rachis cervical du 5 avril 2017 a révélé une discrète disc-uncarthrose en C5-C6 et C6-C7, à l'origine d'un discret rétrécissement foraminal gauche à ces deux niveaux, susceptibles d'entrer en conflit avec les racines C6 et C7 à gauche. Une ENMG réalisée par la suite a en outre mis en évidence une atteinte du nerf ulnaire à gauche de type mécanique probablement située au niveau du coude et expliquant la symptomatologie présentée par le patient concernant les deux derniers doigts. Toutefois, selon la Dresse V._____, il s'agit clairement d'atteintes dégénératives qui étaient préexistantes à la chute survenue le 20 octobre 2016 et qui sont sans lien avec celle-ci (cf. son appréciation du 21 juillet 2017 et du 19 octobre 2017). Contrairement à ce qu'indique le recourant, aucun médecin n'avance d'argument susceptible de mettre en doute l'appréciation de la Dresse V._____ sur ce point. En particulier, le simple fait que les médecins traitant du recourant ont constaté l'existence de ces troubles après l'accident ne permet pas encore d'admettre que celui-ci aurait aggravé cet état maladif préexistant

(raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. consid. 4c). On ne saurait dès lors s'écarter de l'avis de la Dresse V. _____ sur ce point.

f) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la Dresse V. _____ s'est prononcée à trois reprises sur la problématique du recourant, que ses conclusions sont claires et bien motivées et qu'elle exclut de manière convaincante le lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés par l'assuré par déclaration de rechute le 16 mars 2017 et l'accident du 20 octobre 2016. L'appréciation de la CNA, fondée sur l'avis de la Dresse V. _____, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision querellée confirmée.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de la Dresse H. _____. Contrairement à ce qu'invoque le recourant, la question du lien de causalité naturelle entre les troubles qu'il présente et l'accident du 20 octobre 2016 a été instruite à satisfaction par la CNA. Ainsi, ni une expertise médicale ni l'audition de la Dresse H. _____ ne serait de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 6b supra).

9. a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Irène Wettstein Martin a fixé à 11 heures et 41 minutes le temps consacré à ce dossier, ses dépens se montant à 35 fr. 10. Pour l'année 2017, le nombre d'heures est fixé à 7.31 heures et pour l'année 2018 à 4.36 heures. C'est ainsi un montant de 1'315 fr. 80 (7.31 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées en 2017, plus la TVA à 8% d'un montant de 105 fr. 25, soit un total de 1'421 fr. 05 pour l'année 2017. Pour l'année 2018, c'est un montant de 784 fr. 80 (4.36 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraire, plus la TVA à 7.7 % d'un montant de 60 fr. 40, soit un total de 845 fr. 20. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 29 fr. 10 pour 2017 et de 6 fr. pour 2018, TVA de 8 %, respectivement de 7.7 %, en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'304 fr. 10.

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 ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 août 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Wettstein Martin est arrêtée à 2'304 fr. 10. (deux mille trois cent quatre francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- 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 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 Irène Wettstein Martin (T. _____),
- 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: