

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Misteli, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillait en qualité de monteur en chauffages pour le compte de X. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 29 janvier 2018, l'assuré était occupé à raccorder un collecteur d'eau au moyen d'une clé dynamométrique, lorsqu'elle a soudainement lâché prise, entraînant le bras droit de l'assuré vers le haut. Celui-ci a alors ressenti une douleur subite et aiguë dans son épaule droite. L'employeur a annoncé le cas par déclaration d'accident-bagatelle du 5 février 2018 à la CNA, qui l'a pris en charge (courrier du 8 février 2018).

Le 5 février 2018, à l'occasion d'un contrôle de routine chez le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, l'intéressé a parlé de son épaule droite. Le Dr L. _____ a réalisé un ultrason et prescrit une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

Une radiographie de l'épaule droite face/Neer réalisée le 9 février 2018 en raison d'une « rotation externe impossible » a révélé ce qui suit (rapport du 12 février 2018) :

« Omarthrose D modérée comme en témoigne des formations ostéophytaires en particulier aux dépens du versant inférieur de la glène. Pas de pincement significatif de l'interligne articulaire glénohuméral visible sur ces clichés conventionnels. Pas d'érosion osseuse. Probable géode insertionnelle infracentimétrique du point d'insertion huméral du tendon du susépineux. Pincement de l'espace sous-acromial. Pas de calcification visible en projection du trajet des tendons de la coiffe des rotateurs. »

Une IRM de l'épaule droite effectuée le 9 février 2018 pour le même motif que la radiographie a mis en évidence une rupture d'allure complète transfixiante des tendons supra- et infra-épineux, une rupture

partielle des fibres profondes du tendon sous-scapulaire et une arthrose acromio-claviculaire. Le rapport de l'IRM du 14 février 2018 précisait ce qui suit :

« **Description :**

L'étude des structures osseuses démontre des signes d'arthrose sévère acromio-claviculaire. A noter également un aspect remanié d'allure chronique de la région du trochiter. L'étude des différents tendons de la coiffe des rotateurs démontre des signes de rupture d'allure complète des tendons supra- et infra-épineux, les moignons tendineux se situant à mi-tête humérale. Dans ce contexte, on visualise un épanchement au sein de la région sous-acromio-delhoïdienne. A noter également des signes de rupture partielle des fibres profondes du tendon sous-scapulaire. Aspect continu du long chef du biceps qui est en place au sein de sa gouttière. L'étude de la trophicité musculaire démontre des signes d'amyotrophie modérée du muscle supra-épineux qui est le siège de rares travées graisseuses et sévères du muscle infra-épineux qui est le siège d'une involution graisseuse marquée intéressant environ 50% du corps musculaire (Goutallier III). La trophicité musculaire du muscle sous-scapulaire est conservée. A noter par ailleurs un aspect remanié d'allure chronique ou séquellaire du labrum. »

Une déclaration de sinistre, mentionnant une rechute de l'accident, a été adressée à la CNA le 13 mars 2018. Elle précisait qu'à la suite d'une IRM et d'un contrôle médical, il n'était plus possible pour l'assuré de travailler.

La CNA s'est vue transmettre un certificat médical établi le 12 mars 2018 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant une incapacité de travail totale pour une durée d'un mois du 13 mars au 13 avril 2018. Dans un rapport du 14 mars 2018 à l'attention du Dr L._____, le Dr N._____ constatait que les traitements par AINS [anti-inflammatoires non stéroïdien] et physiothérapie n'amélioraient pas significativement la situation ; il persistait des douleurs principalement lors des mouvements en abduction et rotation externe avec une nette diminution de la rotation externe, tant au niveau actif que passif, limitée par la douleur. Le praticien préconisait une solution chirurgicale avec arthroscopie de l'épaule droite et réparation de la coiffe des rotateurs.

Le 15 mars 2018, la CNA a informé l'assuré de la prise en charge de son cas, par le versement d'indemnité-journalière au plus tôt le 13 mars 2018.

Dans un rapport médical initial LAA du 18 mars 2018, le Dr L._____ a posé les diagnostics de rupture complète du sus- et sous-épineux ainsi que de rupture partielle du sous-scapulaire. Il a relevé, sur la base d'examens radiologiques, une rupture de la coiffe des rotateurs. Il a attesté une incapacité de travail totale et précisé que la prise en charge chirurgicale par le Dr N._____ se ferait le 29 mars 2018.

Dans un rapport intermédiaire du 20 mars 2018 à l'attention de la CNA, le Dr N._____ a posé le diagnostic de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite dont l'évolution était insatisfaisante tant sur le plan objectif que subjectif. Le pronostic était bon. Une intervention était prévue le 29 mars suivant. La reprise du travail n'était pas attendue. La durée prévisible du traitement était indéterminée.

Le 23 mars 2018, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle prendrait en charge l'opération et son hospitalisation.

Le 29 mars 2018, le Dr N._____ a opéré l'intéressé. Il a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite, une synovectomie - régularisation du bourrelet antérieur, une ténotomie du LCB [long chef du biceps], une réparation transosseuse de la coiffe des rotateurs sus-épineux et sous-épineux (2 ancres), une acromioplastie et une résection de la clavicule distale inférieure ainsi qu'une bursectomie partielle sous-acromiale. Dans le protocole opératoire, le Dr N._____ a posé les diagnostics de désinsertion transosseuse de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-épineux de 5 cm) et de déchirure partielle du long chef du biceps.

Le 30 avril 2018, l'assuré a informé la CNA, lors d'un entretien téléphonique, qu'il portait un gilet orthopédique 24h/24, n'avait pas de douleurs s'il ne mobilisait pas son épaule droite et ne pouvait absolument

pas lever le bras droit. Il suivait des séances de physiothérapie de mobilisation deux fois par semaine. L'immobilisation devait durer six semaines post-opératoires. L'incapacité de travail à 100 % perdurait pour une durée indéterminée.

Dans des rapports intermédiaires des 1^{er} mai et 23 juillet 2018, le Dr N. _____ a confirmé le diagnostic précédemment posé. Dans son dernier rapport, il a fait état d'une évolution lente mais satisfaisante, tout en réservant son pronostic. L'assuré continuait le traitement physiothérapeutique. La durée prévisible du traitement et de l'incapacité de travail était indéterminée.

Lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de la CNA du 3 août 2018, l'assuré a notamment indiqué qu'il était droitier et qu'il arrivait doucement à lever le bras mais n'avait aucune force. Il a précisé qu'il ne pourrait même pas tenir un tournevis. Il faisait de la physiothérapie deux fois par semaine ainsi que des auto-exercices à domicile et en piscine trois fois par jour.

Une IRM de l'épaule droite réalisée le 30 août 2018 a révélé un status après intervention chirurgicale pour une rupture de la coiffe des rotateurs et une re-rupture des tendons des sus- et sous-épineux. Le rapport de l'IRM précisait ce qui suit :

« **Description** :

Comparatif : IRM du 09.02.2018.

Arthrose acromio-claviculaire.

Mise en place d'une ancre au niveau du trochiter. Crânialisation de la tête humérale avec un net amincissement de l'espace sous-acromial à 3 mm.

Le tendon du sus-épineux est rupturé et présente une rétraction musculaire. L'extrémité la plus distale du tendon est localisée à 7 mm latéralement au glénoïde. Le muscle sus-épineux montre une atrophie d'environ 50%.

Rupture du tendon du sous-épineux avec rétraction.

Le tendon du sous-scapulaire est intact, le tendon du long chef du biceps est localisé en position orthotope. Anomalie de signal au sein du tendon du long chef du biceps de nature dégénérative.

Irrégularité du versant antérieur du glénoïde. Irrégularité du labrum antérieure du glénoïde

Le tendon du teres minor est intact.

Epanchement intra-articulaire. »

Le Dr N._____ a adressé l'assuré au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 12 septembre 2018 à son attention, le Dr N._____ expliquait qu'après l'opération du 29 mars 2018, l'évolution orthopédique s'était faite sans complication. En revanche, malgré la physiothérapie au long court, le patient avait conservé une impotence fonctionnelle avec une grosse limitation de la force en flexion antérieure. Cela l'avait conduit à requérir une IRM. Au vu des résultats, il considérait que le cas de l'intéressé pourrait être traité par la nouvelle technique que pratiquait le Dr H._____.

Sollicitée pour avis, la Dre R._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement à la CNA, a indiqué que le dommage sur lequel avait porté l'opération du 29 mars 2018 n'était probablement pas imputable à l'accident du 29 janvier 2018, en raison de l'involution graisseuse de stade III qui était le signe d'une rupture très ancienne, probablement plus vieille que 2 à 3 ans. Elle a ainsi préconisé d'enquêter sur les antécédents de l'assuré au niveau de son épaule droite, le mécanisme précis de la chute, la position du bras au moment de celle-ci, les symptômes immédiats et leur évolution (avis du 26 septembre 2018).

Lors d'un entretien avec un représentant de la CNA le 4 octobre 2018, l'assuré a précisé que, le 29 janvier 2018, il se trouvait sur un chantier occupé à raccorder des collecteurs d'eau entre un mur et une salle de bain préfabriquée. L'espace étant très restreint, il avait dû se mettre dans des positions instables pour serrer des raccords à l'aide d'une clé dynamométrique, donc avec des crans de serrages. Alors qu'il arrivait progressivement au dernier cran, il avait mis de plus en plus de force avec sa main droite lorsque tout à coup, arrivé à un point de forte résistance, la clé avait soudainement lâché sa prise, entraînant violemment son bras droit tendu vers le haut. Il n'y avait pas eu de choc direct au niveau du bras ni de chute. Il avait toutefois immédiatement senti comme une décharge électrique dans l'épaule droite, suivie d'une forte douleur. Il pouvait encore bouger le bras, s'était reposé un moment puis avait continué à travailler. Le soir, il avait pris un antidouleur, pensant que le

problème passerait. Les jours suivants, il avait continué à travailler tant bien que mal, car il avait des douleurs qui l'empêchaient de réaliser certains mouvements. Lors d'un contrôle de routine auprès du Dr L._____, il avait évoqué ses problèmes à l'épaule. L'assuré a ajouté qu'avant l'événement du 29 janvier 2018, son épaule droite allait très bien et qu'il n'avait pas de limitation fonctionnelle à ce niveau.

En parallèle, l'assuré a rempli le 10 octobre 2018 une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, qu'il a adressée le 16 octobre suivant.

Le 11 octobre 2018, le Dr H._____ a procédé à une reconstruction de la capsule supérieure et une acromioplastie *a minima* par arthroscopie de l'épaule droite de l'assuré. Dans le protocole opératoire, il a posé le diagnostic de rupture subtotale du tendon supra-épineux et complète irréparable du tendon infra-épineux de l'épaule droite.

A nouveau sollicitée pour avis, la Dre R._____ a confirmé que l'opération du 29 mars 2018 n'était pas en lien de causalité avec l'événement incriminé. Le mécanisme de l'événement décrit par l'assuré n'était pas susceptible d'avoir entraîné les lésions visibles sur l'IRM du 9 février 2018 et de toucher trois tendons. De plus, ces lésions étaient anciennes. Par ailleurs, en cas de déchirure aiguë, une impotence immédiate s'installait en sus des douleurs, ce qui n'avait pas été le cas pour l'assuré. Il n'avait en outre pas consulté pour cette problématique, mais pour une raison malade. La Dre R._____ a précisé qu'un traumatisme mineur de l'épaule sans rupture transfixiante ou partielle de la coiffe des rotateurs guérissait habituellement, pour un travailleur de force, en six semaines, se référant au Guide de réinsertion en cas d'accident. Enfin, elle a considéré que le dommage sur lequel avait porté l'opération du 11 octobre 2018 n'était pas imputable à l'accident (appréciation médicale du 7 novembre 2018).

Par décision du 19 novembre 2018, la CNA est revenue sur son obligation de prester et a mis fin au versement de ses prestations d'assurance au 19 novembre 2018. Elle a indiqué avoir constaté, lors d'un réexamen du cas, que son appréciation était incorrecte et que l'événement du 29 janvier 2018 n'était ni constitutif d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle a toutefois renoncé à exiger la restitution des prestations versées jusqu'alors.

Le 17 décembre 2018, l'assuré, représenté par Assista Protection juridique SA, s'est opposé à cette décision. Dans une argumentation complémentaire du 31 janvier 2019, l'assuré a allégué que l'événement du 29 janvier 2018 était constitutif d'un accident et que les lésions à l'épaule droite étaient en lien de causalité avec celui-ci. Avant cela, il ne présentait aucune douleur ni aucune limitation fonctionnelle au niveau de son épaule. Sans cet accident, le dommage ne se serait dès lors pas produit. Le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, constatait à cet égard, dans un rapport du 8 décembre 2018, que les lésions subies étaient manifestement causales à l'accident et étaient la conséquence d'un mouvement brutal et imprévu. Il soulignait encore que les lésions tendineuses dont souffrait l'assuré n'avaient pas été causées, à sa connaissance, par une maladie ou un phénomène dégénératif. Les Drs H._____, et N._____, considéraient pour leur part que les interventions avaient été réalisées en raison des lésions faisant suite à l'accident (rapports des 11 janvier 2019 et 27 décembre 2018). Le Dr H._____ précisait que le patient avait été opéré le 29 mars 2018 pour une lésion traumatique de la coiffe, que cette intervention avait malheureusement été un échec car les tendons n'avaient pas cicatrisé, situation connue par la littérature dans 15 % des cas.

Dans une appréciation médicale du 6 février 2019, la Dre R._____ a confirmé ses conclusions. Elle a retenu que tant le mécanisme de l'événement raconté par l'assuré, qui ne pouvait pas avoir entraîné les lésions telles que décrites à l'IRM et sur le protocole opératoire, que les symptômes ressentis immédiatement, mais qui avaient disparu après une petite pause et qui avaient quand même permis à l'assuré de travailler

plusieurs jours, démontraient que l'assuré n'avait pas présenté d'événement traumatique au niveau de ses tendons de la coiffe des rotateurs et de son long chef du biceps lors de l'événement incriminé du 29 janvier 2018. Les lésions visibles à l'IRM et lors de l'intervention chirurgicale du 29 mars 2018 étaient des lésions anciennes et préexistantes à l'événement litigieux. D'ailleurs cet événement n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. La deuxième intervention chirurgicale était liée à la première et n'était pas due à un nouveau traumatisme mais à une re-rupture des tendons, ce qui arrivait dans 15 % des cas, mais plus facilement lors d'une suture de tendons dégénératifs. La Dre R._____ a précisé que les médecins traitants de l'assuré ne s'étaient pas demandé si le mécanisme de l'événement pouvait avoir entraîné toutes les lésions visibles à l'IRM du 9 février 2018 ni ne s'étaient interrogés sur la question de savoir pourquoi l'assuré avait pu travailler pendant plusieurs jours avec des douleurs immédiates qui avaient fortement diminué après une petite pause et avaient été maîtrisées avec de simples antalgiques. L'explication résidait dans le fait qu'il s'agissait d'anciennes lésions qui avaient juste été révélées par l'événement du 29 janvier 2018. En l'absence de lésion structurelle liée à cet événement, la Dre R._____ a affirmé qu'il avait aggravé de manière très passagère un état antérieur. Elle a dès lors estimé que l'assuré avait présenté une lésion mineure de l'épaule droite sans lésion tendineuse, qui était assimilée à une lésion mineure et légère de la coiffe des rotateurs, occasionnant une incapacité maximale de six semaines pour un travail manuel, selon le guide de réinsertion de l'Association suisse d'assurance (ASA) version 1.0, année 2010.

Dans une décision sur opposition du 11 février 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, se fondant sur l'appréciation médicale de la Dre R._____ du 6 février 2019. Selon la CNA, il y avait lieu d'admettre que l'assuré avait bel et bien été victime d'un accident le 29 janvier 2018 qui avait uniquement aggravé de manière transitoire l'état antérieur. L'accident avait cessé de déployer ses effets après six semaines, à savoir le 12 mars 2018. Dans la mesure où la CNA admettait d'engager sa responsabilité à titre d'accident, il n'y avait pas lieu d'examiner si l'assuré

avait présenté une lésion corporelle assimilée à un accident, ce d'autant plus qu'au vu de l'analyse de la Dre R._____, les lésions présentées étaient dues à l'usure.

B. Par acte du 14 mars 2019, Q._____, désormais représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 11 février 2019, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée prenne en charge l'ensemble des prestations légales découlant de l'accident du 29 janvier 2018 jusqu'à complet rétablissement ou prise en charge par un tiers assureur, subsidiairement à ce qu'elle soit annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant a contesté la valeur probante de l'avis médical de la Dre R._____, notamment au motif qu'elle ne discutait pas de manière détaillée des avis divergents des Drs N._____, H._____ et B._____, ni n'expliquait les raisons pour lesquelles elle s'en écartait. Il s'agissait pourtant d'avis motivés émanant de trois médecins dont deux étaient des spécialistes, de sorte que le doute qui en résultait n'était pas mineur et imposait la mise en œuvre d'une expertise neutre. La Dre R._____ n'avait en outre pas réalisé d'anamnèse et ne l'avait pas ausculté ou examiné en personne. Son rapport ne se fondait dès lors pas sur des examens complets. Elle n'expliquait pas non plus pourquoi l'accident n'aurait pas pu entraîner ces lésions dont elle affirmait qu'elles étaient anciennes. Or, par le passé, le recourant n'avait jamais été soigné pour son épaule. Le recourant a ajouté que le lien de causalité adéquate semblait être donné, sur la base des avis médicaux des médecins susmentionnés. Les protocoles opératoires ne constataient par ailleurs pas de rupture préexistante, ni d'arthrose. L'intimée ne prouvait pas et n'expliquait pas pourquoi l'accident avait cessé de déployer ses effets après six semaines. Elle semblait ainsi se fonder sur une vérité générale. Les explications médicales de la Dre R._____ ne suffisaient enfin pas à infirmer la présomption légale selon laquelle l'assureur-accidents alloue ses prestations en cas de déchirure des tendons, pour autant qu'elle ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La Dre R._____ se contentait d'affirmer qu'une rupture plus ancienne, datant de

2 à 3 ans, existait en raison d'une involution graisseuse de stade III, sans toutefois investiguer les symptômes ressentis antérieurement.

A l'appui de son recours, le recourant a notamment produit un rapport du 14 février 2019 du Dr B. _____ ainsi qu'un rapport du 13 septembre 2018 du Dr H. _____. Le premier médecin indiquait qu'il ressortait clairement des rapports de ses confrères que la rupture transfixiante du sus- et sous-épineux avec rupture partielle du sous-scapulaire était en relation de causalité directe avec l'accident. Selon lui, le fait que l'assuré ait pu travailler après l'accident n'était pas une preuve du caractère non accidentel de la lésion. Quant au Dr H. _____, il posait les diagnostics d'impotence fonctionnelle avec re-rupture du tendon du supra-épineux et partiellement de l'infra-épineux après reconstruction le 29 mars 2018 ainsi que de réparation de valve mitrale en 2006. S'agissant de l'anamnèse, il précisait que l'assuré présentait des omalgies antéro-externes et une impotence fonctionnelle persistante malgré une reconstruction en mars 2018 après un accident avec traumatisme de l'épaule. Il constatait que la coiffe des rotateurs de l'épaule droite n'était plus réparable, raison pour laquelle il lui avait proposé une nouvelle technique d'intervention.

Par réponse du 16 mai 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la Dre R. _____ avait établi une anamnèse détaillée, sur la base des pièces au dossier, et avait dûment motivé ses conclusions. Elle a ajouté que les avis médicaux dont se prévalait le recourant émanaient de ses médecins traitants. Ils n'apportaient en outre aucun élément médical objectif permettant d'étayer l'origine traumatique de la lésion. Les conclusions de la Dre R. _____ étaient au demeurant confirmées par la Dre X. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans une appréciation chirurgicale du 14 mai 2019, la Dre X. _____ retenait en substance que l'événement décrit par l'assuré ne comportait ni traction ni chute, mais une brusque élévation du bras qui n'avait entraîné aucune atteinte structurelle ni contusion de l'épaule. Néanmoins, l'atteinte tendineuse objectivée pouvait être considérée comme une lésion

assimilée à un accident au sens de la loi. En présence d'une rétractation tendineuse moyenne, une dégénérescence graisseuse modérée à sévère, elle considérait que les atteintes tendineuses des muscles infra- et supra-épineux étaient exclusivement dues à l'usure ou la maladie. Les différents rapports produits par le recourant ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de la Dre R._____.

Répliquant le 12 juillet 2019, le recourant a indiqué avoir présenté une symptomatologie aiguë avec d'emblée une impotence majeure, en ce sens qu'il avait ressenti immédiatement des douleurs et avait tenté tant bien que mal de poursuivre son activité. De plus, le fait qu'une atteinte ait été préexistante ne signifiait pas encore que l'état maladif devenait la cause prépondérante des lésions. A l'appui de son écriture, le recourant a produit un rapport du 18 juin 2019 du Dr H._____ qui estimait que les lésions traumatiques subies au niveau de la coiffe des rotateurs étaient les suites de l'accident de l'assuré. La Dre X._____ se reposait sur la présence d'une arthrose acromio-claviculaire sévère. Le praticien précisait à cet égard que chez la plupart des personnes de 40 ans, lors d'une IRM, une arthropathie acromio-claviculaire était existante, en général asymptomatique. S'agissant du commentaire de la Dre X._____ sur la rareté d'une atrophie du supra-épineux, cela était incorrect car dès 50 ans, une atrophie légère ou modérée du tendon supra-épineux se retrouvait toujours. Effectivement, chez l'assuré, il y avait déjà une dégénérescence graisseuse de l'infra-épineux, mais à moins de 50 % tel que déclaré par la Dre X._____. S'agissant du traumatisme en lui-même, le tendon du supra-épineux avait été soumis à une traction importante qui, même sans chute sur l'épaule, pouvait amener à une déchirure traumatique du tendon.

Par duplique du 19 août 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions, se fondant notamment sur une appréciation chirurgicale de la Dre X._____ du 13 août 2019. Au terme de celle-ci, elle concluait que la prise de position du Dr H._____ du 18 juin 2019 n'apportait aucun élément permettant de s'écarter de ses conclusions du 14 mai 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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 (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 12 mars 2018, en lien avec l'événement du 29 janvier 2018.

3. a) 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) 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 (ATF

142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 avec les références citées).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références citées ; 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 ; 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5). L'existence d'un facteur extraordinaire a été admise dans le cas d'un ouvrier qui a ressenti une vive douleur au moment du mouvement brusque de son bras, après que la résistance d'une prise d'alimentation d'un container qu'il était occupé à sortir a cédé. Le Tribunal fédéral a admis qu'on se trouvait alors en présence d'un mouvement non maîtrisable d'un point de vue physiologique, soit un empêchement non programmé et lié à l'environnement extérieur (l'effet de résistance) entravant le déroulement naturel du mouvement corporel (TF 8C_791/2018 du 18 août 2019 consid. 5.2).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

e) 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 (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 applicable en l'occurrence vu la date de l'accident, cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles, telles les déchirures de tendons (let. f), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

b) Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und

mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

Dans un arrêt TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2 ; TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss], publié aux ATF 146 V 51).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

6. a) En l'espèce, l'IRM du 9 février 2018 a notamment mis en évidence une rupture complète transfixiante des tendons supra- et infra-épineux et une rupture partielle des fibres profondes du tendon sous-scapulaire, de sorte que la lésion du recourant entre dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

Toutefois, en application de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51 consid. 8 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2), le cas présent doit être examiné sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA, la CNA ayant admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

C'est à juste titre que l'intimée a finalement reconnu le caractère accidentel de l'événement du 29 janvier 2018 dans sa décision sur opposition du 11 février 2019. Selon la description rapportée de l'événement litigieux - laquelle n'est pas controversée - le recourant était

occupé à raccorder un collecteur d'eau au moyen d'une clé dynamométrique dans un espace restreint entre un mur et une salle de bain préfabriquée. Alors qu'il parvenait progressivement au dernier cran de serrage, arrivé à un point de forte résistance, la clé a lâché sa prise d'un seul coup en entraînant violemment le bras droit de l'assuré tendu vers le haut. L'assuré a ressenti immédiatement une décharge électrique dans l'épaule droite, suivie d'une forte douleur. Le fait que la clé dynamométrique ait soudainement lâché, après avoir bloqué à un point de forte résistance, est un phénomène extérieur qui sort du déroulement naturel de l'utilisation d'un tel outil. Ce phénomène a entraîné violemment le bras de l'assuré vers le haut, soit un mouvement non programmé et non maîtrisé d'une certaine intensité. L'organisme de l'intéressé a été sollicité plus fortement que la normale et de manière inattendue, ce qui permet d'admettre le caractère accidentel de l'événement du 29 janvier 2018.

b) Sur la base de l'avis de la Dre R._____, l'intimée a considéré que l'accident n'avait eu pour conséquence qu'une aggravation passagère de l'état de santé du recourant. Au-delà de six semaines, elle considérait que les lésions essentiellement dégénératives n'étaient plus à mettre en lien avec l'événement du 29 janvier 2018 et que l'intervention du Dr N._____ du 29 mars 2018 n'était pas à charge de l'assureur-accidents. Pourtant les différents rapports des médecins traitants font état d'une problématique en lien avec l'accident, de sorte que leurs avis s'opposent à celui de la médecin d'arrondissement.

On relèvera préalablement que les Drs N._____ et H._____ sont des spécialistes en chirurgie orthopédique qui ont examiné le recourant contrairement à la Dre R._____, au bénéfice d'une spécialisation de médecin praticien, qui n'a pas effectué d'examen clinique. Celle-ci procède ainsi à une approche des lésions exclusivement basée sur des théories générales médicales qui ne sont nourries d'aucune constatation objective en rapport avec le cas particulier. Elle examine en outre l'atteinte de manière globale, sans analyser de manière distincte chacune des lésions des différents tendons, se contentant d'une approche grossière peu favorable à l'appréciation de lésions ligamentaires

complexes de la coiffe. Ainsi, s'il est au demeurant vraisemblable que certaines d'entre elles sont de nature dégénérative et/ou anciennes, cela n'exclut pas que d'autres soient en relation avec l'accident, comme l'indique notamment le Dr B. _____ dans son rapport du 14 février 2019. La Dre R. _____ met au demeurant en exergue l'involution graisseuse de stade III selon Goutallier révélée par l'IRM du 14 février 2018, pour conclure dans son appréciation du 6 février 2019 que toutes les lésions sont anciennes. Elle omet de relever que cette involution graisseuse marquée ne concerne que le muscle infra-épineux et que les signes d'amyotrophie du muscle supra-épineux, siège de rares travées graisseuses, ne sont que modérés. On relèvera à cet égard que les conclusions de l'IRM du mois de février 2018 ne font pas expressément état de la nature des différentes lésions constatées, de sorte que rien ne permet de suivre l'appréciation généralisée de la Dre R. _____ à cet égard. S'agissant de la seconde intervention du 11 octobre 2018, pratiquée par le Dr H. _____ à la suite de l'opération du 28 mars 2018 par le Dr N. _____ qui n'avait pas eu le succès escompté, la Dre R. _____ a affirmé, sans l'objectiver dans le cas particulier, qu'une nouvelle rupture arrivait « plus facilement » lors de la suture de tendons dégénératifs. Cet avis s'oppose à celui du Dr H. _____ qui atteste que cette seconde opération a été rendue nécessaire par l'absence de cicatrisation des tendons connue dans 15 % des cas (rapport du 11 janvier 2019).

S'agissant du mécanisme de l'accident, la Dre R. _____ ne le considère pas suffisant pour entraîner la lésion de trois tendons. Outre le fait qu'il suffit que l'événement accidentel ait entraîné la lésion d'un seul tendon pour que la prise en charge des suites de l'ensemble des lésions incombe à l'assureur-accidents, cette médecin n'explique pas les raisons pour lesquelles elle considère que le mécanisme ne pouvait entraîner des lésions du type de celles du recourant. Pourtant, dans une telle situation, le médecin qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées - en particulier lorsque celles-ci sont nombreuses - se doit de motiver son point de vue par des explications circonstanciées sur le processus qu'il estime être à l'origine, d'une part, des douleurs ressenties par le recourant

et, d'autre part, de l'ensemble des atteintes, ainsi que sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pu entraîner qu'une aggravation transitoire. Aussi, la seule absence d'impotence fonctionnelle totale immédiate, la poursuite de son travail par le recourant ou la consultation du 5 février suivant chez son médecin traitant à l'occasion d'un autre motif ne saurait constituer la preuve suffisante de l'absence de lien de causalité entre les lésions multiples - à tout le moins certaines d'entre elles - et l'accident du 29 janvier 2018. A cet égard, on relèvera que le recourant a immédiatement ressenti une décharge électrique suivie d'une importante douleur et a poursuivi son travail en prenant dès son retour à la maison un antalgique. Il indique avoir poursuivi « tant bien que mal » son travail les jours suivants, en raison des douleurs qui l'empêchaient de réaliser certains mouvements, jusqu'au jour où ayant rendez-vous avec son médecin, il a profité de lui parler de ses limitations. Au demeurant, cette consultation fixée cinq jours après l'accident ne représente pas un laps de temps à ce point important qu'il permette d'en déduire que les lésions sont sans aucun lien avec l'événement.

Compte tenu des nombreuses imprécisions en lien avec l'examen du cas, l'avis de la Dre R. _____ ne dispose pas de la valeur probante suffisante pour s'y référer.

c) L'appréciation de la Dre X. _____ des 14 mai et 13 août 2019, dont on doit au demeurant regretter qu'elle n'ait été requise qu'après la décision sur opposition, pour les besoins de la procédure de recours, ne permet pas davantage confirmer les conclusions de la Dre R. _____.

A titre liminaire, on relèvera que les deux médecins d'arrondissement de l'intimée ont des avis divergents et procèdent à une analyse différente de la situation. La Dre X. _____ expose en effet que l'assuré « présente bien une atteinte tendineuse des muscles du supra- et infra-tendineux, considérée comme une lésion assimilée selon l'art. 6 al. 2 LAA, mais qui est exclusivement due à l'usure ou à la maladie. De ce fait, [elle rejoint] la position de la Dre R. _____ ». Par son analyse, elle nie

pourtant tout lien entre l'événement du 29 janvier 2018 et les lésions du recourant. A son sens, cet événement n'a engendré aucune des lésions de l'épaule. Or, la Dre R._____ a pour sa part considéré que l'accident avait aggravé de manière transitoire un état antérieur, avec retour à un *statu quo sine* six semaines après. Selon elle, l'événement du 29 janvier 2018 a ainsi eu des conséquences limitées dans le temps pour l'intéressé. Cette contradiction affaiblit d'emblée leurs appréciations respectives.

L'analyse de la Dre X._____ souffre encore de quelques faiblesses qui ne permettent pas de considérer ses conclusions comme fiables et probantes. Elle procède ainsi, comme la Dre R._____ avant elle, à une approche essentiellement théorique des lésions litigieuses, de sorte qu'on peut renvoyer aux reproches déjà formulés à cet égard.

Elle soutient également que l'assuré n'a pas présenté une épaule pseudo-paralytique, en s'appuyant sur le fait qu'il a continué à travailler et qu'il a parlé de son épaule droite à l'occasion d'un contrôle de routine chez son médecin traitant. Elle précise à cet égard qu'à l'inverse des lésions dégénératives qui peuvent être bien supportées et rester longtemps asymptomatiques, « les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs présentent une symptomatologie aiguë avec d'emblée une impotence fonctionnelle majeure avec au maximum un tableau d'épaule pseudo-paralytique ». Tout comme la Dre R._____, la Dre X._____ ne prend que partiellement en compte les explications de l'assuré à propos de ses douleurs et occulte intégralement les limitations qu'il a présentées dans son travail durant les jours qui ont suivi l'accident. En n'évoquant l'impotence fonctionnelle que dans sa dimension maximale - à savoir une épaule pseudo-paralytique - elle passe également complètement sous silence le fait qu'une radiographie et une IRM ont été réalisées le 9 février 2018 en raison d'une rotation externe impossible. Or, la littérature médicale la plus récente souligne que l'atteinte immédiate de la mobilité active tant en élévation, qu'en rotation externe ou le développement d'une épaule pseudo-paralytique (perte de l'élévation antérieure active) due à une lésion de la coiffe des rotateurs est classiquement retrouvée après un accident (Alexandre Lädermann et alii, Lésions transfixiantes

dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, in Swiss Medical Forum, 2019, p. 262). Contrairement à ce que soutient la Dre X. _____ l'épaule pseudo-paralytique n'est qu'un des critères cliniques qui se retrouve après un accident. Elle ne pouvait dès lors exclure sans autre développement l'origine accidentelle des lésions, au vu de l'atteinte de la mobilité en rotation externe présentée par l'assuré. Tant les premières déclarations du recourant que les rapports de radiographie et d'IRM établis en février 2018 contredisent ainsi les conclusions de la Dre X. _____.

La Dre X. _____ considère encore qu'« en présence d'une rétractation tendineuse moyenne, une dégénérescence graisseuse modérée à sévère, [elle ne peut] que retenir que les atteintes tendineuses des muscles infra- et supra-épineux présentées par [l'assuré] sont exclusivement dues à l'usure ou à la maladie ». S'il ne peut être exclu que l'assuré présentait en partie des atteintes dégénératives, comme l'admet au demeurant le Dr H. _____ dans son rapport du 18 juin 2019, le raisonnement de la Dre X. _____ ne peut toutefois être suivi. Pour l'admettre, il faudrait que son appréciation soit étayée par des éléments cliniques objectifs ressortant des pièces du dossier.

Par ailleurs, l'appréciation de la Dre X. _____ ne tient compte que de certains passages des protocoles opératoires des 29 mars et 11 octobre 2018, alors qu'elle admet « que l'arthroscopie est souvent plus pertinente que l'IRM pour objectiver les atteintes tendineuses de la coiffe des rotateurs ». Or, le protocole opératoire du 29 mars 2018 du Dr N. _____ fait non seulement état d'une arthroscopie de l'épaule droite, mais précise encore qu'ont été réalisées une synovectomie, une ténotomie du long chef du biceps, une réparation transosseuse de la coiffe des rotateurs sus-épineux ou sous-épineux, une acromioplastie avec une résection de la clavicule distale inférieure ainsi qu'une bursectomie partielle sous-acromiale. La Dre X. _____ ne discute toutefois pas les constatations cliniques du Dr N. _____. Tel est en particulier le cas s'agissant de la subluxation du long chef du biceps ayant justifié la réalisation d'une ténotomie, dont la Dre X. _____ ne fait pas état. Alors que, selon la littérature récente (Drs A. Lädermann et alii op. cit., p. 263),

la présence d'une luxation gléno-humérale constitue un indice de lésion traumatique, la Dre X._____ se contente de relever que l'assuré n'a pas subi une telle luxation, sans toutefois discuter de la subluxation du long chef du biceps constatée par le Dr N._____. Il apparaît que la Dre X._____, qui s'est de surcroît prononcée *a posteriori* sur le cas d'espèce, s'est focalisée sur les seuls éléments médicaux qui soutenaient sa thèse, au lieu de considérer l'ensemble des éléments en sa possession.

L'appréciation de la Dre X._____ est ainsi incomplète et insuffisamment étayée médicalement pour lui reconnaître une force probante suffisante.

d) Si on ne peut exclure un état dégénératif préexistant, comme l'admet au demeurant le Dr H._____ dans son rapport du 18 juin 2019, les Drs N._____, H._____ et B._____ ont tous les trois conclu que les lésions étaient consécutives à l'accident du 29 janvier 2018. Ils ont fait état de leurs conclusions tant dans les rapports intermédiaires adressés à l'intimée durant la procédure administrative (rapports des 20 mars, 1^{er} mai, 23 juillet 2018) que dans les protocoles opératoires des 29 mars et 11 octobre 2018. Ils les ont au demeurant confirmées dans des rapports des 13 septembre, 8 décembre, 27 décembre 2018, 11 janvier et 18 juin 2019, qui ont été produits par le recourant devant la Cour de céans. Les appréciations des Drs N._____ et H._____ sont certes peu étayées, mais elles se fondent sur les observations cliniques de deux spécialistes, ce dont la Dre R._____ ne peut se prévaloir.

Le Dr H._____ qui a opéré le recourant pour la deuxième fois précise à ce propos, dans son rapport du 11 janvier 2019, que son opération est une suite de la première intervention rendue nécessaire en raison d'un problème de cicatrisation des tendons qui se retrouve dans 15 % des cas.

De manière générale, les considérations convergentes des Drs N._____, H._____ et B._____ ne sont toutefois pas suffisamment motivées pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être accordée.

Elles suffisent cependant à mettre à mal les conclusions de la Dre R. _____ ainsi que de la Dre X. _____.

e) En définitive, il s'avère que l'instruction doit être complétée, le dossier ne permettant pas à la Cour de céans de trancher en toute connaissance de cause la question du lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées, tel qu'il est défini par l'art. 6 al. 1 LAA. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise (art. 44 LPGA) comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique qui déterminera en particulier, au degré de la vraisemblance prépondérante, si un lien de causalité - même partiel - existe entre l'accident et les différentes lésions subies et cas échéant la date d'un éventuel *statu quo sine* ou *ante*.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision entreprise est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 février 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Misteli (pour Q. _____),
- 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 :