

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, travaillait comme coffreur-maçon auprès de [...] Sàrl depuis janvier 2015 et était, à ce titre, assuré contre 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).

Le 6 octobre 2015, il a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'il circulait à moto, une voiture lui étant rentrée dedans à une intersection au moment où il a démarré à un feu devenu vert. L'assuré a été transporté en ambulance à l'Hôpital [...], où les médecins ont constaté une entorse acromio-claviculaire droite de grade III, ainsi que des contusions thoraciques et lombaires. Le 27 octobre 2015, il a subi une stabilisation acromio-claviculaire de l'épaule droite par laçage (rapport de l'Ensemble Hospitalier I. _____ du 16 novembre 2015, rapport médical initial LAA du 1^{er} décembre 2015).

Ce sinistre a été annoncé à la CNA, qui a pris en charge le cas.

L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travail dès l'accident jusqu'au 15 février 2016. Il a ensuite pu reprendre son travail à plein temps. Le 25 mai 2016, il a fait savoir à la CNA que le traitement était terminé.

b) Par courrier de son avocate du 18 mai 2018, l'assuré a fait valoir que l'opération qu'il avait subie n'avait pas eu un plein succès et que des séquelles fonctionnelles perduraient, lesquelles occasionnaient une gêne importante dans le cadre de son activité professionnelle. Il a produit un rapport médical établi le 17 novembre 2017 par le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, attestant qu'il présentait une diminution permanente de la sensibilité tactile superficielle étendue de l'avant-bras droit et des 2^e, 3^e et 4^e doigts avec, lors des mouvements répétés du bras droit, une douleur de la face palmaire de la

main droite et deltoïdienne latérale droite l'obligeant alors à utiliser sa main gauche. Selon le patient, cela était devenu manifeste après l'opération de correction de la luxation acromio-claviculaire droite. Ces séquelles pouvant faire suite à la luxation subie, un lien de causalité directe avec l'opération n'était pas établi d'après le médecin.

Répondant aux questions de la CNA, le Dr Z._____ a indiqué, dans un rapport du 6 juillet 2018, que l'assuré l'avait consulté pour la première fois le 17 novembre 2015, qu'il avait alors constaté une limitation de l'élévation antérieure de l'épaule, que lors de la consultation suivante, le 15 novembre 2016, l'assuré lui avait signalé des paresthésies persistantes des trois premiers doigts de la main droite dans les suites opératoires, avec une force diminuée lors de mouvements répétés, ainsi qu'une douleur du membre supérieur droit lors de l'élévation antérieure à plus de 90°. Ces atteintes l'obligeaient à utiliser les bras droit et gauche en alternance pour éviter les pertes de force de la main droite et ainsi assurer les tâches liées à sa profession de maçon. L'assuré l'avait consulté encore le 13 novembre 2017 avec une plainte d'hypoesthésie des 2^e, 3^e et 4^e doigts avec, lors des mouvements répétés de la main droite, une douleur palmaire et du deltoïde latéral, le tout passant en secouant la main ou en utilisant la main gauche.

La CNA a fait réaliser un examen neurologique par le Dr P._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 7 novembre 2018, celui-ci a conclu à une atteinte modérée, sans menace fonctionnelle, du nerf médian droit au niveau du canal carpien, à une discrète atteinte asymptomatique du nerf médian gauche au niveau du canal carpien, et a précisé que dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit, dépendant des myotomes C5 à D1, il y avait une absence de signes d'atteinte neurogène périphérique, avec des tracés aux mouvements à basse fréquence, mais qui étaient normalement riches, typiques de phénomènes de lâchage. Le Dr P._____ a estimé que l'atteinte modérée du nerf médian droit expliquait les troubles sensitifs dont l'assuré se plaignait, atteinte surchargée d'éléments de majoration expliquant l'extension des troubles moteurs et sensitifs, qui restaient sans

explication neurologique, avec notamment une absence d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire ainsi que d'une atteinte des gros troncs nerveux du membre supérieur droit. Il a évoqué l'éventualité de procéder à une neurolyse du nerf médian droit au niveau du canal carpien, tout en doutant des effets d'une telle intervention. Compte tenu du mécanisme de l'accident, du type d'activité professionnelle exercée par l'assuré et du caractère bilatéral de l'atteinte du nerf médian, la relation de causalité entre le syndrome du tunnel carpien et l'accident du 6 octobre 2015 n'était au plus que possible.

Dans sa prise de position du 19 novembre 2018, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a repris les conclusions de l'examen neurologique du Dr P._____.

Par décision du 22 janvier 2019, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec la rechute annoncée, faute de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 6 octobre 2015 et les troubles à l'avant-bras droit déclarés.

L'assuré s'est opposé à cette décision par l'intermédiaire de sa mandataire le 22 février 2019. Il a fait valoir, sur la base d'un rapport du Dr Z._____ du même jour, qu'il avait selon toute vraisemblance présenté une luxation d'épaule lors de l'accident, qui était restée inaperçue et qui expliquait les séquelles actuelles. Il estimait qu'une expertise orthopédique était nécessaire, de même que la réalisation d'une IRM. Le rapport du Dr Z._____ avait la teneur suivante :

« En reprenant les images radiologiques initiales du traumatisme, il apparaît selon toute vraisemblance que M. Q._____ a présenté une luxation de l'épaule droite qui a dû spontanément se réduire sur l'instant et passer inaperçue dans la suite de prise en charge alors occultée par le polytraumatisme puis cette affaire de luxation acromio-claviculaire opérée.

J'en veux pour preuve le rapport radiologique initial ci-joint qui décrit en effet une empreinte osseuse de Hill Sachs que l'on ne voit que lors d'une luxation, ceci chez un patient qui n'a jamais eu auparavant de luxation d'épaule. Il n'est ensuite plus fait mention de cet élément dans les rapports radiologiques suivants mais il est

vraisemblable que le patient souffre de séquelles de cette luxation et pas seulement du tunnel carpien qui à lui seul ne peut expliquer toute la symptomatologie du patient.

Afin de clarifier la situation, j'aurais proposé que la situation soit réévaluée auprès d'un orthopédiste de l'épaule. »

Le rapport auquel il faisait référence est le compte-rendu d'une imagerie du 9 octobre 2015 de la colonne vertébrale, de l'épaule droite et de la jambe droite réalisée par le Dr X._____, spécialiste en radiologie.

M._____, assureur maladie de l'assuré, a également fait opposition à la décision de la CNA en date du 5 juin 2019.

Une nouvelle évaluation neurologique de l'assuré a été réalisée par le Dr L._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 5 juin 2019, celui-ci a fait état d'un examen clinique et électroneuromyographique inchangé par rapport à l'évaluation du Dr P._____. Il notait tout au plus un syndrome du tunnel carpien bilatéral, plus marqué à droite, modéré, purement myélinique, qui semblait stable et rendait compte de la symptomatologie d'acroparesthésies. En revanche, il ne trouvait pas d'explications à la sensation d'engourdissement, de perte de sensibilité globale et de faiblesse du membre supérieur droit. Une partie de cette sensation de faiblesse était certainement liée à des lâchages d'origine antalgique, la mobilisation de l'épaule droite étant encore douloureuse.

Dans un rapport du 3 juillet 2019, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien des deux côtés, léger, de status après luxation acromio-claviculaire droite avec stabilisation à ciel ouvert en 2015 et de déchirure transfixiante plutôt chronique du tendon supra-épineux de l'épaule droite. Concernant les séquelles de la luxation acromio-claviculaire droite, il lui était difficile de se prononcer sur le pourcentage contribuant à la symptomatologie actuelle de la déchirure chronique du tendon supra-épineux. Le résultat opératoire était

satisfaisant, mais il était fréquent que les patients ne retrouvent pas une fonction à 100 % après une telle blessure.

Le 16 juillet 2019, la CNA a réceptionné les rapports des IRM de l'épaule droite et de la colonne cervicale datés respectivement des 10 et 13 mai 2019. Celles-ci avaient mis en évidence une rupture transfixiante focale du tendon du supra-épineux sur son faisceau superficiel et profond, ainsi que des discopathies débutantes de la colonne cervicale, sans signe de conflit disco-radriculaire ou de rétrécissement canalaire ou foraminal.

Dans une appréciation médicale du 2 septembre 2019, le Dr S. _____ a retenu le diagnostic de luxation acromio-claviculaire de stade III à l'épaule droite, stabilisée par laçage le 27 octobre 2015. Concernant l'éventualité d'une luxation gléno-humérale concomitante, il a relevé que l'IRM de l'épaule droite du 8 mai 2019 n'avait pas confirmé cette atteinte, en ne révélant aucune lésion osseuse post-traumatique, ni fracture, ni atteinte articulaire. Il n'y avait par ailleurs pas d'anomalie significative au niveau du labrum et du cartilage. Concernant la rupture transfixiante du tendon du sus-épineux droit, il a estimé que la causalité entre cette atteinte et l'accident était tout au plus possible, dans la mesure où les pièces médicales ne faisaient pas état de troubles de la récupération de la fonction au niveau de l'épaule droite et qu'une reprise de travail avait été possible à trois mois du traumatisme, ce qui n'aurait pas été possible si la lésion du tendon avait été contemporaine à l'événement accidentel. Les suites opératoires de l'intervention du 27 octobre 2015 avaient été favorables, permettant une reprise de l'activité professionnelle à 100 %, même s'il persistait une discrète limitation fonctionnelle.

Par décision sur opposition du 15 octobre 2019, la CNA a rejeté les oppositions formées par l'assuré et par son assureur maladie, reprenant les arguments de son médecin d'arrondissement et précisant que le seul fait que les troubles se soient déclarés après l'accident ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle avec celui-ci.

B. Par acte de sa mandataire du 15 novembre 2019, Q. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme en ce sens que des prestations d'assurance lui sont allouées. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en place d'une expertise orthopédique et traumatologique avec pour but de déterminer la nature des séquelles actuelles ainsi que leur lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2015. Il a en substance fait valoir, notamment sur la base du rapport médical du Dr R. _____, que la lésion du tendon sus-épineux était contemporaine à l'accident et qu'il existait un lien de causalité entre la symptomatologie actuelle et cet accident. Il a contesté l'appréciation médicale du Dr S. _____, qu'il a jugée insuffisamment étayée.

Dans sa réponse du 23 janvier 2020, la CNA a proposé le rejet du recours. Elle a contesté l'interprétation que le recourant faisait du rapport médical du Dr R. _____ et s'est référée à la prise de position du 22 janvier 2020 de son médecin d'arrondissement, la Dre C. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, dont les conclusions étaient les suivantes :

« Nous estimons qu'il existe un lien de causalité tout au plus possible entre l'atteinte du tendon du muscle supra-épineux droit retenu en mai 2019 - à 3.5 ans de l'événement du 6 octobre 2015 - et ce dit accident.

Monsieur Q. _____ a reçu un choc direct sur son épaule droite, qui ne fait pas partie des actions vulnérantes des tendons de la coiffe des rotateurs.

Monsieur Q. _____ ne présente pas à 3.5 ans de l'événement du 6 octobre 2015, sur l'IRM réalisée le 6 mai 2019, une atrophie musculaire et une dégénérescence graisseuse, auxquelles nous pourrions nous attendre par suite d'une rupture complète tendineuse.

En présence d'une atteinte du tendon du muscle supra-épineux, Monsieur Q. _____ n'aurait pas pu recommencer à exercer sa profession lourde de maçon-coffreur, comme il l'a fait à 3 mois de l'intervention chirurgicale subie.

Monsieur Q. _____ a subi à la suite de sa chute à moto - accident de la voie publique - uniquement une luxation acromio-claviculaire Tossy III à droite.

Réponse aux questions

1. *L'assuré présente-t-il une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ?*

Oui, lettre e

2. *Si oui, celle-ci est-elle manifestement imputable[...] à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs ?*

Oui

3. *L'assuré présente-t-il d'autres lésions se présentant, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2015 ?*

Oui, une luxation acromio-claviculaire stade Tossy III traitée par chirurgie avec succès, permettant une reprise à 100 % de l'activité professionnelle lourde de Monsieur Q._____ après trois mois - février 2016.

[...]

5. *Dans la même hypothèse, prière d'évaluer son atteinte à l'intégrité ?*

Aucune n'est justifiée selon l'atteinte présentée après l'accident du 6 octobre 2015, qui a été traitée avec succès et sans séquelles. »

Le 25 mai 2020, le recourant a produit un rapport du même jour du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon ce médecin, il était très vraisemblable que la symptomatologie du recourant soit en lien de causalité directe avec les séquelles de l'accident.

Dans sa réplique du 30 juillet 2020, le recourant a maintenu que ses atteintes étaient en relation de causalité avec l'accident, s'appuyant sur le rapport du Dr O._____ du 14 juillet 2020 qu'il a produit. Celui-ci se référait à un examen radiologique effectué le 24 juin 2020 par le Dr B._____, spécialiste en radiologie, attestant d'altérations post-traumatiques marquées, altérations caractérisées par la présence d'un décalage au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, ainsi que d'altérations dégénératives post-traumatiques de l'articulation acromio-claviculaire. Le Dr O._____ estimait que les troubles séquellaires du membre supérieur droit étaient directement liés à l'accident survenu en 2015.

La CNA a maintenu sa position dans sa duplique du 19 août 2020, produisant une nouvelle prise de position de la Dre C._____, datée du 18 août 2020. Selon cette dernière, le Dr O._____ se limitait à synthétiser la situation de l'assuré et à en déduire une éventuelle atteinte séquellaire de l'accident du 6 octobre 2015, sans avancer le moindre élément susceptible d'étayer concrètement et objectivement un tel point de vue, étant précisé qu'il recommandait une réévaluation. Au niveau de

la radiographie, il n'y avait rien de surprenant à ce que l'articulation acromio-claviculaire présente des remaniements puisque, d'une part, elle avait été lésée lors de l'accident puis opérée et, d'autre part, elle était très sollicitée chez les travailleurs de force. La Dre C._____ a précisé que l'opération avait pour but une stabilisation et non la restauration anatomique, raison pour laquelle une certaine proéminence subsistait. Selon elle, les troubles du recourant étaient probablement en relation avec l'atteinte du tendon du muscle supra-épineux et non avec la lacune géodique et les remaniements dépeints par le Dr B._____.

Dans sa détermination du 22 septembre 2020, le recourant a fait valoir que les interventions sur luxation acromio-claviculaires avaient pour but la récupération d'une fonction permettant un emploi du membre supérieur avec le moins de limitations possible, comme l'indiquait le Dr O._____ dans un rapport établi le 7 septembre 2020. Ce médecin estimait difficile d'établir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, si la symptomatologie douloureuse du recourant était majoritairement due aux séquelles de la luxation acromio-claviculaire ou aux altérations de la coiffe des rotateurs, qui n'étaient vraisemblablement pas liées à l'accident. S'agissant des remaniements de l'articulation acromio-claviculaire, il a évoqué que le développement de l'arthrose post-traumatique avait pu se manifester plus tard. Le Dr O._____ a relevé que la majorité des concepts de l'assureur et des motifs permettant de reconnaître une atteinte à l'intégrité étaient rattachés aux paramètres anatomiques et non aux paramètres fonctionnels, si bien qu'il était très difficile d'aller à l'encontre des assureurs. Il a joint à son rapport un article en anglais relatif au traitement des articulations acromio-claviculaires symptomatiques.

Dans ses déterminations du 14 octobre 2020, la CNA a renvoyé à ses précédentes écritures.

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 pour les troubles au membre supérieur droit annoncés le 18 mai 2018 comme rechute de l'accident du 6 octobre 2015.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. 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) 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. 3.2).

c) 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_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

Une valeur probante doit 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/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) Il est en l'occurrence admis que dans les suites de l'accident du 6 octobre 2015 le recourant a présenté une entorse acromio-claviculaire droite, en plus de diverses contusions. La CNA a pris en charge le traitement de cette atteinte, notamment l'opération de stabilisation acromio-claviculaire réalisée le 27 octobre 2015 et a versé au recourant des indemnités journalières jusqu'à sa reprise d'emploi,

le 16 février 2016.

Le 18 mai 2018, le recourant a fait valoir qu'il présentait des séquelles au membre supérieur droit qui sont en lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2015. Il se plaint d'une diminution permanente de la sensibilité tactile superficielle étendue de l'avant-bras droit et des 2^e, 3^e et 4^e doigts, avec lors des mouvements répétés du bras droit une douleur de la face palmaire de la main droite et deltoïdienne latérale droite l'obligeant alors à utiliser sa main gauche, ce qui gêne son activité professionnelle (rapport du Dr Z. _____ du 17 novembre 2017). Il exprime également une symptomatologie douloureuse résiduelle au niveau de son épaule droite lors des travaux lourds, qu'il doit effectuer en s'aidant de son membre supérieur gauche (rapport du Dr O. _____ du 14 juillet 2020).

b) Les examens neurologiques effectués par le Dr P. _____ à la demande de la CNA puis par le Dr L. _____ ont permis de mettre en évidence une atteinte modérée du nerf médian droit au niveau du canal carpien ainsi qu'une discrète atteinte du nerf médian gauche au même niveau (rapports respectifs des 7 novembre 2018 et 5 juin 2019). Les deux neurologues concluent de manière analogue que la présence de ce syndrome du tunnel carpien bilatéral permet uniquement d'expliquer la symptomatologie de paresthésies dans les extrémités. Le reste de l'examen neurologique étant dans les normes, ils n'ont en revanche pas d'explication pour la sensation d'engourdissement ou de perte de sensibilité globale du membre supérieur droit, ni la sensation de faiblesse dont se plaint le recourant.

Sur le plan de la causalité, le Dr P. _____ est d'avis que compte tenu du mécanisme de l'accident, du type d'activité professionnelle exercée par le recourant et du caractère bilatéral de l'atteinte du nerf médian, la relation de causalité entre le syndrome du tunnel carpien et l'accident du 6 octobre 2015 est tout au plus possible. Le Dr L. _____ ne se prononce pas sur cette question, ni les autres médecins. Quant au Dr S. _____, il se réfère à l'avis du Dr P. _____

auquel il se rallie (appréciation du 2 septembre 2019). Il se justifie par conséquent de suivre l'opinion de ce spécialiste et de nier un lien de causalité entre le syndrome du tunnel carpien et l'accident du 6 octobre 2015.

c) En vue d'expliquer la symptomatologie actuelle, le Dr Z._____ a émis l'hypothèse, dans son rapport du 22 février 2019, que le recourant a selon toute vraisemblance présenté une luxation de l'épaule droite au moment de l'accident, laquelle a dû spontanément se réduire et est passée inaperçue dans la suite de la prise en charge. Il en veut pour preuve le rapport radiologique initial du Dr X._____ du 9 octobre 2015, qui décrivait une encoche de Hills-Sachs, que l'on ne voit que lors d'une luxation d'épaule.

Dans leurs appréciations des 2 septembre 2019 et 22 janvier 2020, les Drs S._____ et C._____ excluent cependant de manière convaincante l'existence d'une luxation gléno-humérale. Ils précisent en effet que la suspicion d'empreinte de Hill-Sachs n'a pas été confirmée par l'IRM de l'épaule réalisée le 8 mai 2019, qui n'a mis en évidence ni lésion osseuse post-traumatique, ni fracture, ni d'autres atteintes articulaires, en particulier aucune anomalie du labrum et du cartilage, qui pourrait faire penser à un état après luxation gléno-humérale.

d) Grâce à cette IRM de l'épaule droite, les médecins ont constaté que le recourant présentait une rupture transfixiante focale du tendon du supra-épineux sur son faisceau superficiel et profond.

Le Dr R._____ a fait savoir qu'il était difficile de se prononcer, en lien avec les séquelles de la luxation acromio-claviculaire droite, sur le pourcentage contribuant à la symptomatologie actuelle de la déchirure du tendon supra-épineux (rapport du 3 juillet 2019). Le Dr O._____ est d'avis que la symptomatologie douloureuse du recourant est potentiellement en rapport avec la lésion de la coiffe des rotateurs, mais considère que celle-ci n'est vraisemblablement pas liée à l'accident (rapport du 7 septembre 2020). De leur côté, les Drs S._____ et

C._____ estiment que la causalité entre cette atteinte et l'accident est tout au plus possible (appréciations des 2 septembre 2019 et 22 janvier 2020). Le Dr S._____ se base sur le fait qu'aucun trouble de la récupération de la fonction au niveau de l'épaule droite n'a été mentionné par les médecins et qu'une reprise du travail a été possible à trois mois du traumatisme, ce qui n'aurait pas été le cas si la lésion du tendon du supra-épineux avait été contemporaine à l'événement accidentel. La Dre C._____ explique en détails le mécanisme à l'origine d'une luxation acromio-claviculaire puis précise que les atteintes d'un tendon de la coiffe des rotateurs supposent un phénomène de traction, tandis que le recourant a subi un choc direct sur l'épaule et non une traction de ses tendons. Elle mentionne également qu'en présence d'une atteinte du tendon du muscle supra-épineux aiguë à droite, le recourant n'aurait pas été en mesure de reprendre son activité professionnelle lourde. Finalement, elle relève l'absence d'atrophie musculaire et de dégénérescence graisseuse sur l'IRM du 6 mai 2019, à trois ans et demi de l'événement accidentel, éléments auxquels on pourrait s'attendre par suite d'une rupture complète tendineuse.

Il convient par conséquent de retenir que la lésion de la coiffe des rotateurs présente chez le recourant n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 6 octobre 2015.

Si la rupture transfixiante du supra-épineux constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.3), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 applicable en l'espèce (consid. 3 supra), celle-ci n'est toutefois pas à la charge de l'assureur-accident puisque, comme vu ci-dessus, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, étant donné qu'elle ne peut pas être rattachée à l'accident (voir également appréciation de la Dre C._____ du 22 janvier 2020 p. 10).

e) Finalement, le Dr O._____ considère que la symptomatologie actuelle du recourant est, à tout le moins en partie, due aux séquelles de la luxation acromio-claviculaire. Il constate que les amplitudes actives de l'épaule sont conservées, mais avec une réduction de force dans les mouvements d'abduction et dans les mouvements nécessitant une position du bras en dessus du niveau de l'épaule. La radiographie de la clavicule droite du 24 juin 2020 qu'il a fait réaliser a permis de voir l'existence de remaniements post-traumatiques de l'articulation acromio-claviculaire droite. Le Dr O._____ fait valoir que ces altérations, caractérisées par la présence d'un décalage au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et d'altérations dégénératives de cette articulation, sont directement en rapport avec l'événement traumatique initial (rapport du 14 juillet 2019). Il indique que l'arthrose post-traumatique a pu se manifester plus tard, ce qui expliquerait l'intervalle de plus de trois ans entre la luxation et les symptômes actuellement décrits. Il reconnaît toutefois qu'il est difficile d'établir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, lequel des deux éléments, à savoir les séquelles de la luxation acromio-claviculaire ou les altérations de la coiffe des rotateurs, est majoritairement impliqué dans la symptomatologie douloureuse du recourant (rapport du 7 septembre 2020).

Dans sa prise de position du 18 août 2020, la Dre C._____ relève que le Dr O._____ se limite à synthétiser la situation de l'assuré, notamment sur la base de la radiographie du 24 juin 2020, et à en déduire une éventuelle atteinte séquellaire de l'accident du 6 octobre 2015, sans toutefois avancer le moindre élément susceptible d'étayer concrètement et objectivement un tel point de vue. Elle considère que les remaniements visibles à la radiographie n'ont rien de surprenant étant donné l'opération de la luxation acromio-claviculaire qui a eu lieu et le métier de force du recourant, qui sollicite beaucoup cette articulation. Elle observe par ailleurs sur la radiographie la présence d'une lacune géodique, qui est dans l'ordre des choses après une telle intervention. Elle conclut que les troubles dont s'est plaint le recourant auprès du Dr O._____, à savoir une symptomatologie douloureuse et une diminution de force lors des mouvements d'abduction et lors de la position du bras en dessus de

l'épaule, sont probablement en relation avec l'atteinte du tendon du muscle supra-épineux objectivée par l'IRM. Elle exclut en revanche qu'ils soient en relation avec la lacune géodique et les remaniements dépeints par le Dr B._____ lors de la radiographie, rappelant que le muscle supra-épineux est un muscle abducteur, qui permet l'élévation latérale du bras.

La Dre C._____ explique qu'une opération de luxation acromio-claviculaire a comme principal but une stabilisation de l'articulation et non une restauration anatomique. C'est pour cette raison qu'il subsiste une certaine proéminence au niveau de l'épaule, comme constaté par la Dr O._____. A l'inverse, celui-ci considère que le but d'une intervention est la récupération d'une fonction permettant un emploi du membre supérieur avec le moins de limitations possible (rapport du 7 septembre 2020). Il ne s'agit pas à ses yeux d'un résultat anatomique, mais d'un résultat fonctionnel et il critique le fait que les assureurs se fondent sur les paramètres anatomiques plutôt que sur les paramètres fonctionnels. Ce faisant, le Dr O._____ considère implicitement que le devoir de prestations de l'assureur-accident devrait perdurer jusqu'à une récupération quasi complète des fonctions. Tel n'est cependant pas le cas selon la jurisprudence. Dans le cadre de la disparition du lien de causalité, il n'est en effet pas question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

En l'occurrence, les éléments médicaux au dossier permettent de constater que la luxation acromio-claviculaire a été traitée à satisfaction. Les différents médecins reconnaissent cependant que le recourant présente toujours une limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite. Le Dr S._____ la qualifie de discrète et retient que le résultat opératoire est tout à fait satisfaisant. Il relève plus globalement que les suites opératoires ont été favorables et qu'elles ont permis une reprise de l'activité professionnelle à 100 %. La Dre C._____ précise que

cette discrète limitation fonctionnelle qui perdure va de pair après la chirurgie acromio-claviculaire (appréciation du 22 janvier 2020 p.9). Elle estime également que la luxation acromio-claviculaire a été traitée avec succès et sans séquelles, rappelant que le recourant avait pu reprendre son activité professionnelle lourde à plein temps trois mois plus tard (p. 10). De même, dans son rapport du 3 juillet 2019, le Dr R. _____ mentionne que le résultat opératoire est satisfaisant, mais que la fonction n'est souvent pas à 100 % après une telle blessure.

Il résulte de ce qui précède que, d'une part, il n'a pas pu être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles actuels du recourant seraient dus aux séquelles de la luxation acromio-claviculaire et, d'autre part, que cette atteinte a été traitée de manière satisfaisante, permettant au recourant de reprendre son activité professionnelle habituelle.

Finalement, il n'est pas possible de tirer de conclusions de l'article médical produit le 22 septembre 2020 dans la mesure où il relate des données générales et ne concerne pas directement le recourant.

f) En conclusion, c'est à juste titre que la CNA a refusé de prendre en charge les atteintes au membre supérieur droit annoncées comme rechute de l'accident du 6 octobre 2015.

6. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir d'ordonner une expertise orthopédique et traumatologique. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 octobre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ana Rita Perez (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 :