

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2024

Composition : Mme Livet, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Parrone, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaillait, en qualité de responsable auprès de D. _____ Sàrl, à un taux de 50%. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou l'intimée).

Le 14 août 2018, l'employeur de l'assuré a annoncé un accident survenu le 30 avril 2018 - la date de l'accident étant toutefois incertaine, le recourant la situant parfois le 17 avril, parfois le 30 avril 2018 - lors duquel il a chuté dans la rue en marchant sur un regard de la route mal fixé.

A la suite de cet accident, une incapacité de travail à 100% a été attestée du 2 au 13 mai 2018 par le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, puis du 20 mai au 28 novembre 2018 par différents médecins de la Polyclinique F. _____ à [...]. Des certificats médicaux attestent encore d'une incapacité de travail à 50% du 30 novembre 2018 au 31 janvier 2019, puis à 100% du 1^{er} février au 15 mars 2019, à nouveau à 50% du 16 mars au 18 avril 2019, à 10% du 19 avril au 22 mai 2019 puis à nouveau à 100% du 22 mai au 23 septembre 2019.

b) Le 2 mai 2018, l'assuré a consulté le Dr G. _____ et a été soumis à des radiographies de la colonne cervicale. La conclusion du rapport du Centre d'imagerie de [...] est « *discopathie dégénérative C6-C7. Rectitude cervicale* ». Dans un rapport du 14 mai 2018, le Dr G. _____ a indiqué comme constat clinique « *cervicalgies avec limitation de l'amplitude fonctionnelle. Pas de lésions neurologiques objectivables. Le patient signale des paresthésies des MI [membres inférieurs] et des dorsalgies connues antérieurement* ». En outre, dans le rapport médical initial LAA adressé le 28 août 2018 à la CNA, le Dr G. _____ a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite.

Le 20 mai 2018, en raison de douleurs persistantes, le recourant est allé consulter à la Policlinique F._____, où il a ensuite été régulièrement suivi.

Le 23 mai 2018, le recourant a été soumis à un scanner lombaire, qui n'a pas révélé de lésion traumatique osseuse, ni de signe de hernie discale ou de conflit foraminaux pouvant expliquer les paresthésies droites.

Le 28 juin 2018, le recourant a bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire. Le rapport y relatif de la Dre N._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'arthrose interfacettaire prédominant en L4-L5 gauche présentant un rehaussement inflammatoire modéré et a souligné l'absence de hernie discale ou de compression radiculaire.

Dans un rapport médical intermédiaire du 22 août 2018, le Dr W._____ de la Policlinique F._____ a indiqué comme diagnostic « *contusions épaule droite et douleurs nuque à droite. Douleurs jambe droite* », relevant l'absence d'amélioration de l'état du patient.

c) La CNA a soumis le dossier de l'assuré au Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a, dans un rapport du 29 octobre 2018, qualifié de probable le lien de causalité naturelle entre l'accident et la cervicobrachalgie droite, avec cependant un état antérieur connu. La causalité naturelle était qualifiée de possible pour le reste. L'événement avait fini de déployer ses effets au maximum six mois après celui-ci, en l'absence d'élément traumatique objectivable.

d) Par décision du 11 janvier 2019, la CNA a informé le recourant qu'elle prenait en charge l'accident du 17 avril 2018 en ce qui concernait les troubles cervicaux mais interrompait la prise en charge de celui-ci au 17 octobre 2018, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident assuré étant considéré comme atteint au plus tard dans un délai de six mois. Les troubles à la colonne lombaire, à la jambe et à l'épaule

droites ainsi qu'aux mains n'étaient, quant à eux, pas en lien de causalité probable avec l'accident de sorte qu'ils n'étaient pas à la charge de la CNA.

B. **a)** Le 22 janvier 2019, M._____, par son avocat David Métille, a formé opposition, qu'il a complétée le 31 octobre 2019, à la décision du 11 janvier 2019. En substance, se fondant sur les pièces produites, il estimait que l'accident en cause était à l'origine des troubles dont il souffrait toujours et concluait à la poursuite de l'obligation de prester de la CNA au-delà du 17 octobre 2018. A titre subsidiaire, il requérait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste de l'épaule. A l'appui de son opposition, le recourant a produit :

- un rapport médical établi par le Dr W._____ le 18 juin 2018 dont il ressort que le patient a été suivi en raison de douleurs ressenties à l'épaule droite, au cou droit antérieur, aux lombes et à l'avant-bras droit à la suite de l'accident d'avril 2018. L'IRM des lombes n'avait rien révélé d'anormal et celle de l'épaule droite une tendinopathie très modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il est relevé que les douleurs persistent ;
- un rapport (en italien) d'une IRM effectuée en [...] le 24 avril 2019 ;
- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite établi le 19 juin 2019 par la Dre J._____, spécialiste en radiologie, dont les conclusions sont : *« pas de déchirure des différents tendons identifiée sur les acquisitions standards mais il existe cependant sur l'acquisition ABER [Abduction external rotation] une lésion comparable avec une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux intéressant 50% de l'épaisseur tendineuse. SLAP [Superior labral antero-posterior lesion] IIA. Bursite sous acromio-deltoïdienne d'importance modérée. Pas de*

poussée congestive significative de l'arthropathie acromio-claviculaire. Bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs » ;

- un rapport établi le 3 octobre 2019 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui constate que le patient a une bonne mobilité au niveau de l'épaule droite, un test de Jobe négatif et que, sur les IRM successives, il y a des petites lésions, mais de grade I, du tendon sus-épineux pour lesquelles il n'y a rien à faire au niveau chirurgical. Il souligne qu'en ce qui concerne les lésions de l'épaule, il est difficile de se prononcer si ce sont des lésions post-traumatiques ou dégénératives, tout ce qui peut être constaté étant que le patient a des douleurs depuis l'accident. Les IRM montrent des petites lésions au niveau du tendon sus-épineux mais il y a également des cervico-brachialgies dues aux hernies discales. Il relève encore que les petites lésions au niveau de l'épaule ne peuvent pas entraîner les importantes douleurs présentées par le patient, celles-ci étant certainement dues à ses problèmes cervicaux ;

- un rapport établi le 8 octobre 2019 par la Dre J._____ concernant la réinterprétation de l'IRM passée en Italie le 24 avril 2019 dont les conclusions sont *« IRM de l'épaule droite de qualité suboptimale où la zone de tendinopathie en hypersignal T2 linéaire, non liquidienne se situant au niveau interstitiel du tendon du muscle supra-épineux n'est pas identifiée avec certitude. Pas d'évidence d'autre déchirure tendineuse. Pas de tendinopathie du long chef bicipital. Bursite sous acromio-deltoïdienne d'importance modérée. Poussée congestive d'importance modérée de l'arthropathie acromio-claviculaire. A remarquer qu'il s'agissait d'un examen effectué sans injection de produit*

de contraste intra-articulaire et en l'absence d'acquisition ABER ».

b) Le 16 octobre 2019, la CNA a reçu copie du rapport établi le 26 août 2019 par le Dr Q._____, chef de clinique à la consultation de médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital [...], dont l'appréciation est formulée ainsi « *Monsieur M._____ présente donc une cervico-brachialgie C5 droite non-déficitaire, dont la clinique me semble bien corrélée avec la hernie discale C4/C5 paramédiane droite. S'y associe un tableau d'omalgies bilatérales déjà investiguées avec une coiffe douloureuse, mais compétente dans tous les plans, pour lesquelles à mon avis le traitement restera conservateur. Concernant les cervicalgies, Monsieur M._____ bénéficiera d'une consultation en chirurgie spinale dans 3 jours, soit le lundi 26.08.2019. A mon avis, le traitement restera conservateur et on pourra proposer, au cas où une indication chirurgicale ne serait pas retenue, une infiltration périradiculaire C5 droite pour tenter de soulager le patient. Concernant les lombalgies, le tableau me semble être un tableau de lombalgies communes aspécifiques d'origine mécanique, avec une IRM dans la norme. Le traitement doit rester conservateur, axé essentiellement sur une prise en charge physique en physiothérapie, antalgie à la demande, et essai de réduction pondérale. Je n'ai pas d'argument franc à l'imagerie pour expliquer cette irradiation L5 droite ».*

c) Par décision sur opposition du 11 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. En substance, elle a estimé que le tableau clinique de l'assuré était évocateur d'atteintes dégénératives si bien que l'arrêt des prestations six mois après l'événement était, au regard du mécanisme accidentel, justifié. Le rapport du Dr R._____ ne changeait pas cette appréciation. En effet, il en ressortait notamment qu'il était difficile de se prononcer sur l'origine - post-traumatique ou dégénérative - des lésions de l'épaule. Ce rapport soulignait également que les petites lésions de l'épaule ne pouvaient pas entraîner les importantes douleurs présentées par l'assuré qui était certainement dues aux problèmes cervicaux. Or la discopathie cervicale C4/C5 et C6/C7,

associée en C4/C5 à une hernie discale paramédiane droite ne pouvait, selon la CNA, être mise sur le compte de l'accident d'avril 2018. Le dossier étant suffisamment instruit et les rapports médicaux produits par l'assuré insuffisants pour mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement, la CNA renonçait à la mise en œuvre d'une expertise.

C. a) Par acte du 11 décembre 2019, M._____, toujours représenté par Me David Métille, a formé recours contre la décision sur opposition du 11 novembre 2019. Il conclut, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à ce que la CNA soit condamnée au versement des prestations d'assurances selon la LAA pour les suites de l'accident du 17 avril 2018 postérieurement au 17 octobre 2018, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste de l'épaule, éventuellement en renvoyant le dossier à l'intimée pour qu'elle y procède elle-même.

Il fait valoir, en résumé, qu'il existe un lien de causalité entre l'accident en cause et la persistance des troubles au-delà du 17 octobre 2018. Il conteste toute valeur probante à l'appréciation du Dr B._____, qui tient sur cinq lignes et ne présente aucune motivation mais une simple affirmation péremptoire. En revanche, l'appréciation du Dr R._____, spécialiste reconnu de l'épaule, est motivée et doit jouir d'une pleine valeur probante. Elle démontre que l'épaule droite était parfaitement asymptomatique avant l'accident. Par ailleurs, si le tribunal estimait que les éléments ressortant du dossier n'étaient pas suffisants, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

b) Dans sa réponse du 10 mars 2020, la CNA conclut au rejet du recours. Se référant à la motivation de sa décision sur opposition, elle rappelle que si le rapport du Dr R._____ constate effectivement que le recourant présente des douleurs à l'épaule depuis l'accident, il souligne surtout que leur importance ne saurait être expliquée par les petites lésions de grade I du tendon sus-épineux, mais sont plutôt en relation avec les problèmes cervicaux du recourant. En application de la présomption jurisprudentielle - dont il n'y a pas lieu de se distancier - selon laquelle en présence d'un état maladif de la colonne vertébrale,

antérieur à l'accident, sans lésion structurelle associée, l'aggravation post-traumatique cesse de déployer ses effets au plus tard six à neuf mois plus tard voire après maximum une année, l'arrêt de la prise en charge de l'assurance est justifié.

A l'appui de sa réponse, la CNA produit une appréciation chirurgicale établie le 4 mars 2020 par la Dre P._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil à la division médecine des assurances de la CNA. En résumé, il en ressort qu'après avoir pris connaissance de l'entier du dossier radiologique de l'assuré, la Dre P._____ retient que l'accident incriminé n'a entraîné aucune atteinte structurelle de la colonne lombaire et cervicale de l'assuré mais vraisemblablement passagèrement décompensé un état dégénératif préexistant pendant une durée d'au maximum six mois. S'agissant des omalgies droites, elle relève que l'atteinte tendineuse partielle ne consiste pas en une interruption des fibres perpendiculairement à l'axe du tendon. Selon elle, la chute en cause n'a pas entraîné d'atteinte structurelle de l'épaule droite. Elle exclut par ailleurs que l'irrégularité tendineuse du muscle supra-épineux constitue une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA. Elle estime ainsi que l'accident a décompensé un état préexistant et, en tous les cas, cessé de déployer des effets au plus tard six mois après, la symptomatologie persistante étant à mettre sur le compte de l'état maladif préexistant.

c) Par réplique du 11 juin 2020, le recourant, dorénavant représenté par Me Muriel Vautier, requiert que l'appréciation de la Dre P._____ soit écartée du dossier. Celle-ci s'apparente à une expertise que l'intimée ne pouvait pas mettre en œuvre, dans la mesure où elle avait perdu la maîtrise de l'objet du litige en raison de l'effet dévolutif du recours formé devant le Tribunal cantonal. Quoi qu'il en soit, le recourant conteste l'appréciation médicale produite par l'intimée, se fondant en particulier sur deux rapports médicaux établis les 7 et 25 mai 2020 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, expert médical certifié SIM, et maintient tant ses conclusions au fond que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et neurologique).

Selon le rapport établi le 25 mai 2020 par le Dr H._____, qui se fonde notamment sur deux IRM des 27 et 30 avril 2020, le recourant souffre, à l'épaule droite, d'une déchirure partielle des tendons supra-épineux et sous-scapulaire, d'une subluxation médiale du tendon du chef long du biceps (LCB) probablement en rapport avec un status post-entorse de la sangle ligamentaire bicipitale, d'une déchirure du labrum de type SLAP 2A et à l'épaule gauche, d'une déchirure partielle du tendon supra-épineux, d'une subluxation médiale du LCB avec petit épaissement de la sangle ligamentaire bicipitale. Citant différentes études médicales, le Dr H._____ estime que l'action vulnérante subie par le recourant en avril 2018, consistant en une chute de sa hauteur, est tout à fait adéquate pour provoquer, même de façon partielle, les lésions constatées aux deux épaules. En outre, en se référant à différents articles médicaux, il relève qu'il n'y a aucune déchirure asymptomatique de la coiffe des rotateurs en dessous de 50 ans et en déduit donc que le recourant, âgé de 47 ans au moment de sa chute, ne pouvait pas souffrir d'une déchirure de la coiffe des rotateurs asymptomatique préexistante. Selon lui, les lésions dont souffre le recourant sont donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, encore en lien avec l'accident en cause.

d) Le 10 août 2020, la CNA a déposé une duplique, aux termes de laquelle elle conteste que l'appréciation de l'un de ses médecin-conseils constitue une expertise. En outre, elle souligne que les rapports médicaux du Dr H._____ se fondent sur des IRM réalisées les 27 et 30 avril 2020, soit postérieurement à la décision attaquée si bien qu'ils doivent être écartés. Elle produit une nouvelle appréciation chirurgicale établie le 10 août 2020 par la Dre P._____ et confirme les conclusions de sa réponse du 10 mars 2020.

La Dre P._____, dans son rapport du 10 août 2020, relève qu'aucun diagnostic - en particulier par le Dr R._____ - n'avait été posé avant celui du Dr H._____ s'agissant de l'épaule gauche malgré une première IRM, en 2019, et conteste par conséquent l'existence d'un lien de causalité avec l'accident pour cette épaule. Elle souligne que les

rapports du Dr H._____ contiennent essentiellement des généralités sans qu'il ne s'exprime sur le cas de l'assuré. Elle conteste l'analyse du Dr H._____ sur l'événement vulnérant. Selon elle, si l'on considère la description de la chute - c'est-à-dire une chute de la hauteur de l'assuré, avec, en position finale, une jambe dans le trou et l'autre repliée sur le goudron, le corps penché en avant en appui sur les deux mains - il n'y a pas eu d'action vulnérante propre à provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs, telle que décrite dans la littérature. Elle conteste également, littérature à l'appui, qu'il n'existe pas de déchirure asymptomatique de la coiffe des rotateurs avant 50 ans. La Dre P._____ souligne encore que les différentes imageries successives vont dans le sens d'une progression de l'atteinte dégénérative et conclut que les troubles dont souffre l'assuré n'ont aucun lien de causalité avec l'événement d'avril 2018.

e) Dans ses déterminations du 1^{er} septembre 2020, le recourant souligne que l'appréciation chirurgicale établie le 10 août 2020 par la Dre P._____ ne fait que confirmer l'existence d'avis médicaux totalement contradictoires ne pouvant être tranchés sans ordonner une expertise. Il maintient ainsi ses conclusions et en particulier celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

D. L'instruction de la cause a été reprise par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge du dossier.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents. 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'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 17 octobre 2018, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles dont il souffrait toujours à compter de cette date.

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) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

c) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi TF 8C_208/2023 du 19 mars 2024 consid. 4.2).

5. a) Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et

tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références).

b) Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références).

c) D'autres motifs militent en faveur d'une approche restrictive quant à la possibilité pour l'administration de revenir *lite pendente* sur une décision qu'elle a rendue. Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références) ou que la réglementation en

matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (ATF 132 V 215 consid. 6.2 et les références).

6. En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision, puis sa décision sur opposition, essentiellement sur l'avis du médecin d'arrondissement, le Dr B._____, qui tenait en cinq lignes, sans autre motivation. Dans le cadre du délai de réponse dans la présente procédure, elle a sollicité l'avis médical d'un médecin-conseil de sa division médecine des assurances, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie. Or l'avis en question, qui tient sur quatorze pages, contient une anamnèse médicale très circonstanciée et un résumé de l'ensemble de la documentation médicale à disposition, une appréciation comportant une explication détaillée, figures à l'appui, des troubles cervicaux et lombaires du recourant, ainsi que de ses troubles à l'épaule droite, suivi des réponses aux questions de l'intimée. Il apparaît que l'appréciation chirurgicale de la Dre P._____ s'apparente plutôt à une expertise et semble dépasser le cadre de mesures d'instruction ne portant que sur des aspects ponctuels qui permettrait à l'assureur d'instruire *pendente lite*. Cette question souffre toutefois de demeurer indécise au vu du sort du recours.

7. Il convient d'examiner si les renseignements médicaux figurant au dossier permettent de retenir ou d'exclure un lien de causalité entre l'accident et la persistance des troubles du recourant au-delà du 17 octobre 2018.

a) S'agissant des troubles cervicaux et lombaires, le premier examen passé par le recourant au Centre d'imagerie de [...] le 2 mai 2018 a révélé une discopathie dégénérative C6-C7 entraînant une rectitude cervicale. Quant au scanner lombaire du 23 mai 2018 et à l'IRM du 28 juin 2018, ils n'ont pas révélé de lésion traumatique osseuse, ni de signe de hernie discale, de conflit foraminal ou de compression radiculaire, mais tout au plus une arthrose interfacettaire prédominant en L4-L5. En outre, le Dr Q._____ dans son rapport établi le 26 août 2019, constate que l'IRM du rachis complet révèle une discopathie cervicale C4/C5 et C6/C7, associée en C4/C5 à une hernie discale paramédiane droite possiblement

conflictuelle avec la racine C5 droite. Il indique également que, sur le plan dorsal, l'IRM montre une petite protrusion discale D7/D8 sans signe de menace sur le plan médullaire. Sur le plan lombaire, l'IRM était normale, sans hernie, ni franche discopathie. Dès lors, les médecins s'accordent, pour l'essentiel, sur le caractère dégénératif des troubles dorsaux du recourant. A cet égard, le Dr B. _____ a qualifié de probable le lien de causalité naturelle entre l'accident et la cervicobrachalgie droite, avec cependant un état antérieur connu, l'événement ayant fini de déployer ses effets au maximum six mois après celui-ci, en l'absence d'élément traumatique objectivable. Aucun des rapports médicaux au dossier, ni de ceux produits par le recourant, ne remettent en cause cette appréciation, que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. Les rapports médicaux au dossier étant convaincants à ce sujet, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Dès lors que les troubles dorsaux du recourant sont d'origine dégénérative et en l'absence de lésion structurelle, conformément à la jurisprudence (cf. TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2), c'est à juste titre que l'intimée a estimé que l'accident d'avril 2018 avait cessé de déployer ses effets six mois après l'événement, s'agissant des troubles cervicaux et lombaires du recourant.

b) Autre est la question des troubles à l'épaule droite du recourant. A cet égard, il convient tout d'abord de relever que, contrairement à ce que semble retenir la Dre P. _____ dans ses appréciations chirurgicales, le recourant s'est plaint, immédiatement à la suite de l'accident d'avril 2018, de souffrir de l'épaule droite. En effet, le Dr G. _____ pose, dans le rapport initial LAA, le diagnostic de contusion de l'épaule droite. S'il est vrai que ce rapport date du 28 août 2018, il convient de rappeler que le Dr G. _____ a cessé de suivre le recourant au plus tard le 20 mai 2018 lorsque celui-ci est allé consulter à la Policlinique F. _____, si bien que ce diagnostic se fonde sur les consultations du mois de mai, c'est-à-dire peu de temps après l'accident. Par ailleurs, les certificats de la clinique précitée indiquent que le recourant est venu consulter en raison de douleurs persistantes, notamment à l'épaule droite.

La Dre P._____ s'étonne que les premières imageries de l'épaule datent d'une année après l'accident, semblant sous-entendre que les douleurs ne devaient pas être très importantes, vu ce délai. Elle n'expose toutefois pas clairement ce qu'elle en déduit, en particulier, elle n'indique pas que les lésions envisagées impliqueraient nécessairement des douleurs intenses. Quoi qu'il en soit, il ressort du rapport de la Dre J._____ du 19 juin 2019 qu'il existe sur l'acquisition ABER une lésion comparable avec une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux intéressant 50% de l'épaisseur tendineuse et une lésion de type SLAP IIA. Quant au Dr H._____, il diagnostique une déchirure partielle des tendons supra-épineux et sous-scapulaire, une subluxation médiale du tendon du chef long du biceps (LCB) probablement en rapport avec un status post-entorse de la sangle ligamentaire bicipitale et une déchirure du labrum de type SLAP 2A. Enfin, la DreP._____ retient que le recourant présente tout au plus une atteinte partielle tendineuse, qui ne constitue pas une interruption des fibres perpendiculairement à l'axe du tendon. Elle précise à cet égard qu'une interruption des fibres perpendiculairement à l'axe du tendon est *a priori* d'origine traumatique. *A minima*, les médecins s'accordent ainsi sur le fait que le recourant souffre d'une atteinte tendineuse partielle du tendon supra-épineux.

En revanche, le Dr H._____ et la Dre P._____ ne s'accordent pas sur l'origine traumatique ou dégénérative de la lésion. A cet égard, le Dr H._____ retient qu'il existe un lien de causalité entre l'événement d'avril 2018 et les lésions à l'épaule droite qu'il diagnostique. Il estime, d'une part, que l'événement vulnérant est propre à causer de telles lésions et, d'autre part, qu'il n'existe pas de déchirure asymptomatique de la coiffe des rotateurs en dessous de 50 ans si bien que le recourant, âgé de 47 ans au moment de sa chute, ne pouvait pas souffrir d'une telle déchirure asymptomatique préexistante. Quant à la Dre P._____, elle réfute que la chute du recourant corresponde à une action vulnérante propre à causer les lésions de l'épaule en cause, tout comme l'inexistence de déchirure de la coiffe des rotateurs asymptomatique en dessous de 50 ans. Les deux médecins citent par ailleurs de la littérature médicale à l'appui de leur thèse. En outre, la Dre P._____ affirme qu'une

interruption des fibres perpendiculairement à l'axe du tendon est *a priori* d'origine traumatique - affirmation qui n'est pas étayée par de la littérature - mais elle ne dit pas, qu'à l'inverse, une interruption des fibres parallèlement à l'axe du tendon exclut une origine traumatique. Ce point ne permet ainsi pas encore, à ce stade, de départager l'avis des médecins et d'exclure toute origine traumatique des lésions du recourant. Enfin, s'agissant de la discussion sur l'événement vulnérant sur laquelle les deux médecins s'opposent, il convient de rappeler que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de souligner, dans le cadre d'un choc à l'épaule, qu'il n'y a pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations de la victime. Il convient bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (cf. TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 ; 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.1.3 et 4.5).

Au vu de ce qui précède, les prises de position respectives des médecins quant à l'importance et à la portée à donner, dans leur examen de la question du lien de causalité, à l'état antérieur préexistant associé à d'autres facteurs tels que l'action vulnérante de l'événement, l'âge et l'absence de problèmes à l'épaule avant l'accident, de même que l'interprétation de l'évolution des imageries sont tellement divergentes qu'il apparaît difficile de les départager sans connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour la cour de céans qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante (cf. TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3).

Il convient encore de relever que le Dr H. _____ soutient que les lésions qu'il diagnostique à l'épaule gauche du recourant pourraient également être en lien de causalité avec l'accident d'avril 2018. Quant à

la Dre P._____, elle indique qu'elle ne dispose pas des images de l'épaule gauche de l'IRM de 2019 mais qu'elle « *peine à concevoir que l'atteinte, révélée en 2019, soit plus d'une année après l'accident, soit en relation de causalité avec celui-ci* ». Cette seule affirmation, peu étayée, n'est pas suffisante pour exclure le lien de causalité. Au vu du sort du recours et du renvoi de la cause à l'autorité précédente, il lui incombera d'instruire également ce point.

c) Il résulte de ce qui précède que l'instruction de la cause ne permet pas de trancher entre les avis du Dr H._____ et de la Dre P._____ quant à l'existence d'un lien de causalité entre les lésions aux épaules du recourant et l'accident d'avril 2018. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à la CNA, à qui il incombe d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle ordonne une expertise médicale, au sens de l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 11 novembre 2019 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 conformément à l'art. 82a LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition du 11 novembre 2019 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à celle-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à M. _____ une indemnité de 2000 fr. (deux mille 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 Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :