

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Pache, avocat à lausanne,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait en qualité d'installateur sanitaire pour le compte de Q._____ Sàrl. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 13 mai 2016, l'assuré est tombé d'une échelle et a présenté un traumatisme de l'épaule droite. Le 15 juin 2016, une arthro-imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a montré une déchirure intratendineuse de la portion moyenne du sus-épineux étendue dans un contexte d'omarthrose et d'ostéochondromatose. Le cas a été pris en charge par la CNA qui a servi les prestations d'assurance. Le traitement a été conservateur. En août 2017, l'assuré a repris à mi-temps l'exercice de son activité professionnelle puis à plein temps dès octobre 2017.

B. Le 25 octobre 2018, l'assuré a glissé d'une marche d'escalier et s'est à nouveau blessé au niveau de l'épaule droite en essayant de se rattraper avec le bras droit. Il a été en incapacité de travail depuis lors (cf. certificat du Dr [...]).

La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Une arthro-IRM réalisée le 1^{er} novembre 2018 a révélé un état superposable à celui de 2016 avec la présence du labrum antéro inférieur et d'une omarthrose avec ostéochondromatose, sans lésion du tendon sous-scapulaire ni sus-épineux, ni lésion transfixiante à l'arthrographie.

L'assuré a suivi un traitement conservateur.

Il ressort d'un rapport de prise en charge du Centre hospitalier M._____ (ci-après : le Centre hospitalier M._____) du 11 décembre 2018 que l'assuré a pour antécédents une cardiopathie ischémique stentée en septembre 2018, un diabète non-insulino-requérant, un

tabagisme actif et des douleurs chroniques de l'épaule droite avec status post-accident le 13 mai 2016, tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec déchirure non-transfixiante du tendon du sus-épineux, omarthrose débutante, dyskinésie scapulaire à droite, omarthrose débutante et déconditionnement physique global et focal.

Le 26 juin 2019, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA.

Le même jour, le Dr H._____ a adressé un courrier au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lui demandant d'examiner l'assuré et de reprendre le traitement à son compte. L'assuré n'avait pas pu bénéficier d'une infiltration en raison du traitement pris pour son affection cardiaque et avait dû stopper la physiothérapie, jugée trop douloureuse. Un suivi par un spécialiste était ainsi souhaitable et permettrait de décider, avec le cardiologue, du moment opportun pour une infiltration.

Dans un rapport du 11 septembre 2019, le Dr F._____ a retenu les diagnostics de lésion partielle du tendon supra-épineux droit avec tendinopathie du long chef du biceps et d'omarthrose débutante avec ostéochondromatose. Il a posé les diagnostics secondaires de diabète de type 2 et de cardiopathie ischémique traitée par stents. L'assuré présentait toujours des douleurs à l'activation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le Dr F._____ a requis une nouvelle IRM avant de revoir l'assuré en vue de pratiquer une infiltration. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était réservé. L'incapacité de travail était prolongée.

Une IRM et une radiographie de l'épaule droite, réalisées le 23 septembre 2019, ont mis en évidence une omarthrose centrée avec une abrasion complète du cartilage glénoïdien et un amincissement important du cartilage de la tête humérale associé à une petite synovite, la présence d'un volumineux ostéochondrome secondaire dans le récessus sous-coracoïdien bien visualisé en IRM et en radiographie standard, une

déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon supra-épineux prenant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon, une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne et une déchirure du labrum antéro inférieur avec un kyste labral pluri-loculé.

Dans un rapport du 24 septembre 2019, le Dr F._____ a indiqué avoir réalisé une infiltration sous-acromiale et de la gouttière bicipitale sous contrôle échographique. En l'absence de résultat, une deuxième infiltration pourrait être réalisée. S'agissant du pronostic de récupération, au vu du délai d'évolution ainsi que de l'imagerie, une reprise de travail dans une activité avec efforts répétitifs était réservée.

Dans un rapport du 20 novembre 2019, le Dr F._____ a conclu, sur la base de l'imagerie, de son examen clinique réalisé deux jours plus tôt et de l'absence de résultat de l'infiltration, que la pathologie tendineuse n'expliquait que partiellement la symptomatologie actuelle. L'omarthrose étant débutante, il ne retenait pas d'indication pour une chirurgie et préconisait la poursuite du traitement conservateur.

Dans un rapport du 17 janvier 2020 adressé au Dr F._____, le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic d'omo-brachialgies droites chroniques post-traumatismes les 13 mai 2016 et 25 octobre 2018 sur capsulite rétractile, lésion du labrum et omarthrose débutante, syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) droit neurogène, probable arthropathie acromioclaviculaire et tendinopathie du sus-épineux et du long-chef du biceps (actuellement asymptomatique). Il a encore posé les diagnostics de thoracalgies D4 droites post-traumatismes les 13 mai 2016 et 25 octobre 2018, de cardiopathie ischémique avec mise en place de deux stents en 2018 et 2019 et de diabète de type II depuis 2008.

Dans un nouveau rapport établi le 25 mars 2020 à l'attention du Dr F._____, le Dr S._____ a constaté une péjoration des amplitudes articulaires actives et passives. A la suite d'un effort avec le bras droit, les douleurs et les limitations fonctionnelles étaient plus importantes. Le Dr

S._____ a indiqué retrouver des composantes à la fois de capsulite rétractile, de tendinopathie du sus-épineux et de TOS neurogène.

Le 10 juin 2020, le Dr H._____ a à nouveau examiné l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a constaté que, sans être exclu, le membre supérieur droit était clairement mis de côté. Objectivement, l'épaule droite, qui ne présentait pas d'amyotrophie significative, était souple, douloureuse à la mobilisation au passage de l'horizontale et en fin d'amplitudes, avec des signes du conflit qui semblaient positifs chez un assuré assez dolent et expressif. Le Jobe était tenu mais la mise sous tension du sus-épineux paraissait électivement douloureuse. La force en rotation externe était conservée. Le sous-scapulaire était fonctionnel. La mobilité active était modérément limitée, essentiellement par les douleurs, avec une élévation et une abduction à 120°. Les rotations étaient pratiquement complètes et symétriques. A hauteur de ceinture, la force était bonne. Les manœuvres à la recherche d'un TOS entraînaient quelques paresthésies dans l'avant-bras droit mais elles étaient surtout douloureuses. La sensibilité était préservée. L'assuré avait décidé de reprendre le travail en septembre prochain, « quel que soit l'avis médical », mais n'était pas enthousiaste à réaliser un séjour à la Clinique C._____ (ci-après : la Clinique C._____). Le Dr H._____ a conclu qu'il pourrait aussi considérer que le traitement touchait à sa fin et terminer le cas en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer notablement la situation.

Le 15 juin 2020, la CNA s'est vue remettre un rapport établi le 8 juin 2020 par le Dr S._____ à l'attention du Dr H._____. Le Dr S._____ évoquait une légère amélioration de la situation depuis sa dernière consultation, en rotation externe et interne, alors que la flexion était légèrement moindre et l'abduction d'épaule stable. Le Dr S._____ ajoutait qu'il avait réalisé une infiltration intra-articulaire et prescrit un antiépileptique pour le TOS.

Le 15 juin 2020, le Dr S._____ a adressé un courrier au Dr H._____ après avoir pris connaissance de son rapport de consultation. Il

s'est dit surpris de la conclusion à laquelle il arrivait, à savoir de suggérer de clore le dossier alors même qu'il avait relevé des limitations fonctionnelles et des signes de TOS neurogènes. L'assuré présentait en effet une capsulite rétractile et un TOS neurogène, soit deux affections qui faisaient suite au traumatisme subi et connues pour avoir une évolution relativement longue, ce d'autant que la seconde avait été diagnostiquée tardivement. Il n'y avait donc pas lieu de faire des économies en cessant la prise en charge des affections qui étaient en cours de traitement. Le Dr S._____ a proposé de poursuivre les mesures et de refaire le point dans six mois. Si, passé ce délai, il ne devait pas y avoir de changement significatif, une clôture du dossier pourrait être envisagée, à moins d'événements médicaux pouvant expliquer cet état.

Le 17 juin 2020, en réponse au Dr S._____, le Dr H._____ a exprimé sa surprise et précisé que le diagnostic de capsulite rétractile ne pouvait être retenu chez cet assuré dont l'épaule était souple et qui présentait surtout une limitation antalgique de la mobilité active de l'épaule avec des rotations pratiquement complètes et symétriques. Le diagnostic de TOS neurogène n'était pas non plus établi. Pour en revenir au traitement que le Dr S._____ avait mis en route en janvier dernier, l'assuré consentait effectivement une légère amélioration mais, objectivement, la situation semblait largement superposable à celle observée le 26 juin 2019. C'était pour cette raison qu'il avait indiqué que le traitement touchait à sa fin et qu'il n'était pas inenvisageable de terminer le cas, en l'absence de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer notablement la situation, d'autant que l'assuré paraissait peu intéressé à faire un séjour à la Clinique C._____ au sens d'un réentraînement à l'effort alors qu'il se disait décidé à reprendre le travail en septembre prochain, « quel que soit l'avis médical ».

Dans un rapport du 19 juin 2020 à l'attention du Dr H._____, le Dr S._____ a déploré que l'assuré n'ait pas fait l'objet d'un examen neurologique détaillé, alors qu'il présentait des symptômes clairement neurologiques du membre supérieur. Il a relevé que le diagnostic de capsulite rétractile ne pouvait pas être écarté, dès lors que l'assuré n'avait

jamais pu obtenir des amplitudes passives dans la norme. Or, le rapport du Dr H. _____ ne spécifiait pas le résultat de ces examens à cet égard.

Le Dr H. _____ a confirmé qu'un séjour à la Clinique C. _____ pourrait aider l'intéressé à reprendre son activité habituelle et à mieux préciser ses limitations fonctionnelles (appréciation du 3 juillet 2020).

Dans un courrier établi le 10 juillet 2020 à l'attention du Dr F. _____, le Dr S. _____ a observé, trois semaines après une injection, que la mobilité active et passive de l'épaule droite était de 95° en flexion, 125° en abduction et 35° en rotation externe. Les amplitudes de l'épaule droite avaient donc légèrement augmenté alors que les douleurs avaient nettement régressé. L'arrêt de travail était prolongé jusqu'au 13 septembre 2020, après quoi l'assuré reprendrait probablement une activité adaptée auprès de son employeur, à 50 %, en évitant les postures sollicitant trop son membre supérieur droit. L'assuré présentait encore des pygio-sciatalgies de topographies plutôt L5 droites.

L'assuré a séjourné à la Clinique C. _____ du 25 août au 22 septembre 2020. Dans un rapport du 28 septembre 2020, les Drs V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et R. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule droite le 13 mai 2016, de déchirure tendineuse de la portion moyenne du supra-épineux droit et d'ostéochondromatose sous-coracoïde (arthro-IRM) le 15 juin 2016, de thoracalgie costo-sternale de la 4^{ème} côte droite, de rechute le 25 octobre 2018 avec un traumatisme à l'épaule droite, de lésion du labrum antéro-inférieur et d'omarthrose (arthro-IRM) le 1^{er} novembre 2018. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles quasiment définitives suivantes : port de charges répétitif du sol à la taille jusqu'à 10-15 kg et de la taille aux épaules jusqu'à 5-10 kg, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et toute activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit ou avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, de manière prolongée et répétitive. Une

stabilisation de la situation était attendue dans un délai d'un ou deux mois. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, trop lourde au vu de l'atteinte au bras droit dominant, mais entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues.

Dans un rapport du 16 octobre 2020, le Dr S. _____ a indiqué que le séjour de l'assuré à la Clinique C. _____ ne lui avait pas permis d'améliorer ses capacités fonctionnelles ou de réduire les douleurs. Il a en outre constaté que les cervico-omo-brachialgies droites étaient toujours d'origine multifactorielle avec une composante de capsulite rétractile manifeste, notamment en rotation externe active et passive, alors que la limitation des flexions et abductions était en lien d'une part avec la capsulite rétractile et d'autre part avec le TOS neurogène. L'anamnèse et la clinique parlaient en outre pour une plexopathie cervicale superficielle occasionnant des scapulalgies, douleurs thoraciques antéro-supérieures droites ainsi que cervicales. Il a enfin regretté que le TOS neurogène n'ait été que très partiellement évalué cliniquement à la Clinique C. _____ et n'ait pas donné lieu ni à une discussion ni à un traitement particulier.

Dans une appréciation du 2 novembre 2020, le Dr H. _____ a retenu que les accidents des 13 mai 2016 et 25 octobre 2018 n'avaient entraîné aucune lésion structurelle et que deux ans après la survenance du second, ils avaient cessé de déployer leurs effets délétères. Les diagnostics de capsulite rétractile et de TOS neurogène, posés par le Dr S. _____, ne résistaient pas à l'analyse et n'avaient pas été confirmés lors du séjour à la Clinique C. _____ bien qu'une atteinte plexulaire ait été spécifiquement recherchée.

Par décision du 5 novembre 2020, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance allouées à l'assuré, avec effet au 8 novembre 2020, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.

Par courrier du 26 novembre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision. Par courrier de son conseil du 14 décembre 2020, il a

contesté la valeur probante de l'appréciation du Dr H._____, au vu de son caractère incomplet, mais aussi d'une animosité que vouait celui-ci au Dr S._____. L'appréciation du 2 novembre 2020 du Dr H._____ était en outre non motivée et contradictoire avec ses précédents rapports. Pour l'assuré, le Dr H._____ ne pouvait pas utiliser le rapport de la Clinique C._____, dès lors que le séjour dans cette clinique n'avait pas été motivé à des fins d'expertise mais de thérapies. La Clinique C._____ n'avait donc pas réalisé les examens topiques, comme l'expliquait le Dr S._____ dans un courrier du 4 décembre 2020. Le Dr S._____ y exposait encore que l'appréciation du Dr H._____ écartait les diagnostics de TOS neurogène sur la base insuffisante de deux tests, sans même préciser si la composante neurogène avait été évaluée, celui de plexopathie sans avoir été évalué ni discuté et celui de capsulite rétractile alors même que l'assuré en présentait les symptômes dont une limitation des amplitudes articulaires en actif et en passif.

La CNA a été adressé le dossier de l'assuré au Centre de compétences de la médecine des assurances. Le 3 février 2021, la Dre W._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, a rédigé son appréciation médicale. Après avoir exposé les différents éléments composants les diagnostics retenus par le Dr S._____, la Dre W._____ les a exclus. Elle a ainsi retenu que la raideur observée chez l'assuré s'expliquait par l'omarthrose dont il souffrait, et non par une capsulite rétractile, diagnostic qui n'était d'ailleurs retenu par aucun autre médecin à l'exception du Dr S._____. Au demeurant, même si le diagnostic était retenu, la relation de causalité entre celui-ci et les accidents de 2016 ou 2018 était tout au plus possible, dès lors qu'il présentait un diabète et une cardiomyopathie, soit d'autres étiologies de cette pathologie. S'agissant du syndrome du défilé thoraco-brachial, les tests réalisés auprès du Dr S._____ étaient insuffisants à eux-seuls pour confirmer le diagnostic, ce d'autant que l'assuré ne présentait pas d'anomalie anatomique. En l'absence d'anomalie anatomique, il pourrait s'agir tout au plus d'un syndrome du défilé thoraco-brachial contesté (et non neurogène comme retenu le Dr S._____, au vu de l'absence de toute compression), mais la Dre W._____ a indiqué peiner à en trouver l'origine. L'assuré n'était ni

porteur d'une anomalie congénitale, ni n'avait subi un traumatisme unique type coup du lapin, ni ne présentait une mauvaise posture et un habitus particulier du corps (cou long et épaule tombante). Enfin, le diagnostic de plexopathie cervicale superficielle devait être écarté, dès lors que l'assuré ressentait une irradiation sur la face externe du bras, et non la face interne. Une plexopathie n'était en outre pas objectivée. La Dre W. _____ a ainsi conclu qu'en l'absence d'atteintes structurelles, l'accident de 2018 n'avait que décompensé de manière passagère un état préexistant - omarthrose - de l'épaule droite chez l'assuré. Elle s'est ralliée à l'appréciation du Dr H. _____ selon laquelle, tant l'événement de 2016 que celui de 2018 avaient cessé de déployer leurs effets au plus tard au 8 novembre 2020.

Par décision sur opposition du 22 février 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 5 novembre 2020. La CNA s'est fondée sur l'analyse de la Dre W. _____. Elle a encore relevé que les diagnostics du Dr S. _____ n'avaient pas non plus été confirmés par les médecins de la Clinique C. _____. Il y avait donc lieu d'admettre que les diagnostics retenus par le Dr S. _____ ne pouvaient être retenus, respectivement qu'il n'existait aucun lien de causalité entre ceux-ci et les accidents des 13 mai 2016 et 25 octobre 2018.

C. Par acte du 24 mars 2021, Z. _____, toujours représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, en concluant principalement à son annulation et à ce que l'intimée poursuive le versement de ses prestations, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale « neutre et indépendante ». En substance, il a fait valoir que l'avis du Dr H. _____ était dénué de valeur probante, vu l'animosité qu'il vouait au Dr S. _____ et l'absence de motivation de ses affirmations. Quant au séjour à la Clinique C. _____, il était motivé par un objectif thérapeutique et non expertal, la clinique n'ayant procédé ni aux examens utiles, ni aux analyses adéquates qu'un expert aurait effectués. Quant à l'appréciation de la Dre W. _____, le recourant a déploré que, plutôt que d'ordonner

une expertise, l'intimée ait fait appel à son Centre de compétences de la médecine des assurances, estimant un tel procédé insuffisant compte tenu du différend existant entre le Dr H._____ et le Dr S._____, le recourant en voulant pour preuve le fait que la Dre W._____ s'était contentée dans l'anamnèse de retranscrire l'avis du Dr H._____ du 17 juin 2020, en omettant l'avis du 19 juin 2020 du Dr S._____. Il a déploré en particulier, quant au diagnostic de TOS neurogène, que la Dre W._____ l'ait exclu de façon théorique, sans l'observer ni procéder aux examens adéquats. Pour ce qui était du diagnostic de capsulite rétractile, la Dre W._____ l'avait nié « à demi-mot », estimant que vu le doute qui subsistait quant à l'existence d'une capsulite aux yeux de la Dre W._____, l'intimée ne pouvait se fier à son propos. Il a ajouté qu'alors que les rapports du Dr S._____ faisaient état de nombreux diagnostics, seuls ceux de capsulite rétractile, TOS droit neurogène et plexopathie cervicale superficielle avaient été discutés par les Drs H._____ et W._____, y voyant une instruction lacunaire de l'intimée. Il a estimé que les avis du Dr S._____, en particulier ceux des 4 décembre 2020 et 9 mars 2021, étaient fouillés, motivés et convaincants, et largement plus probants que ceux de la Dre W._____. Il était ainsi d'avis que la CNA devait continuer à prester. A titre subsidiaire, il a plaidé que l'instruction du dossier n'était pas terminée, et qu'une expertise neutre et indépendante devait être mise en place. Avec son recours, il a produit l'avis du Dr S._____ du 9 mars 2021 auquel il se référait.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 février 2021, par décision du 30 mars 2021.

Dans sa réponse du 9 juin 2021, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit une nouvelle appréciation de la Dre W._____, du 6 mai 2021, selon laquelle la prise de position du Dr S._____ n'apportait aucun argument permettant d'écarter les conclusions de l'appréciation médicale du 3 février 2021 ; selon la Dre W._____, l'accident de 2018 n'avait entraîné aucune atteinte structurelle mais avait décompensé de manière passagère l'omarthrose droite connue chez le recourant, se ralliant à l'avis du Dr H._____, selon lequel, que ce soit l'événement de

2016 ou celui de 2018, tous deux avaient cessé de déployer leurs effets au plus tard le 8 novembre 2020.

Le recourant a maintenu sa position à l'appui de sa réplique du 16 août 2021. Il a produit un nouveau rapport du Dr S._____, établi le 8 juillet 2021, dans lequel il prenait position à son tour sur l'appréciation de la Dre W._____ du 6 mai 2021.

La CNA a confirmé ses conclusions en rejet du recours le 7 septembre 2021.

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-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), 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'intimée au-delà du 8 novembre 2020, singulièrement sur le point de savoir si les troubles de l'épaule droite subsistant dès cette date sont encore dus à l'accident.

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).

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).

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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que,

lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du 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 qu'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. 4.4 ; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. En l'occurrence, le recourant a été victime d'un premier accident le 13 mai 2016, avec traumatisme de l'épaule droite. Il a subi un nouvel accident, le 25 octobre 2018, se blessant à nouveau au niveau de l'épaule droite en essayant de se rattraper avec le bras droit au cours d'une glissade dans les escaliers. Les diagnostics de lésion partielle du tendon supra-épineux droit avec tendinopathie du long chef du biceps et d'omarthrose débutante avec ostéochondromatose ont été retenus par le Dr F._____ le 11 septembre 2019. Une IRM réalisée le 23 septembre 2019 a encore mis en évidence une déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon supra-épineux prenant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon, une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne et une déchirure du labrum antéro inférieur avec un kyste labral pluri-loculé. L'assuré a conservé des douleurs et une raideur de l'épaule droite.

Le recourant a été examiné à deux reprises par le Dr H._____, les 26 juin 2019 et 10 juin 2020. Finalement, le 3 juillet 2020, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il convenait d'envoyer le

recourant à la Clinique C._____, un tel séjour pouvant l'aider à reprendre son activité habituelle et mieux préciser ses limitations fonctionnelles.

A la suite de ce séjour, les Drs V._____ et R._____ ont posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule droite le 13 mai 2016, de déchirure tendineuse de la portion moyenne du supra-épineux droit et ostéochondromatose sous-coracoïde (arthro-IRM) le 15 juin 2016, de thoracalgie costo-sternale de la 4^{ème} cote droite, de rechute le 25 octobre 2018 avec un traumatisme à l'épaule droite, de lésion du labrum antéro-inférieur et d'omarthrose (arthro-IRM) le 1^{er} novembre 2018. Ils ont relevé que durant le séjour, le recourant avait été vu par leur spécialiste en orthopédie de l'épaule, le Dr D._____, qui retenait une arthrose décompensée par le traumatisme. Il n'y avait pas d'indication opératoire et une prothèse pourrait être discutée en cas d'échec du traitement conservateur sur le long terme et d'une adaptation de l'activité professionnelle. Concernant la présence de corps libres intra-articulaires et au niveau de la bourse sous-scapulaire, en cas de blocages qui ne sont pas retrouvés durant l'hospitalisation, une intervention par arthroscopie pourrait être discutée pour excision du corps libre intra-articulaire. Le corps libre dans la bourse sous-scapulaire ne pourrait cependant pas être retiré. Les Drs V._____ et R._____ ont retenu les limitations fonctionnelles « quasiment définitives » suivantes : port de charges répétitif du sol à la taille jusqu'à 10-15 kg et de la taille aux épaules jusqu'à 5-10 kg, travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et toute activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit ou avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, de manière prolongée et répétitive. Ils ont en outre estimé que la stabilisation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois, et que le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'activité habituelle mais favorable dans une activité adaptée.

A la suite de ce séjour, le recourant n'a pas été reconvoqué par le Dr H._____. Ce dernier a estimé dans son appréciation médicale du 2 novembre 2020 que l'évolution à la suite du premier accident survenu en mai 2016 avait été favorable, autorisant une reprise en plein

durant une année, et que l'accident du 25 octobre 2018 « n'a[vait] rien entraîné de plus ». Il a relevé que les différents diagnostics posés par le médecin spécialiste traitant (capsulite, TOS) ne résistaient pas à l'analyse, n'avaient pas été confirmés lors du séjour à la Clinique C._____ (bien qu'une atteinte plexulaire ait été spécifiquement recherchée) et qu'il convenait dès lors de se ranger à l'avis du Dr D._____.

Or, le Dr D._____, respectivement les Drs V._____ et R._____ de la Clinique C._____, font état d'une omarthrose « décompensée par le traumatisme ». Ils sont d'avis que l'état sera stabilisé d'ici 1 à 2 mois mais posent une liste de limitations fonctionnelles, et font état d'un pronostic défavorable de reprise de l'activité habituelle d'installateur sanitaire. Il s'ensuit que, contrairement à ce qui résulte de l'appréciation médicale du Dr H._____ du 2 novembre 2020 qui a précédé la décision de la CNA mettant un terme aux prestations, les médecins qui ont examiné le recourant à la Clinique C._____ n'ont pas exclu la persistance d'une atteinte partiellement post-traumatique. On doit aussi admettre que l'affirmation du Dr H._____ qui indique que l'accident du 25 octobre 2018 n'a rien entraîné de plus (que celui du 13 mai 2016), sans motiver son point de vue, ne peut être tenue pour probante.

Quant à la Dre W._____, elle n'a pas non plus examiné l'assuré avant de rendre son appréciation du 3 février 2021. Elle n'a au demeurant pas livré une appréciation générale du cas, mais s'est contentée de réfuter les diagnostics posés par le Dr S._____ dans ses rapports successifs. Il en a été de même dans le cadre de la procédure de recours. La Dre W._____ a ainsi écarté le diagnostic de capsulite rétractile, préférant parler de raideur articulaire au motif que l'assuré souffre d'omarthrose droite. Elle a ajouté que même à retenir qu'il présente effectivement une capsulite de l'épaule droite, une relation de causalité entre celle-ci et les accidents serait tout au plus possible, dès lors que l'intéressé souffre aussi de diabète et de cardiomyopathie, soit deux facteurs pouvant engendrer cette pathologie. Elle oppose donc sa propre appréciation à celle du Dr S._____, sans motiver clairement les

raisons qui l'amènent à écarter ce diagnostic. Il en va de même pour le diagnostic de syndrome de défilé thoraco-brachial ; la Dre W._____ a passé en revue les tests réalisés par le Dr S._____ pour conclure que ceux-ci sont de faible spécificité et de haute sensibilité et qu'en l'absence de toute anomalie anatomique, seul un éventuel syndrome du défilé thoraco-brachial contesté pourrait être retenu. La Dre W._____ a alors exposé qu'elle peinait à voir l'origine d'un tel syndrome et qu'en tout état de cause elle ne voyait aucune relation de causalité avec les événements de 2016 et de 2018. La Dre W._____ a enfin écarté le diagnostic de plexopathie retenu par le Dr S._____ au motif que l'irradiation ressentie se situe sur la face externe du bras alors que dans cette pathologie l'irradiation touche normalement la face interne. Dans son appréciation du 6 mai 2021, la Dre W._____ a précisé, à juste titre en réponse aux arguments du Dr S._____, que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. On observe toutefois que la Dre W._____ ne s'est pas prononcée sur la déchirure partielle de la face superficielle et distale du tendon supra-épineux prenant moins de 50 % de l'épaisseur du tendon ou sur la déchirure du labrum antéro inférieur avec un kyste labral pluri-locule, mises en évidence par l'IRM du 23 septembre 2019.

c) Il appert donc que le médecin-conseil de l'assurance-accidents et le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont des prises de position quant aux diagnostics et au lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse et l'accident de 2018 à ce point divergentes qu'il apparaît difficile, voire impossible, de les départager sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-

accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. consid. 4b supra). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 132 V 368 consid. 5), la cause sera renvoyée à la CNA, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

6. a) Bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante 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 3'000 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 la partie intimée.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 rendue le 22 février 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants 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 Z. _____ la somme de 3'000 fr. (trois milles 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 Julien Pache (pour Z. _____),
- 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 :