

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Azzedine Diab, avocat à
Monthey,

et

L._____, à [...], intimée.

Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en [...], a travaillé en qualité de coffreur-maçon pour le compte de la société [...] Sàrl entre le 12 avril et le 30 novembre 2021, date de l'expiration de son contrat de durée déterminée. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 juin 2021, l'assuré a été victime d'une contusion au bras et à l'épaule droits de même qu'aux vertèbres lombaires en raison d'une chute sur ledit bras, cela après avoir glissé en montant un talus. Il a présenté une incapacité de travail totale du 10 au 13 juin 2021 à la suite de cet accident.

L'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à 100 % entre le 15 et le 23 juillet 2021, puis à partir du 3 septembre 2021. Ces rechutes relatives à l'accident précité ont été annoncées à la CNA par son ancien employeur respectivement les 23 juillet et 12 septembre 2021.

Le 3 septembre 2021, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite de l'assuré a été effectuée, laissant apparaître une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire à caractère inflammatoire avec une bursite sous-acromio-delhoïdienne et un épanchement intra-articulaire gléno-huméral avec une déchirure du tendon sub-scapulaire et du tendon long chef du biceps.

Par courrier du 13 septembre 2021, la CNA a confirmé à l'assuré qu'elle assurait le paiement des prestations pour les suites de l'accident du 7 juin 2021.

Par rapport médical du 27 septembre 2021, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué ce qui suit :

« Il [l'assuré] se présente à la consultation [du 24 septembre 2021] avec un galbe de l'épaule qui est encore conservé. Une mobilité certes dans tous les plans avec une diminution de force dans le territoire du sous-scapulaire et des douleurs qui sont toujours présentes dans la partie antérieure, essentiellement en adduction rotation interne ainsi qu'en abduction rotation externe. Pas de TNV [trouble neuro-vasculaire].

[...]

Devant ce tableau clinique, il y a une indication pour une prise en charge chirurgicale sous forme d'une arthroscopie de l'épaule à droite et d'une suture du sous-scapulaire et ténodèse du biceps. [...]

Le 25 octobre 2021, l'assuré a été opéré par le Dr O. _____ et le Dr F. _____, médecin praticien, qui ont procédé à une arthroscopie de l'épaule droite avec une ténotomie du biceps ainsi qu'une suture du sous-scapulaire et une libération de ce dernier avec une ancre Swivelock.

Sollicité par la CNA, le Dr X. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué, dans un rapport médical du 31 octobre 2021 faisant suite à une consultation du 10 juin 2021, une contusion et un hématome de l'épaule droite ainsi qu'une contusion et une distorsion lombaire. Il a à ce titre fait état de douleurs à cette épaule en élévation du bras et une abduction limitée de ce dernier. L'assuré présentait par ailleurs des douleurs et une rectitude au niveau des lombaires ainsi que des contractures musculaires. Les radiographies ne révélaient enfin pas de lésions osseuses traumatiques visibles ; les rapports articulaires étaient conservés et les parties molles étaient sans particularité.

Par rapport médical du 27 octobre 2021, les Dr O. _____, F. _____ et [...], médecin assistant, ont attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 25 octobre 2021 au 8 décembre 2021.

Dans son protocole opératoire rédigé le 29 octobre 2021, le Dr O. _____ a mis en évidence le diagnostic de subluxation et d'effilochement du long chef du biceps de l'épaule à droite, avec une déchirure sous-scapulaire, et rétraction de ce dernier jusque derrière la glène, avec une atrophie musculaire graisseuse.

Le 29 novembre 2021, le dossier de l'assuré a été soumis à la Dre N. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement à la CNA, qui, dans un avis du 8 décembre 2021, a exposé que l'accident du 7 juin 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle. L'opération du 25 octobre 2021 ne se trouvait donc pas en rapport de causalité pour le moins probable avec cet événement, mais en lien avec des lésions préexistantes de nature dégénérative (à savoir une subluxation et un effilochement du long chef du biceps de l'épaule à droite avec une déchirure sous-scapulaire et une rétraction de ce dernier jusque derrière la glène avec une atrophie musculaire graisseuse). L'accident avait tout au plus occasionné une contusion bénigne de l'épaule, qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur. Se fondant sur le guide de réinsertion de l'Association suisse d'assurances (ci-après : l'ASA), dans sa version 1.0 de 2010, cette praticienne a sur ce point expliqué qu'une contusion bénigne légère guérissait en une semaine et une contusion moyenne en trois semaines. Lors d'entorse de la coiffe des rotateurs bénigne (sans lésion), la guérison intervenait en six à dix semaines selon la gravité (légère ou moyenne). Ainsi, dans le cas d'espèce, il pouvait être retenu que l'accident du 7 juin 2021 avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation du 24 septembre 2021 auprès du Dr O. _____, qui avait constaté une mobilité normale dans tous les plans.

Les 9 et 21 décembre 2021, le Dr O. _____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % de l'assuré dès ces dates, dont la durée probable était à chaque fois de six semaines.

Par décision du 5 janvier 2022, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance au 5 janvier 2022 au soir, dans la mesure où, suivant

l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles persistants actuellement n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2021. Elle a de surcroît refusé de prendre en charge les frais de l'opération du 25 octobre 2021 pour ce même motif.

Le 7 janvier 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Par courrier du 31 janvier 2022, le Dr O. _____ a demandé à la CNA de reconsidérer sa décision du 5 janvier 2022, étant donné que la lésion isolée du sous-scapulaire dont souffrait l'assuré, associée à une luxation du long chef du biceps dans sa gouttière et sans atteinte du reste de la coiffe, ne relevait que rarement d'une atteinte dégénérative, mais était généralement due à un accident.

Le 4 février 2022, l'assuré, sous la plume de son mandataire, s'est opposé à la décision précitée. Il a à cet égard requis à ce qu'une expertise médicale soit mise en œuvre, dès lors que l'opinion du Dr O. _____, qui soutenait que la pathologie dont il souffrait relevait dans la majorité des cas d'un accident et non d'une atteinte dégénérative, différait sensiblement de celle émise par la Dre N. _____.

Par rapport médical du 7 février 2022, le Dr O. _____ a signalé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré suivait son cours. Ce dernier faisait beaucoup de progrès en physiothérapie et la force de la coiffe restait tenue. La situation ne s'aggravait pas et aucun trouble neurovasculaire n'avait été recensé. Ce praticien a au demeurant prolongé l'arrêt de travail.

Le 11 mars 2022, l'assuré, toujours par l'intermédiaire de son conseil, a complété son opposition du 4 février 2022. Principalement, il a conclu implicitement à la réforme de la décision litigieuse de la CNA ainsi qu'au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement avec effet rétroactif au 5 janvier 2022. Subsidiairement, il a

conclu à l'annulation de ladite décision, à la mise en place d'une expertise médicale et à l'allocation de prestations jusqu'à la décision définitive de l'assureur, avec effet rétroactif à cette même date. A l'appui de son acte, il a produit les documents suivants :

- un courrier du 9 février 2022 de son ancien employeur, qui certifiait qu'il n'avait jamais eu de douleurs au bras ni manqué de jours de travail en raison d'un accident ou d'une maladie avant l'événement du 7 juin 2021 ;
- une fiche de suivi physiothérapeutique du 12 février 2022, qui témoignait d'une évolution favorable de son état de santé et conforme au protocole de rééducation supervisé par le Dr O. _____ ;
- un rapport médical du 20 février 2022 du Dr X. _____, qui estimait que l'incapacité de travail avait été causée par des lésions traumatiques, car son patient avait pu travailler normalement jusqu'à la date de l'accident, malgré les lésions dégénératives existant depuis longtemps déjà ;
- un certificat établi le 1^{er} mars 2022 par le Dr O. _____, attestant d'une incapacité de travail dès cette date pour une durée probable de six semaines.

Appelée une nouvelle fois à se prononcer sur le dossier de l'assuré, la Dre N. _____ a fait part, le 17 mars 2022, de l'appréciation suivante :

« [...] »

Tant les éléments évoqués à l'IRM du 03.09.2021 que le protocole opératoire, mettent en évidence un long chef du biceps de l'épaule D [droite] qui est subluxé mais effiloché, démontrant bien une atteinte dégénérative liée à l'usure de ce tendon, et au niveau du sous scapulaire, on note un tendon qui est rétracté jusqu'à la glène et atrophié avec une infiltration graisseuse du muscle. Le fait que le tendon du sous-scapulaire soit rétracté mais également atrophié et que le muscle du sous-scapulaire soit infiltré, démontrent qu'il s'agit d'une atteinte dégénérative et ancienne.

On notera également que l'assuré est tombé le 07.06.2021 et qu'il a présenté des douleurs mais qu'il peut poursuivre son travail, comme le retient le Dr X. _____ dans son courrier du 20.02.2022, jusqu'au 10.06.2021. L'assuré a une activité lourde et, s'il avait présenté une rupture traumatique liée à la chute du 07.06.2021, il aurait présenté non seulement une douleur mais une impotence fonctionnelle ne permettant pas la poursuite de l'activité professionnelle. Lorsque le Dr X. _____ le voit, il constate uniquement une limitation de l'amplitude en abduction alors que toutes les autres amplitudes articulaires sont préservées.

Dès lors, contrairement à ce que prétendent, à la fois le Dr X. _____ et le Dr O. _____, la chute du 07.06.2021 n'a pas pu entraîner de rupture traumatique du sous-scapulaire. En effet une chute sur l'épaule n'est pas à même d'entraîner une lésion d'un tendon de la coiffe des rotateurs et qui plus est une rupture du tendon du sous-épineux.

Les éléments contenus dans l'examen clinique du Dr X. _____ du 10.06.2021 mais également dans le rapport de consultation du Dr O. _____ du 24.09.2021, tout comme les atteintes visibles à l'IRM du 03.09.2021 et visibles lors de l'opération du 25.10.2021, démontrent que l'assuré présentait des lésions préexistantes à la chute au niveau à la fois du tendon du long chef du biceps qui est décrit comme effiloché et seule une lésion dégénérative est effilochée, qu'au niveau du tendon du sous-scapulaire qui est rétracté, atrophié avec une infiltration graisseuse du muscle.

Dès lors, les arguments du Dr O. _____ du 31.01.2022, qui ne sont pas étayés, ne permettent pas de modifier notre appréciation. D'ailleurs, le Dr O. _____ retient qu'une lésion isolée du sous-scapulaire associée à une luxation du long chef du biceps sans que le reste de la coiffe des rotateurs ne soit atteint ne relève rarement d'une atteinte dégénérative mais plutôt d'un accident, il n'explique pas en quoi une lésion isolée du sous-scapulaire et une luxation du long chef du biceps pourraient être de nature traumatique dans cette situation.

Par ailleurs, Me Diab nous fait parvenir également un courrier de l'employeur qui mentionne que l'assuré n'a jamais présenté de troubles au niveau de son épaule D qui l'auraient empêché de travailler et qu'il ne s'est jamais plaint de douleurs au bras, ne démontre en rien que l'assuré ne présentait pas de lésion. En effet, comme retenu dans notre appréciation médicale du 08.12.2021, la chute du 07.06.2021 n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée mais a tout au plus entraîné une contusion bénigne de l'épaule qui a décompensé de manière passagère un état antérieur, voire qui l'a révélé. En effet, il ne suffit pas qu'une lésion soit diagnostiquée après un traumatisme pour que cette dernière soit due à ce même traumatisme.

[...]

Les arguments de l'assuré par l'intermédiaire de Me Diab, du Dr O. _____ ainsi que du Dr X. _____, ne modifient pas notre appréciation. Il en est de même pour les arguments contenus dans le suivi du physiothérapeute qui n'apportent pas d'élément supplémentaire.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les conclusions de notre appréciation médicale du 08.12.2021 restent parfaitement valables. »

Par décision sur opposition du 29 mars 2022, la CNA a confirmé sa décision du 5 janvier 2022 en se fondant essentiellement sur l'appréciation de la Dre N. _____.

Par certificat du 22 avril 2022, le Dr O. _____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès cette date. Le travail pouvait être repris à 50 % le 9 mai et à 100 % le 30 mai 2022.

Par rapport médical du 3 mai 2022, le Dr O. _____ a observé une évolution favorable de la situation de l'assuré. Ce dernier avait récupéré la mobilité dans tous les plans. Cependant, il lui manque encore quelques proprioceptions. Ce praticien a par ailleurs rappelé que son

patient recommençait à travailler à 50 % à partir du 9 mai et à 100 % dès le 30 mai 2022.

Le 13 mai 2022, l'ancien employeur de l'assuré a annoncé à la CNA une rechute datée du 9 mai 2022 en lien avec l'accident de juin 2021, indiquant une reprise du travail dès le 1^{er} juin 2022.

B. Par acte du 16 mai 2022, G._____, par l'entremise de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de la décision du 5 janvier 2022 de l'intimée, en ce sens qu'une couverture totale de l'assurance-accidents devait lui être reconnue à 100 % jusqu'au 9 mai 2022, puis à 50 % jusqu'au 31 mai 2022, avec rétroactif au 5 janvier 2022. Subsidiairement, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale, dans le but de déterminer la causalité entre l'accident du 7 juin 2021 et son atteinte à la santé jusqu'au 31 mai 2022. Il a fait valoir, sur le plan formel, une violation de son droit d'être entendu, dès lors que l'intimée n'était pas légitimée à écarter sa réquisition portant sur une expertise médicale au vu des avis contradictoires des médecins. Du point de vue matériel, il a invoqué une violation de l'art. 36 al.1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Enfin, à l'appui de son argumentation, il a produit le certificat de travail du 22 avril 2022.

Par réponse du 15 juillet 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 31 août 2022, l'assuré, par le biais de son mandataire, a réitéré ses conclusions.

Par duplique du 14 septembre 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions.

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). 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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) 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 aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 5 janvier 2022 ainsi qu'à la prise en charge des frais de l'opération du 25 octobre 2021.

3. a) Le recourant invoque, sur le plan formel, une violation de son droit d'être entendu de la part de l'intimée, au motif que cette dernière n'a pas donné suite à sa requête portant sur la mise en œuvre d'une expertise médicale.

b) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à

prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, en tant qu'il porte sur le refus implicite de la CNA de répondre à cette mesure d'instruction, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu se confond toutefois avec celui de la violation de l'obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), à savoir avec celui de la constatation manifestement inexacte (y compris arbitraire) ou incomplète des faits pertinents, de sorte qu'il convient de l'examiner avec le fond du litige.

4. a) Sur le fond, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 36 al. 1 LAA.

b) 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.

c) aa) 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).

bb) 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).

cc) 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).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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).

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).

5. a) En l'espèce, la Dre N. _____ de la CNA a indiqué, dans son avis du 8 décembre 2021, que l'événement du 7 juin 2021 n'avait pas provoqué de lésion structurelle et que, partant, l'opération du 25 octobre 2021 était en lien avec des lésions préexistantes de nature dégénérative, à savoir une subluxation et un effilochement du long chef du biceps de l'épaule à droite, avec une déchirure sous-scapulaire, et une rétraction de ce dernier jusque dernière la glène, avec une atrophie musculaire graisseuse. L'accident avait tout au plus causé une contusion bénigne de l'épaule, qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur.

La médecin d'arrondissement a par la suite confirmé ses conclusions dans son appréciation du 17 mars 2022. A cet égard, elle y a exposé que l'IRM du 3 septembre 2021 et le protocole opératoire du 29 octobre 2021 mettaient tous deux en évidence un long chef du biceps de l'épaule droite subluxé, mais aussi effiloché, ce qui témoignait de l'existence d'une atteinte dégénérative liée à l'usure de ce tendon. Pareil constat se déduisait également du fait que le tendon du sous-scapulaire était rétracté jusqu'à la glène de même qu'atrophie et que le muscle du

sous-scapulaire était infiltré. Le rapport du 31 octobre 2021 du Dr X._____ et le rapport du 27 septembre 2021 du Dr O._____ contenaient eux aussi des éléments démontrant que le recourant souffrait des lésions préexistantes à l'accident tant au niveau du tendon du long chef du biceps que du tendon du sous-scapulaire. La Dre N._____ a au demeurant expliqué que, dans l'hypothèse où l'événement du 7 juin 2021 aurait causé une rupture traumatique, l'assuré, qui exerçait une activité lourde, aurait présenté une douleur et une impotence fonctionnelle, ce qui aurait rendu impossible la poursuite de son travail. Une chute sur l'épaule n'était enfin pas apte à entraîner une lésion d'un tendon de la coiffe des rotateurs et une rupture du tendon du sous-épineux.

Le Dr O._____ a en revanche soutenu, dans son courrier du 31 janvier 2022 à la CNA, que l'atteinte à la santé du recourant était de nature traumatique, la lésion isolée du sous-scapulaire, associée à une luxation du long chef du biceps dans sa gouttière et sans atteinte du reste de la coiffe, ne relevant que rarement d'une pathologie d'ordre dégénératif. Ce spécialiste n'y a toutefois pas fait mention de l'effilochement du long chef du biceps de l'épaule droite, qu'il a pourtant constaté dans son protocole opératoire du 29 octobre 2021 et qui tend à accréditer la présence d'une lésion dégénérative. Il a en outre passé sous silence les autres atteintes dégénératives révélées par l'IRM du 3 septembre 2021, en particulier l'arthropathie dégénérative acromioclaviculaire à caractère inflammatoire. Il ne s'est pas non plus référé à l'atrophie musculaire graisseuse, alors que ce trouble a également été consigné dans son protocole opératoire. Ainsi, au regard de ce qui précède, l'avis du Dr O._____ n'emporte pas valeur probante, l'ensemble des points litigieux n'ayant pas fait l'objet d'une étude circonstanciée.

Dans son rapport médical du 20 février 2022, le Dr X._____ a considéré que l'incapacité de travail résultait des lésions traumatiques, dès lors que le recourant avait été en état de travailler normalement jusqu'au jour de l'accident, cela malgré les lésions dégénératives. L'opinion du médecin traitant est cependant fondée sur un raisonnement

post hoc ergo propter hoc (cf. *supra* consid. 4c/aa), insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle entre ces premières lésions et l'événement du 7 juin 2021.

Les rapports médicaux des Drs O._____ et X._____ ne sont donc pas susceptibles de remettre en doute l'exactitude des conclusions de la Dre N._____, qui doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où cette praticienne les a clairement et dûment motivées et qu'elle s'est prononcée en détail sur les points de vue divergents de ses deux confrères. Il ne peut par ailleurs pas être fait critique à la médecin d'arrondissement de ne pas avoir examiné elle-même le recourant, cette dernière s'étant reposée sur un dossier médical complet, qui a été constitué sur la base d'examens complets eux aussi. En conséquence, il convient de suivre l'avis de la Dre N._____ et d'admettre que l'incapacité de travail intervenue à la suite de l'accident trouve son origine dans des lésions de nature dégénérative, ce dernier ayant engendré une contusion bénigne de l'épaule, qui a décompensé de manière passagère une atteinte préexistante asymptomatique.

Dans ces circonstances, il ne peut être reproché à l'intimée une violation du droit d'être entendu du recourant, en ne mettant pas en place une expertise médicale portant sur la question de l'origine des atteintes. Les appréciations de la médecin d'arrondissement, qui se sont vues reconnaître une pleine valeur probante, constituaient en effet une base suffisante pour se forger une conviction à ce sujet (cf. *supra* consid. 3b).

d) Il n'est pas contesté que le recourant a présenté des douleurs à l'épaule droite et une légère impotence fonctionnelle après l'événement du 7 juin 2021, pour lequel l'intimée a reconnu un droit à des prestations de l'assurance-accidents.

La Dre N._____ a dans ce cadre fixé l'échéance du *statu quo sine vel ante* au plus tard le 24 septembre 2021, jour de la consultation de l'assuré chez le Dr O._____, en se référant au guide de réinsertion de

l'ASA et en se prévalant du fait qu'à cette date, ce médecin avait attesté une mobilité normale sur tous les plans. Or, le simple renvoi théorique à un guide ne peut à lui seul suffire pour se déterminer sur ce point. Le médecin d'arrondissement de la CNA a de surplus occulté le fait que dans le rapport médical ayant suivi cette consultation, le Dr O._____ a constaté que cette mobilité s'accompagnait d'une diminution de force dans le territoire du sous-scapulaire et de douleurs dans la partie antérieure, essentiellement en adduction rotation interne et externe. Ainsi, aucune pièce au dossier ne permet d'une part de certifier que le *statu quo sine vel ante* avait été atteint avant le 25 octobre 2021, jour de l'opération, et qu'à cette date, le dommage émanait exclusivement de facteurs étrangers à l'accident. D'autre part, il ne se révèle pas non plus possible d'arrêter précisément le moment auquel le *statu quo sine vel ante* a été rétabli. Certes, le Dr O._____ a signalé, dans son rapport médical du 7 février 2022, que le recourant faisait beaucoup de progrès en physiothérapie et que la force de la coiffe restait tenue. Il y a cependant précisé que la situation ne s'aggravait pas et a une nouvelle fois prolongé l'arrêt de travail. Dans ces conditions, l'intimée n'a pas établi à satisfaction, en l'état, qu'elle n'était pas tenue de prendre en charge les frais de l'intervention du 25 octobre 2021. La cause doit être renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision sur la question du *statu quo sine vel ante*.

6. **a)** En définitive et au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 29 mars 2022 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

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, 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 2'000 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.

**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 29 mars 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à cette dernière pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à G._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Azzedine Diab (pour G. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :