

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Oppikofer et Mme Pelletier, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à **E.**_____, recourant, représenté par Me Elisabeth Chappuis,
avocate à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillait depuis 1997 en qualité de chef d'équipe pour le compte d'I._____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 8 octobre 2015, l'assuré a été victime d'une chute sur un échafaudage entraînant des douleurs au niveau de l'épaule gauche et du bassin. Il a continué son travail et, comme il éprouvait des douleurs à l'épaule gauche, il a contacté le Dr S._____, médecin praticien et médecin traitant, lequel lui a donné les premiers soins le 16 octobre 2015 en mettant en place un traitement conservateur.

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 20 octobre 2015, I._____ SA a annoncé le cas à la CNA en précisant qu'il s'agissait d'une élongation au niveau du bras gauche et d'une inflammation du dos.

En raison de douleurs persistantes, le Dr S._____ a demandé la réalisation d'une IRM du rachis cervical et du rachis lombaire, effectuée le 9 novembre 2015, ainsi que d'une arthro-IRM de l'épaule gauche, laquelle a été pratiquée le 11 novembre 2015. Le premier de ces examens n'a pas révélé de franche discopathie cervicale ; en revanche, il existait une discopathie modérée L4-L5 et L5-S1 sans argument franc en faveur d'un conflit disco-radiculaire ; il y avait cependant des phénomènes inflammatoires de type Modic I des plateaux vertébraux en L5-S1 de même qu'ont été observés des remaniements dégénératifs bilatéraux prédominant à gauche des articulations sacro-iliaques. Quant à l'arthro-IRM de l'épaule, elle a mis en évidence une tendinose supra-spinatus gauche non fissurante post-traumatique.

Le 15 janvier 2016, l'assuré a consulté le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, auquel il a été adressé par son médecin traitant. Dans son rapport du 18 janvier

2016, il a posé les diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche d'origine post-traumatique (épaule gelée) avec tendinopathie post-traumatique sans fissure (IRM du 11 novembre 2015) et de dysfonction lombaire inférieure gauche d'origine post-traumatique.

L'assuré a présenté une incapacité totale de travail dès le 25 janvier 2016 (cf. certificat d'incapacité du Dr S._____ du 21 janvier 2016).

Le 26 janvier 2016, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute à la CNA motivée par une exacerbation des douleurs.

Dans un rapport du 1^{er} février 2016 adressé au Dr S._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il ne retrouvait pas d'élément clinique en faveur d'une capsulite rétractile. Sur le plan thérapeutique, il privilégiait dans l'immédiat le recours à une infiltration de l'épaule associée à des séances de physiothérapie, tandis qu'une prise en charge arthroscopique n'était envisagée qu'en l'absence d'amélioration.

La CNA a pris en charge le cas (traitement médical et indemnités journalières) pour les troubles à l'épaule gauche consécutifs à l'accident du 8 octobre 2015 (courrier à I._____ SA du 10 mars 2016).

Afin d'obtenir des arguments en faveur de l'existence d'une capsulite rétractile, le Dr S._____ a demandé la réalisation d'une nouvelle IRM de l'épaule gauche, laquelle a été effectuée le 6 juillet 2016. Cette imagerie a mis en évidence de discrets signes de tendinopathie du supra-épineux associés à une arthropathie acromio-claviculaire modérée avec un acromion de stade II ; il existait des signes de capsulite rétractile avec une très nette infiltration et une prise de contraste marquée de l'intervalle des rotateurs, du récessus sous-coracoïdien et du ligament gléno-huméral inférieur.

Par courrier du 2 août 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations concernant les troubles lombaires avec effet au 9 mai 2016. Elle a expliqué qu'il résultait de l'examen médical effectué le 9 mai 2016 par le médecin d'arrondissement (Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) que les troubles persistants n'étaient plus dus à l'accident du 8 octobre 2015 mais étaient exclusivement de nature malade. Cela avait pour conséquence que, dès le 10 mai 2016, le traitement médical concernant les troubles lombaires n'était plus à la charge de l'assurance-accidents mais relevait de l'assurance-maladie.

A la demande du Dr V._____, l'assuré a séjourné à la Clinique N._____ du 9 août au 7 septembre 2016 en vue d'une observation et d'une réadaptation intensive stationnaire de l'épaule gauche ainsi que pour une évaluation du pronostic concernant la capacité de travail, ce qui a nécessité la réalisation de différents examens (réadaptation de l'appareil locomoteur, radiographies de la colonne lombaire et de l'épaule gauche, électroneuromyogramme et consultation orthopédique). Dans leur rapport du 28 septembre 2016, les Drs R._____ et B._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante, ont posé les diagnostics de raideur de l'épaule gauche, de chute au travail le 8 octobre 2015 avec contusion de l'épaule gauche (exacerbation de lombosciatalgies gauches et tendinopathie du supra-épineux gauche), de lombalgies chroniques s'étendant dans le membre inférieur gauche, de troubles lombaires dégénératifs (discopathie L4-L5, L5-S1 avec Modic II en L5-S1 et arthrose facettaire sur IRM lombaire du 5 juillet 2016), de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance lombaire et d'infiltration sous CT du foramen L5-S1 gauche du 25 janvier 2016. Selon les médecins prénommés, une stabilisation était attendue à un an de l'accident du 8 octobre 2015. Le pronostic dans l'ancienne activité était réservé en raison des douleurs annoncées à l'épaule gauche depuis l'accident. A sa sortie, l'assuré était invité à consulter le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avec lequel une reprise progressive de l'activité devait être discutée. En cas de difficultés ou d'impossibilité, il convenait d'envisager

le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, ce que l'assuré a fait le 29 novembre 2016.

A la suite d'une consultation, le 23 mars 2017, auprès du Dr W._____, l'assuré a repris l'exercice de son activité habituelle de chef de chantier à 50 % en termes de rendement sur une présence complète dès le 3 avril 2017.

Le 29 janvier 2018, la Dre X._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 2 février 2018, elle a retenu que le cas était stabilisé. Selon elle, l'activité habituelle (dont 50 % étaient consacrés à la surveillance de chantier et 50 % à des travaux en tant que maçon) n'était pas adaptée. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire en tant que chef de chantier exerçant uniquement des tâches de surveillance, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, moyennant le respect de limitations fonctionnelles concernant l'épaule gauche, à savoir : pas de mouvements prolongés répétés du bras gauche en position au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétés prolongés en antéflexion du bras gauche, pas de ports de charges répétés avec le bras gauche ou avec les deux bras de plus de 15 kg du sol à la taille, de plus de 7,5 kg avec les deux bras de la taille à hauteur de l'épaule et pas de ports de charges du bras gauche seul de plus de 2 ou 3 kg de la taille au-dessus de l'épaule, pas de conduite de véhicules de manière répétée et professionnelle. Selon l'assuré, une telle activité ne semblait pour l'heure pas possible auprès de son employeur.

Dans une appréciation séparée datée du même jour, la Dre X._____ a examiné la question de l'atteinte à l'intégrité. S'appuyant sur la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, cette médecin a retenu qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Par ailleurs, une périarthrite scapulo-humérale moyenne donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % et une périarthrite scapulo-humérale grave à une indemnité pour atteinte

à l'intégrité de 25 %. Dans le cas de l'assuré, l'épaule était mobile jusqu'à l'horizontale et la situation pouvait s'apparenter à une périarthropathie moyenne à grave, d'où une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,5 %.

Par décision du 11 mars 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le degré d'invalidité - fixé à 29,84 % - était inférieur au seuil légal ouvrant droit à cette prestation.

B. Le 22 octobre 2020, l'employeur de l'assuré a, sur formule *ad hoc*, annoncé à la CNA une rechute des troubles à l'épaule gauche. Il était précisé que l'intéressé avait repris son activité habituelle de chef d'équipe de construction à 100 % et qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 16 octobre 2020.

Au vu des douleurs présentées par son patient, le Dr S. _____ a demandé la réalisation d'une IRM de l'épaule gauche, laquelle a été pratiquée le 19 octobre 2020. Cet examen a mis en évidence une bursite sous-acromio-deltoïdienne, une arthropathie dégénérative à caractère inflammatoire acromio-claviculaire ainsi qu'une tendinopathie chronique du tendon supra-épineux avec une petite composante de ténosynovite du tendon du long chef du biceps.

A la demande du praticien prénommé, une IRM cervicale a été pratiquée en date du 21 octobre 2020. Cette imagerie a conclu à l'existence de remaniements Modic I inflammatoires en C6-C7, de débords discaux médians étagés depuis C3 jusqu'à C7, plus marqués en C5-C6 et C6-C7, venant au contact du canal à ces deux étages. Il n'y avait en revanche pas de myélopathie.

Dans un rapport du 21 novembre 2020, le Dr W. _____ a posé les diagnostics suivants :

- décompensation de cervicobrachialgies gauches chroniques post-traumatiques en 2018 ;
 - o discopathie cervicale multi-étagée C3-C7, prédominant en C5-C6 et C6-C7 ;
 - o tendinopathie chronique post-traumatique du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire ;
 - capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche de récupération complète ;
 - dyskinésie scapulaire gauche ;
 - o cure de tunnel carpien gauche début février 2018.

Sur la base de son examen clinique, ce médecin a recommandé la poursuite du traitement conservateur, tout en relevant que l'inefficacité de l'infiltration sous-acromiale excluait toute symptomatologie en lien avec la coiffe des rotateurs. Au vu de l'absence d'évolution malgré de multiples thérapies mises en œuvre, lesquelles n'avaient eu qu'un effet limité, le Dr W._____ a demandé au Dr G._____, médecin praticien, de convoquer le patient pour un consilium, ensuite duquel il se prononcerait sur la suite de la prise en charge. En attendant, le patient était toujours à l'arrêt de travail.

Conformément à la suggestion du Dr W._____, l'assuré a consulté le Dr G._____ le 15 mars 2021. Dans son rapport subséquent (daté du surlendemain), ce médecin a retenu les diagnostics suivants :

- décompensation de cervico-brachialgies gauches chroniques post-traumatisme le 8 octobre 2015, avec rechute le 16 octobre 2020 sur :
 - o tendinopathie des longs chefs du biceps (LCB) et du sus-épineux, avec arthropathie acromio-claviculaire ;
 - o capsulite rétractile ;
 - o probable syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène ;
- allergie aux pollens.

A l'issue de son examen clinique, le Dr G._____ a estimé que, compte tenu de l'existence de signes neurogènes discrets et de signes modérés de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, les douleurs étaient imputables à une réactivation de la capsulite rétractile. Aussi a-t-il proposé diverses mesures thérapeutiques en indiquant qu'il réévaluerait la situation le 22 juin 2021.

Dans l'intervalle, la CNA a, par courrier du 11 mars 2021, informé l'assuré que, selon les pièces médicales au dossier, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 8 octobre 2015 et les troubles actuels à l'épaule gauche et aux cervicales pour lesquels une incapacité de travail avait été prescrite dès le 16 octobre 2020.

Le 6 avril 2021, l'assuré a fait part de son désaccord avec cette appréciation. Selon lui, les contraintes physiques restaient importantes dans le gros-œuvre et, malgré un taux d'activité réduit, une rechute s'était produite. A l'appui de ses allégations, il a produit les rapports médicaux établis les 21 novembre 2020 et 17 mars 2021 respectivement par les Drs W._____ et G._____ ainsi que les comptes-rendus d'IRM des 19 et 21 octobre 2020.

Sollicitée pour détermination, la Dre X._____ a indiqué que les troubles au niveau de l'épaule étaient préexistants alors que la capsulite rétractile, apparue à la suite du traumatisme du 8 octobre 2015 au niveau de l'épaule, était guérie (récupération complète) selon le Dr W._____ (rapport du 21 novembre 2020). Il fallait dès lors admettre que les troubles actuels étaient préexistants à l'événement incriminé (appréciation du 22 juin 2021).

Dans un rapport du 23 juin 2021, le Dr G._____ a relevé que la situation s'était légèrement dégradée depuis sa dernière consultation avec, outre des douleurs neurogènes en lien avec un probable syndrome du défilé thoraco-brachial, une réduction des amplitudes articulaires actives et passives de l'épaule gauche dans le cadre de la capsulite rétractile. Cette symptomatologie a conduit ce médecin à prolonger l'arrêt de travail à 100 %.

A l'issue d'une nouvelle consultation pratiquée le 25 août 2021, le Dr G._____ a posé des diagnostics identiques à ceux retenus dans ses rapports précédents. Au vu de la stagnation de la situation, il a procédé à une infiltration intra-articulaire dans l'épaule gauche, tout en

prolongeant l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 10 octobre 2021 (rapport du 27 août 2021).

Malgré l'infiltration intra-articulaire dans l'épaule gauche, le Dr G._____ a constaté, lors de la consultation du 7 octobre 2021, une régression des amplitudes articulaires en flexion et en abduction. A cela s'ajoutait une diminution de la force dont l'étiologie était incertaine. Selon ce médecin, il pourrait s'agir d'une exacerbation des douleurs neuropathiques du plexus brachial, d'où l'introduction d'un nouveau traitement, ayant conduit à une légère amélioration des amplitudes articulaires, lesquelles demeuraient toutefois très limitées. La capacité de travail de l'assuré demeurait nulle (rapports des 8 octobre et 18 novembre 2021).

Par décision du 30 décembre 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents, motif pris qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 8 octobre 2015 et les troubles actuels à l'épaule gauche et aux cervicales pour lesquels une incapacité de travail avait été prescrite dès le 16 octobre 2020.

Représenté par Me Elisabeth Chappuis, avocate à Lausanne, l'assuré s'est opposé à cette décision en date du 31 janvier 2022. Tout d'abord, il s'est étonné de l'absence de décision quant aux suites de l'accident du 8 octobre 2015 pour la période antérieure au 16 octobre 2020. Il a ensuite contesté l'absence de lien de causalité entre les troubles à l'épaule ayant entraîné une incapacité de travail dès le 16 octobre 2020 et l'événement du 8 octobre 2015, en se référant notamment à un nouveau rapport établi par le Dr G._____ le 24 janvier 2022. Finalement, il a critiqué l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, estimant qu'elle avait été sous-évaluée et que le taux devait à tout le moins être fixé à 35,5 %. Au vu de ces éléments, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Dans un rapport du 15 février 2022 au conseil de l'assuré, le Dr G. _____ a expliqué se charger de son suivi depuis le 15 mars 2021. D'après ce médecin, il convenait de retenir une récurrence de la capsulite rétractile de l'épaule gauche actuellement invalidante, laquelle avait été principalement déclenchée par les lésions séquellaires (tendinopathie) ainsi que par la capsulite résultant du traumatisme de 2015. Cette symptomatologie entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges au-delà de 3 à 5 kg ponctuellement avec le membre supérieur gauche ; flexion ou abduction d'épaule au-delà de 60° ; mouvements répétitifs du membre supérieur gauche en lien avec un syndrome du défilé thoraco-brachial. Il s'ensuivait que la capacité de travail était nulle en tant que contremaître-maçon ainsi que dans une activité adaptée, dans la mesure où, vu sa formation, une activité à la portée de l'assuré impliquerait des tâches répétitives avec les membres supérieurs (activité manuelle), à savoir des tâches d'organisation/gestion. Or celles-ci n'existaient pour ainsi dire plus sans implication dans des tâches également manuelles.

De l'appréciation médicale à laquelle la Dre X. _____ a procédé le 24 mai 2022, on extrait ce qui suit (rapport daté du même jour) :

« (...)

L'événement [du 8 octobre 2015] n'a pas entraîné de lésion structurelle au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs. La tendinose du tendon du supra-épineux est de nature dégénérative sur l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 11 novembre 2015 et il n'y a pas de lésion traumatique ni au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs ni au niveau articulaire, que ça soit au niveau de l'articulation acromio-claviculaire ou de l'articulation gléno-humérale.

Sur cette contusion de cette épaule gauche suite à cette chute, l'assuré va développer une capsulite rétractile qui se manifeste lorsque la capsule articulaire de l'épaule (la membrane qui entoure l'articulation de l'épaule) se « rétracte et s'épaissit » entraînant l'apparition graduelle d'une douleur et d'une perte de mouvements progressive de l'épaule dans toutes les directions. Selon la Revue Médicale Suisse du 4 octobre 2017, il existe une multitude de situations induisant une limitation fonctionnelle de l'articulation gléno-humérale et de son environnement et l'évolution se déroule inexorablement sur 1 à 2 ans et comporte 3 phases où dominant

successivement la douleur, la rétraction puis la récupération en principe complète.

C'est ce que le Dr W. _____ a constaté dans son rapport d'examen suite à la rechute de l'assuré en novembre 2020.

Les diverses investigations effectuées par le Dr W. _____ n'ont pas montré de séquelle des suites de l'événement du 8 octobre 2015 mais une arthropathie dégénérative à caractère inflammatoire acromio-claviculaire ainsi que cette tendinopathie chronique du tendon du supra-épineux avec maintenant une petite composante de ténosynovite du tendon du long chef du biceps.

On notera que l'arthropathie acromio-claviculaire apparaît sans traumatisme particulier, elle est souvent due à une utilisation accrue d'épaule et responsable de douleurs aux mouvements de l'épaule. Par ailleurs, on notera encore que, lors de la consultation chez le Dr W. _____, l'assuré a mentionné avoir depuis plusieurs mois des douleurs en augmentation à nouveau invalidantes en lien avec une surcharge de travail et des efforts un peu plus marqués avec le membre supérieur gauche, ce qui entraînait un arrêt de travail depuis le mois d'octobre.

Dès lors, l'assuré qui présente des lésions préexistantes au niveau de son épaule gauche à la fois au niveau d'une tendinopathie dégénérative du tendon du supra-épineux et d'une arthropathie acromio-claviculaire, a décompensé ses lésions dégénératives en raison d'efforts répétés liés à son travail qui n'est pas une activité adaptée à ses troubles dégénératifs de l'épaule gauche.

Concernant les rapports du Dr G. _____, celui-ci retient une décompensation de cervico-brachialgies gauches chroniques. Il évoque la tendinopathie du long chef du biceps et du sus-épineux, l'arthropathie acromio-claviculaire mais n'évoque absolument pas une cause traumatique à ces lésions. Il ne tient pas compte par contre des lésions dégénératives étagées visibles à l'IRM cervicale effectuée le 21 octobre 2020 avec des remaniements Modic I inflammatoires en C5-C6 et C6-C7 venant au contact du canal de ces deux étages et avec absence d'une myélopathie.

L'assuré à l'évidence présente des troubles dégénératifs, qui atteignent non seulement son épaule gauche mais également ses cervicales, qui sont à l'origine de cette décompensation cervico-brachialgique sans lésion structurelle des structures de l'épaule que ce soit au niveau osseux, des tendons ou des ligaments, en lien avec l'événement du 8 octobre 2015.

En l'absence d'élément médical nouveau, nous ne pouvons que confirmer nos appréciations précédentes du 4 février 2021, du 22 juin 2021 et du 28 juin 2021 ».

Par décision sur opposition du 1^{er} juin 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 30 décembre 2021.

B. **a)** Par acte du 4 juillet 2022, J._____, toujours représenté par Me Chappuis, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 1^{er} juin 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, en substance, principalement à sa réforme en ce sens que l'événement du 16 octobre 2020 et les troubles qui en résultent constituent une rechute de l'événement du 8 octobre 2015 ainsi qu'à l'octroi de toutes les prestations d'assurance susceptibles d'entrer en ligne de compte (prise en charge des frais médicaux, indemnités journalières, rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité) tant s'agissant de l'événement du 16 octobre 2020 que de celui du 8 octobre 2015. Subsidiairement, il a pris les mêmes conclusions mais en demandant au préalable la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, plus subsidiairement encore, il a demandé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision se prononçant sur les mêmes prestations et les mêmes événements que ceux énoncés dans la conclusion principale.

Dans un premier moyen, l'assuré a fait grief à la CNA d'avoir retenu - à tort - l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à l'épaule gauche signalées à la suite de l'événement du 16 octobre 2020 et l'accident du 8 octobre 2015, lui niant de ce fait tout droit aux prestations de l'assurance-accidents. D'après lui, l'appréciation de la Dre X._____ ne pouvait être suivie tant s'agissant du diagnostic de tendinopathie chronique post-traumatique du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire que s'agissant de la capsulite rétractile. En ce qui concernait la tendinopathie, il apparaissait que plusieurs avis médicaux, dont ceux du Dr W._____, faisaient état de cette affection après l'accident du 8 octobre 2015 ainsi qu'après la rechute survenue en octobre 2020 ; quant à l'arthropathie, la Dre X._____ aurait mal interprété l'IRM du 7 juillet 2016. Dans ces circonstances, il était bien plus vraisemblable que la tendinopathie chronique post-traumatique du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire diagnostiquée après la rechute se rapportait à une affection identifiée et objectivée en lien avec l'accident du 8 octobre 2015 plutôt qu'à des troubles

dégénératifs. En ce qui concernait la récurrence de la capsulite rétractile, plusieurs rapports circonstanciés du Dr G. _____ contredisaient l'avis du Dr W. _____ sur la base duquel la Dre X. _____ s'était appuyée. Ainsi, dans un rapport du 10 juin 2022, il confirmait que l'assuré n'avait jamais présenté de récupération complète de sa capsulite rétractile de l'épaule gauche. Il soulignait également que lors de ses consultations, les amplitudes articulaires actives et passives de l'épaule gauche étaient fortement limitées. Au vu du caractère probant des rapports du Dr G. _____, il fallait admettre que la réactivation des douleurs depuis octobre 2020 était due principalement à une récurrence de la capsulite rétractile apparue à la suite de l'accident du 8 octobre 2015 plutôt qu'à des troubles dégénératifs. Partant, il fallait admettre que des doutes subsistaient quant à la fiabilité de l'appréciation de la Dre X. _____, si bien qu'il eût à tout le moins incombé à la CNA de mettre en œuvre une expertise indépendante.

Dans un second moyen, l'assuré s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, reprochant à la CNA de ne pas avoir rendu de décision formelle s'agissant des conséquences des atteintes résultant de l'accident du 8 octobre 2015, en particulier le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans l'hypothèse où la Cour de céans devait considérer que l'absence de décision constituait un refus implicite de la CNA d'allouer les prestations mentionnées en lien avec l'accident du 8 octobre 2015, l'assuré se prévalait encore d'une part, d'une constatation inexacte des faits consacrant une violation du droit et, d'autre part, d'une violation de l'obligation d'instruire, dont il entendait déduire l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32,5 %.

A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une « expertise judiciaire portant en particulier sur l'aspect rhumatologique » pour le cas où la Cour de céans devait considérer que la situation médicale n'avait pas été suffisamment investiguée.

b) A l'appui de sa réponse du 19 septembre 2022, la CNA a transmis l'appréciation médicale établie par la Dre X. _____ le 1^{er} septembre 2022. En substance, cette médecin s'est attachée à expliquer en quoi les éléments médicaux mis en exergue par le Dr G. _____ ne lui permettaient pas de revenir sur ses appréciations précédentes de même qu'elle a répondu à l'ensemble des critiques soulevées par l'assuré. Dans la mesure où cette appréciation devait se voir conférer pleine valeur probante, elle ôtait tout fondement aux griefs concernant l'instruction de la présente cause. Renvoyant pour le surplus à la décision attaquée, la CNA a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 14 novembre 2022, l'assuré s'est employé à mettre en évidence le caractère lacunaire et peu rigoureux de la prise de position de la Dre X. _____ du 1^{er} septembre 2022 quant aux diagnostics de tendinopathie chronique post-traumatique du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire, de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS), de capsulite rétractile ainsi que leur origine. Il a déclaré persister intégralement dans les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 4 juillet 2022.

d) Après avoir rappelé, dans sa duplique du 20 janvier 2023, la différence entre le rôle du médecin d'assurance et celui dévolu au médecin traitant, la CNA a souligné que les griefs concernant le syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène et la plexopathie cervicale superficielle étaient dépourvus de fondement. En effet, le Dr G. _____ n'amenait aucun élément susceptible de retenir ces diagnostics. Au demeurant, ils n'étaient pas d'origine traumatique. Partant, elle a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) L'objet du litige est délimité par la décision du 30 décembre 2021 puis celle sur opposition du 1^{er} juin 2022. Dans ces deux décisions, la CNA a nié le droit du recourant à des prestations d'assurance, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité, même vraisemblable, entre l'accident du 8 octobre 2015 et les troubles à l'épaule gauche et aux cervicales ayant fait l'objet de la déclaration de rechute du 22 octobre 2020. Le fait que l'assuré n'ait pas reçu de décision concernant son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, n'a pas à être traité à la faveur de la rechute annoncée en octobre 2020, même si le recourant estime qu'il s'agit d'un déni de justice formel, faute pour lui d'avoir pris une conclusion formelle dans ce sens. A défaut de tout examen de ces questions par l'intimée à ce stade, il n'appartient pas à la

Cour de céans de statuer sur ces points pour la première fois en instance de recours.

c) Par conséquent, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à nier le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec la symptomatologie apparue en octobre 2020.

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

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée 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) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de

rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, in SVR 2017 UV n° 19 p. 63 ; 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2, in SVR 2016 UV n° 18 p. 55). En l'absence de symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les atteintes nouvellement annoncées, l'assureur-accidents ne sera pas tenu de prester et la décision sera défavorable à la personne assurée (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 ; 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

5. 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) 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_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) 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 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_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) Il est en l'occurrence admis que, le 8 octobre 2015, l'assuré a été victime d'une chute alors qu'il descendait d'un échafaudage, ce qui a entraîné des douleurs au dos et une contusion à l'épaule gauche.

aa) S'agissant des troubles lombaires, le Dr V._____ a expliqué que le syndrome douloureux lombaire relevait de l'évolution d'un état antérieur tout au plus très passagèrement décompensé par l'accident du 8 octobre 2015 et qui avait, dès à présent, entièrement cessé de déployer ses effets (rapport d'examen du 9 mai 2016). L'intimée a ainsi mis fin au versement de ses prestations (soins médicaux et indemnités journalières) en lien avec ces troubles à compter du 10 mai 2016 (courrier du 2 août 2016).

bb) S'agissant des troubles à l'épaule gauche, la Dre X._____ a retenu, lors de ses appréciations des 23 novembre 2017 et 29 janvier 2018, une amyotrophie au niveau de la loge sus-épineuse, mais également du deltoïde sans amyotrophie du bras gauche associée. Par ailleurs, les médecins de la Clinique N._____ avaient fait mention d'une capsulite rétractile, laquelle n'avait toutefois pas formellement été retenue ; en effet, il était difficile de poser ce diagnostic en raison d'autolimitation qui rendait l'interprétation de la raideur difficile, même s'il y avait tout de même quelques signes à l'IRM pouvant aller dans ce sens. Compte tenu de la stabilisation du cas, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 1^{er} septembre 2018 s'agissant des problèmes à l'épaule gauche (courrier du 9 août 2018).

b) Le 22 octobre 2020, l'assuré a, par l'intermédiaire de son employeur, déposé une déclaration de sinistre LAA auprès de la CNA, aux termes de laquelle il a fait valoir une rechute des troubles présentés à l'épaule gauche. Il soutient que ces troubles doivent être pris en charge par l'intimée au titre de rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 8 octobre 2015, alors que l'intimée, suivant les conclusions de ses

médecins-conseils, considère qu'un tel lien de causalité n'a pas été établi à satisfaction. Il convient dès lors d'examiner si les problèmes rencontrés par le recourant depuis le mois d'octobre 2020 peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident du 8 octobre 2015 au titre de rechute ou de séquelles tardives.

c) Dans son appréciation médicale du 24 mai 2022, la Dre X._____ a retenu que l'IRM de l'épaule gauche du 19 octobre 2020 avait révélé la présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, d'une arthropathie dégénérative à caractère inflammatoire au niveau acromio-claviculaire et d'une tendinopathie chronique du tendon supra-épineux avec une petite composante de ténosynovite du long chef du biceps ; quant aux signes d'une capsulite rétractile, développée à la suite de l'accident du 8 octobre 2015, ils avaient complètement disparu. Reprenant l'arthro-IRM du 11 novembre 2015, elle a relevé que le diagnostic alors retenu de tendinose du supra-épineux gauche non fissurante évoquait non pas une lésion traumatique mais bien une lésion dégénérative. Par ailleurs, l'articulation acromio-claviculaire était normale, ce qui démontrait qu'il n'y avait pas eu de traumatisme à ce niveau-là. La Dre X._____ en déduisait que l'assuré présentait des lésions préexistantes à l'épaule gauche à la fois au niveau d'une tendinopathie dégénérative du tendon du supra-épineux mais aussi d'une arthropathie acromio-claviculaire. Or l'intéressé avait décompensé ses lésions dégénératives en raison d'efforts répétés liés à son travail, lequel ne constituait pas une activité adaptée à ses troubles dégénératifs de l'épaule gauche. A cela s'ajoutaient des lésions dégénératives étagées visibles à l'IRM cervicale effectuée le 21 octobre 2020 avec des remaniements Modic I inflammatoires en C6-C7, des débords discaux médians étagés depuis C3 jusqu'à C7, plus marqués en C5-C6 et C6-C7 venant au contact du canal de ces deux étages et avec absence d'une myélopathie. En guise de conclusion, la Dre X._____ a retenu que l'assuré présentait des troubles dégénératifs atteignant non seulement l'épaule gauche mais également les cervicales, lesquels étaient à l'origine d'une décompensation cervico-brachialgique sans lésion structurelle de l'épaule, que ce soit au niveau osseux, des tendons ou des

ligaments, et qui ne pouvaient être mis en lien avec l'événement accidentel du 8 octobre 2015.

d) Le recourant conteste cette appréciation tant s'agissant du diagnostic de tendinopathie chronique du supra-épineux gauche avec arthropathie claviculaire que s'agissant de la capsulite rétractile, se prévalant à cet égard plus particulièrement des rapports médicaux rédigés par le Dr G. _____ les 1^{er} juin et 31 octobre 2022.

aa) Ensuite de la rechute annoncée le 22 octobre 2020, le recourant a consulté le Dr W. _____ le 20 novembre 2020. Dans son rapport daté du lendemain, ce médecin a posé les diagnostics de décompensation de cervicobrachialgies gauches chroniques post-traumatiques en 2018 avec discopathie cervicale multi-étagée C3-C7, prédominant en C5-C6 et C6-C7 tendinopathie chronique post-traumatique du supra-épineux gauche avec arthropathie acromio-claviculaire (capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche de récupération complète et dyskinésie scapulaire gauche), ainsi que de cure de tunnel carpien gauche début février 2018. Sur la base de son examen clinique, il a recommandé la poursuite du traitement conservateur, tout en relevant que l'inefficacité de l'infiltration sous-acromiale excluait toute symptomatologie en lien avec la coiffe des rotateurs. Au vu de l'absence d'évolution malgré de multiples thérapies mises en œuvre, lesquelles n'avaient eu qu'un effet limité, le Dr W. _____ a demandé au Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de convoquer le patient pour un consilium, ensuite duquel ce dernier se prononcerait sur la suite de la prise en charge. En attendant, le patient était toujours à l'arrêt de travail.

bb) Dans son rapport du 1^{er} juin 2022, le Dr G. _____ a posé le diagnostic de décompensation de cervico-brachialgies gauches chroniques post-traumatisme du 8 octobre 2015 avec rechute le 16 octobre 2020 sur : tendinopathie des longs chefs du biceps et sus-épineux (arthropathie acromio-claviculaire), capsulite rétractile, syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène et plexopathie cervicale superficielle. Ce

médecin a relevé que les limitations d'épaule, bien que légèrement moindres, restaient importantes, en particulier dans son activité habituelle ou dans une autre activité manuelle.

cc) Aux termes de son appréciation médicale du 1^{er} septembre 2022, la Dre X. _____ a relevé que le rapport du Dr G. _____ du 1^{er} juin 2022 n'apportait pas d'élément médical nouveau concernant la mobilité de l'épaule. En effet, il retenait dans ce rapport des diagnostics identiques à ceux posés dans son rapport du 18 mars 2022. Au moment de la consultation du 30 mai 2022 (rapport du 1^{er} juin 2022), l'assuré n'avait pas évoqué de changements notables de sa situation et avait signalé des phénomènes, qui pouvaient être mis sur le compte de l'anxiété par le Dr G. _____. Sur le plan clinique, la mobilité active et passive de l'épaule gauche était de 70° en flexion (consultation du 30 mai 2022) alors qu'elle était à 40° en actif lors de la consultation du 17 mars 2022. En abduction, il y avait une légère diminution puisqu'elle était à 50° à la fois en actif et en passif alors qu'elle était en actif à 60° et en passif à 65° le 17 mars 2022. En rotation externe, la mobilité de l'épaule gauche était de 30° durant les deux examens contre 75° à droite lors de l'examen du 1^{er} juin 2022. Au vu de ces éléments, la Dre X. _____ estimait que la situation était globalement superposable à celle prévalant au mois de mars 2022, même si la flexion s'était un peu améliorée alors que l'abduction s'était légèrement péjorée et que la rotation demeurait inchangée. Le Dr G. _____ évoquait cependant désormais des phénomènes d'anxiété, avec sensation de chaleur du haut du thorax sans fièvre ni sudation ou palpitation associées, qui nécessitaient la prise ponctuelle d'un antidépresseur sous forme de Venlafaxine. Lors de fortes douleurs, l'assuré s'interrogeait même sur une origine oncologique à celles-ci mais à aucun moment il n'envisageait un problème cardiaque. De l'avis de la Dre X. _____, les éléments médicaux fournis par le Dr G. _____ étaient superposables à ceux qui étaient en sa possession lors de son appréciation du 24 mai 2022 et ne modifiaient pas les conclusions de cette appréciation ni ses précédentes conclusions, à savoir que les plaintes de l'assuré, depuis le mois d'octobre 2020, n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 8 octobre 2015. En effet, celui-ci n'avait

pas entraîné de lésion structurelle pouvant être imputée à cette chute mais n'avait occasionné qu'une contusion de l'épaule gauche suivie, par la suite, d'une capsulite rétractile qui était au décours lors du bilan final du 29 janvier 2018. Ainsi, la décompensation des cervico-brachialgies gauches était due à des lésions préexistantes de nature dégénérative à la fois au niveau de l'épaule et au niveau cervical. Quant au syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène avec plexopathie cervicale superficielle, le Dr G. _____ n'avait amené aucun élément en faveur d'un tel diagnostic, celui-ci n'étant au demeurant pas d'origine traumatique.

dd) Dans son rapport du 31 octobre 2022, le Dr G. _____ s'est attaché à analyser chacune des atteintes à la santé présentées par le recourant. S'agissant de la capsulite rétractile, ce médecin a mis en évidence la relation entre les douleurs cervicales et la contracture musculaire de la ceinture cervico-scapulaire d'une part, ainsi que les douleurs neuropathiques des plexus brachial et cervical superficiel d'autre part. Or, étant donné l'importance du facteur post-traumatique - à savoir la capsulite rétractile d'épaule - dans le développement de contractures musculaires cervico-scapulaires compensatrices, et l'absence d'une autre étiologie significative pour cette problématique, les contractures musculaires de cette région anatomique sont à considérer comme directement dues aux limitations articulaires d'épaule. La compression des nerfs traversant ces muscles (scalènes), à savoir les plexus cervical superficiel et brachial, était aussi à considérer comme directement secondaire à la capsulite rétractile post-traumatique de l'épaule gauche.

S'agissant du syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène et de la plexopathie cervicale superficielle, le Dr G. _____ a exposé que, pour poser ce diagnostic, il est nécessaire de le rechercher anamnestiquement et cliniquement par des tests spécifiques. Or l'assuré présentait des douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche ayant motivé une évaluation neurologique en 2017. Dans la mesure où ces douleurs neuropathiques dépassaient le territoire de l'un des trois troncs nerveux du membre supérieur (nerf radial, cubital ou médian), il fallait s'orienter vers une compression proximale, entre les racines et les troncs

nerveux, à savoir au niveau du plexus brachial. La recherche d'une compression du plexus brachial par la réalisation de tests appropriés s'est avérée positive dans six tests sur six, ce qui indiquait que le diagnostic était à retenir comme très probable, avec une sensibilité et une spécificité d'environ 90 % chacune. Le Dr G. _____ en concluait que l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène était confirmée anamnestiquement et objectivement (cliniquement) lorsqu'on le recherchait, ce que n'avait pas fait la Dre X. _____.

Quant au diagnostic de plexopathie cervicale superficielle, il reposait sur une anamnèse de douleurs, respectivement de troubles sensitifs dans le territoire de ce plexus, ainsi que sur la perturbation sensitive objectivée dans ce territoire, voire le déclenchement de douleurs lors de la palpation des nerfs à leur émergence au milieu des muscles du cou (scalènes, sterno-cléido-mastoïdien). Or l'assuré présentait une dysesthésie-allodynie dans le territoire du plexus cervical superficiel gauche, ce qui confirmait ce diagnostic déjà fortement suspecté anamnestiquement.

Le Dr G. _____ s'est ensuite employé à répondre à l'affirmation de la Dre X. _____, selon laquelle si les diagnostics de syndrome du défilé thoraco-brachial et de plexopathie cervicale superficielle étaient présents, ils ne seraient de toute façon pas en lien avec le traumatisme de 2015. D'après le Dr G. _____, cette affirmation ne repose pas sur des bases scientifiques. En effet, le syndrome du défilé thoraco-brachial est le plus souvent fonctionnel, c'est-à-dire dû à une compression nerveuse (et/ou vasculaire) intermittente, dépendant de la posture, des mouvements effectués ou de la tension musculaire au niveau de la ceinture cervico-scapulaire (muscles scalènes, pectoraux, etc.). En cas de limitations fonctionnelles du membre supérieur, particulièrement de l'épaule, il existe une tendance à développer des compensations musculaires pour lever le moignon d'épaule et/ou effectuer une adduction de celui-ci ou encore de pencher la nuque du côté opposé. Tout cela accentue l'activité des muscles ayant tendance à compresser les nerfs passant en leur milieu (scalènes, voire sterno-cléido-mastoïdien), dans la

partie haute de la nuque pour le plexus cervical superficiel et inférieur pour le plexus brachial. Ainsi, non seulement les symptômes du défilé thoraco-brachial neurogène sont présents au moins depuis 2017 (année durant laquelle un examen neurologique de ce membre supérieur avait été pratiqué) mais leur accentuation suit l'évolution négative de la capsulite rétractile d'épaule et des contractures musculaires de la ceinture cervico-scapulaire/thoracique gauches. Au vu de ces éléments, le Dr G. _____ estime que le lien entre ces affections et le traumatisme d'épaule en 2015, respectivement ses conséquences, est très probable.

Finalement, le Dr G. _____ a réfuté l'affirmation de la CNA selon laquelle ses rapports ne contenaient pas d'élément nouveau. Contrairement à ce qu'elle prétend, l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis 2021, ce que corrobore la mesure des amplitudes actives et passives de l'épaule gauche ainsi que l'augmentation d'intensité du syndrome du défilé thoraco-brachial, alors même qu'en 2018 la situation était en voie d'amélioration puisqu'il était question d'une « capsulite au décours ». Tel n'est toutefois pas le cas selon le Dr G. _____ au vu des limitations fonctionnelles déjà décrites dans son rapport du 15 février 2022, lesquelles excluent toute capacité de travail résiduelle aussi bien dans l'activité habituelle de contremaître-maçon que dans une activité adaptée (forcément de nature manuelle).

e) Il sied de constater que les avis médicaux au dossier sont étayés mais opposés. Dans ces conditions, la CNA ne pouvait refuser de verser ses prestations sans autres mesures d'instruction. En effet, elle ne fait pas valoir, dans la décision attaquée, d'arguments justifiant de dénier toute valeur probante à l'avis du Dr G. _____.

aa) Dans son rapport du 21 novembre 2020, le Dr W. _____ a notamment posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche en indiquant qu'elle était imputable à l'accident survenu en 2015 mais qu'au jour de son examen (20 novembre 2020), elle était de « récupération complète ». Or le Dr G. _____ a constaté une réactivation de cette même capsulite à l'occasion de sa consultation du 15 mars 2021

(rapport du 17 mars 2021). Par la suite, le Dr G._____ a retenu l'existence de cette pathologie dans tous ses rapports en expliquant pour quels motifs elle revêt un caractère post-traumatique en l'absence de troubles dégénératifs (arthrose) ou d'une autre affection d'épaule permettant d'expliquer les douleurs et limitations fonctionnelles. Sans nier l'existence d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, la Dre X._____ estime toutefois, à l'instar du Dr W._____, qu'elle était au décours déjà lors de son bilan final du 29 janvier 2018. Cependant, l'assuré en a gardé des séquelles, ce dont elle a tenu compte dans la description des limitations fonctionnelles retenues. L'assuré a ainsi travaillé en tant que surveillant de chantier, activité qu'il exerçait toute la journée mais avec un rendement de 50 % environ (appréciation médicale du 24 mai 2022, p. 3). Il ne lui était toutefois pas possible de maintenir un rendement de 50 % en cas de surveillance de petits chantiers, car le faible nombre d'ouvriers impliquait l'accomplissement de tâches plus lourdes. Il en est dès lors résulté une aggravation des douleurs au fil du temps, ce qui a conduit à un arrêt de travail à compter du 16 octobre 2020 et au dépôt d'une déclaration de rechute. Dans ces conditions, le point de vue de la Dre X._____ selon lequel la capsulite rétractile était en rémission dès 2018 apparaît peu convaincant. A cela s'ajoute que, dans le cas présent, le Dr G._____, au demeurant spécialiste en médecine physique et réadaptation, n'agit pas en tant que médecin traitant mais bien comme médecin spécialiste ayant été appelé à donner son avis. Ceux-ci ne sauraient dès lors être écartés sur la base d'un critère purement formel - du reste non réalisé en l'espèce - ce d'autant qu'ils sont de nature à éveiller des doutes quant à la fiabilité des conclusions de la Dre X._____.

bb) Cela étant la Dre X._____ et le Dr G._____ s'accordent sur l'existence d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche ; alors que la médecin d'arrondissement la considère guérie (avis du 22 juin 2021), le second nommé estime qu'elle est imputable à une rechute du traumatisme survenu en 2015, ce qui se traduit par une aggravation des limitations fonctionnelles dues à cette capsulite. S'agissant du syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène et de la plexopathie cervicale, la Dre X._____ souligne que son confrère G._____ n'amène aucun élément

susceptible de lui faire retenir ces diagnostics, dont elle récusé au demeurant l'origine traumatique (appréciation médicale du 1^{er} septembre 2022). Leurs prises de position respectives quant à l'importance et à la portée à donner, dans leur examen de ces questions, à l'état antérieur préexistant associé à d'autres facteurs tels que l'action vulnérante de l'événement du 8 octobre 2015, l'âge et l'absence de problèmes à l'épaule avant l'accident, de même que l'interprétation de l'imagerie (en particulier celle du 21 octobre 2020, sur laquelle des lésions dégénératives étaient visibles et que, selon la Dre X._____, le Dr G._____ n'a pas évoquées), 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 le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante. On ignore également si tous les facteurs médicalement déterminants ont effectivement été pris en compte.

f) Par conséquent, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations de la Dre X._____, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence mentionnée au considérant 5d ci-dessus, qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant. Vu qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des mesures d'instruction complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 et les références), la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations du recourant à la suite de la déclaration de rechute du 22 octobre 2020.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une « expertise judiciaire portant en particulier sur l'aspect

rhumatologique ». Au vu du sort du recours et du renvoi de la cause à l'intimée, cette réquisition est devenue sans objet.

8. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

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

b) 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.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} juin 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire 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 J._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois 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 Elisabeth Chappuis, avocate (pour J._____),
- 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).

Le greffier :