COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Vulliamy

*****

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de chauffeur poids-lourds à 100 % depuis le 1er mai 2018 auprès de l'entreprise [...] et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 4 octobre 2018, une cage des filtres d'un camion d'environ 300 kg lui est tombée dessus d'une hauteur d'environ 1m50, occasionnant un traumatisme direct au niveau du tronc suivi d'une chute.

Une incapacité de travail à 100 % a été attestée à compter du 5 octobre 2018 et le cas a été pris en charge par la CNA qui a, par courrier du 16 octobre 2018, informé l'assuré verser des indemnités journalières de 177 fr. 10 par jour calendaire dès le 7 octobre 2018.

Selon un rapport du 23 octobre 2018 du Prof. W._____ et des Drs C._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, respectivement médecin chef, chef de clinique adjoint et médecin-assistant du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H._____ (ci-après : Centre hospitalier H._____), l'assuré a séjourné dans ce service du 4 au 17 octobre 2018 et il y a subi une réduction ouverte et ostéosynthèse de la symphyse pubienne et branche ilio-pubienne gauche. Ces médecins ont posé les diagnostics de fracture Tile B3 du bassin par compression latérale à droite et de type *open book* à gauche avec fracture des branches ilio-ischio-pubiennes gauches, ouverture de la symphyse et de la sacro-iliaque gauche, fracture de l'aileron sacré droit type Denis I et d'entorse acromio-claviculaire droite type Tossi 3. Selon eux, les suites opératoires se déroulaient sans complications et les radiographies post-opératoires étaient satisfaisantes. L'assuré était traité conservativement pour l'entorse acromio-claviculaire.

Dans un rapport du 22 novembre 2018 faisant suite à une consultation du 19 novembre 2018, le Dr X._____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin cadre au Service d'orthopédie et traumatologie du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____, a indiqué comme status une luxation acromio-claviculaire droite stade 3 presque complètement réductible et sans signe majeur de conflit au niveau de l'épine avec des amplitudes articulaires récupérées jusqu'à 90° et une coiffe fonctionnelle.

L'assuré a séjourné à la Clinique K._____ (ci-après : Clinique K._____) du 15 janvier au 13 février 2019, puis du 18 au 26 février 2019. Dans un rapport du 20 mars 2019 à la CNA, les Dres R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et B._____, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistante à la Clinique K._____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du bassin et les diagnostics supplémentaires de traumatisme du bassin avec fracture de type *open book* avec : à gauche, fracture ilio et ischio-pubienne, ouverture de la symphyse pubienne et articulation sacro-iliaque et à droite, fracture de l'aileron sacré et non congruence de la branche ischio-pubienne gauche ainsi que le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire stade 3 droite, avec probable ostéolyse de la clavicule distale suite à l'entorse. Il ressort également ce qui suit de leur rapport (sic) :

> « (…)
>
> **Epaules** : (côté droit atteint)
> *Inspection :* à droite : déformation acromio-claviculaire en marche d'escaliers, sans tuméfaction ou de discoloration. A gauche : RAS.
> *Palpation : à* droite : articulation acromio-claviculaire douloureuse à la palpation et un peu mobile sur le plan antéro-postérieur et crânio-caudal.
> *Amplitudes :* élévation antérieure à droite 140° en actif et passif, 150° à gauche. Abduction à droite 150° et à gauche 155°.
> Rotation interne (distance C7-pouce) 21 cm ddc.
> Rotation externe 1, coude au corps: 55° à droite et 50° à gauche.
> Rotation externe 2, bras à 90° d'abduction: 100° ddc.
> Rythme omothoracique : rotation complète de l'omoplate dès 70° de flexion, sans dyskinésie
> *Stabilité :* pas de tiroir gléno-huméral.
> *Signes de conflits :* Cross Arm test + à droite, indolore à gauche. Neer, Hawkins négatifs ddc. Yocum un peu douloureux à droite, négatif à gauche.
> *Evaluation des tendons :* manoeuvres de Job, de PATTE et test de lift of tenues à droite avec douleur à l'articulation acromio-claviculaire, à gauche bien tenues sans douleur. Palm up test négatif ddc. Yergason négatif ddc.
> Test d'appréhension : pas d'appréhension.
> (…)
> Examens radiologiques :

Avant l'hospitalisation :
04.10.2018 : body scan : Fracture du bassin avec fracture comminutive des branches ischio- et ilio-pubiennes gauches. Ouverture de la symphyse et fracture de l'aileron sacré droit.
04.10.2018 : CR bassin : fracture non déplacée du sacrum à droite. Fracture non déplacée de l'articulation sacro-iliaque gauche. Fracture déplacée de la branche ischio-pubienne gauche.
06.10.2018 : RX bassin post-opératoire : mise en place du matériel d'ostéosynthèse. Non congruence de la branche ischio-pubienne gauche.
06.10.2018 : RX épaule D : diastasis cranio-caudal de l'articulation acromio-claviculaire.
19.11.2018 : RX du bassin : fractures en voies de consolidation. Matériel en place. Persistance de la non congruence ilio-pubienne, visible sur les radiographie de hanches ultérieurs. Nous retrouvons les mêmes images sur les RX de bassin du **14.01.2019.**

Pendant l'hospitalisation :
29.01.2019 : RX épaule D : diastasis acromio-claviculaire.
30.01.2019 : RX articulation acromio-claviculaire ddc : diastasis acromio-claviculaire décrit ci-dessus avec présence de fines fragmentations osseuses claviculaires distales, pas de décalage postérieur ou antérieur de la clavicule sur l'axiale.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **probable ostéolyse de la clavicule distale suite à l'entorse AC**
(…)
Il a également été vu par notre consultant spécialisé en chirurgie de l'épaule qui constate une bonne évolution clinique avec des bonnes mobilités, une coiffe bien tenue, un cross-arm qui est positif. Sur les radiographies récentes il y a des signes de **lyse de la clavicule distale.** Il propose la poursuite de la physiothérapie avec exercices de renforcement, et si les douleurs devaient être persistantes d'ici 2 mois, on pourrait proposer une **infiltration acromio-claviculaire.** Au vu du bon résultat clinique il ne pense pas qu'il y ait d'indication pour une plastie ligamentaire à distance. »

Etaient notamment annexés à ce rapport les documents suivants :

- un rapport du 24 janvier 2019 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à une consultation orthopédique du 23 janvier 2019 mentionnant une lésion de l'articulation acromio-claviculaire de l’épaule droite avec une dislocation de cette dernière mais sans grande ascension de la clavicule ;

- un rapport du 30 janvier 2019 du Dr Z._____ relatif à une radiographie de l’articulation acromio-claviculaire des deux côtés du même jour décrivant la présence d’un diastasis acromio-claviculaire ainsi que coraco-claviculaire atteignant pour les deux espaces 19 mm avec

présence de fines fragmentations osseuses claviculaires distaux adjacents en rapport avec une fracture-arrachement et entorse acromio-claviculaire de type Rockwood 3 ;

- un rapport du 8 février 2019 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à une consultation orthopédique du même jour dans lequel ce médecin a indiqué trouver une excellent trophicité musculaire à l'examen clinique et une asymétrie au niveau de l'extrémité distale de la clavicule du côté droit avec ascension de la clavicule tout en précisant que les amplitudes articulaires étaient totalement libres et le *testing* des différents tendons strictement dans les limites de la norme.

Selon un compte rendu d'entretien du 10 avril 2019 avec l'assuré à son domicile, l'évolution de l'épaule droite était favorable, la mobilité s'améliorant gentiment même si certains mouvements étaient encore difficiles et l'assuré progressait bien. Le médecin du Centre hospitalier H._____ a fixé une reprise du travail à 50 % depuis le 1er juin 2019 et à 100 % depuis le 1er juillet 2019.

Par certificat du 2 juillet 2019, le Prof. W._____ a fixé une reprise du travail à 70 % à partir du 1er juillet 2019 qu'il a ensuite prolongée jusqu'au 8 septembre 2019 par certificat du 17 octobre 2019 tout en attestant une capacité de travail entière dès le 9 octobre 2019.

En date du 7 février 2020, l'assuré a informé par téléphone la CNA avoir dû aller en urgence au Centre Médical [...] à [...] en raison de fortes douleurs au niveau du bassin et de l'épaule, identiques à celles qu'il avait par le passé. Il a ensuite annoncé ce cas par déclaration de sinistre du 7 février 2020.

Le Dr Q._____, médecin praticien, qui s'est occupé des premiers soins le 4 février 2020, a attesté une incapacité de travail totale du 5 au 11 février 2020. Selon ses notes de consultation du 5 février 2020, l'assuré présentait des douleurs du bassin au niveau de la région lombo-

pubienne à la suite du traumatisme du 4 octobre 2018 et des douleurs résiduelles de l'épaule droite avec une coiffe compétente. Une radiographie de l'épaule droite montrait une périarthrite scapulo-humérale [PSH] et une arthrose acromio-claviculaire.

Une incapacité de travail totale a ensuite été régulièrement attestée par les médecins-traitants de l'assuré.

Par courrier du 15 mai 2020, la CNA a informé l'assuré prendre en charge la nouvelle incapacité de travail depuis le 5 février 2020 et verser une indemnité journalière de 177 fr. 10 par jour calendaire au plus tôt dès le 7 octobre 2018.

L'assuré a été examiné, à la demande de la CNA, par le Dr V._____ qui a indiqué ce qui suit dans son rapport du 5 juin 2020 :

> « J'ai vu à votre demande à ma consultation au centre médical le Forum à Sion en date du 3 juin Monsieur J._____. Patient de 49 ans travaillant comme chauffeur poids lourds, droitier, ayant présenté un accident de travail le 04.10.2018. Il s'est retrouvé écrasé par une benne d'un véhicule de chantier. Il a présenté une fracture du bassin associée à une contusion de l'épaule.
>
> En urgence, il a été opéré au Centre hospitalier H._____ de la fracture du bassin par le Pr W._____. Initialement l'épaule a été laissée un peu de côté. Depuis, aggravation de la symptomatologie douloureuse.
>
> Actuellement il se plaint principalement de douleurs localisées à l'articulation acromio-claviculaire avec irradiation cervicale et irradiation dans le moignon de l'épaule. Réveils occasionnels par les douleurs de la ceinture scapulaire droite. Il a de la peine à dormir sur cette épaule. Les douleurs sont nettement majorées par l'effort.
>
> Du point de vue thérapeutique, actuellement il ne prend pas d'anti-inflammatoire. Il n'a pas bénéficié d'infiltration.
>
> A noter que pendant l'anamnèse Monsieur J._____ s'est également plaint de douleurs séquellaires au niveau de la fracture du bassin avec difficultés à trouver une érection normale et douleurs lors du coït. Il est très gêné de parler de cette problématique.
>
> A l'examen clinique, je me suis contenté d'examiner uniquement les ceintures scapulaires :
> Pas d'atrophie des fosses sus et sous-épineuses. Bonne trophicité du deltoïde. Pas de déficit neurologique au toucher du moignon de l'épaule. Discrète asymétrie acromio-claviculaire avec une voussure de l'articulation. L'articulation acromio-claviculaire droite est légèrement tuméfiée en comparaison avec l'articulation acromio-claviculaire gauche. La palpation est douloureuse. La mobilisation antéro-postérieure de la clavicule est

douloureuse. Pas de touche de piano. Le crossarm test réveille également la douleur.

Du point de vue des mobilités articulaires, je retrouve des amplitudes articulaires libres et symétriques. Aucune limitation en élévation rotation externe.

La rotation interne est discrètement limitée, un peu douloureuse en fin de rotation interne.

L'examen des tendons montre un Jobe tenu et indolore, un Patte qui s'exécute sans problème. Aucune douleur lors de la manœuvre du lift-off. Les manœuvres de conflit sous-acromial sont mal vécues. Du point de vue radiologique, concernant la ceinture scapulaire droite, je n'ai à disposition uniquement des radiographies. Les premières radiographies à disposition concernant la ceinture scapulaire droite datent du 6 octobre 2018 :
Radiographies standard de l'épaule face, profil de Neer et articulation acromio-claviculaire, pas de lésion osseuse visible. On note un gap exagéré au niveau de l'articulation acromio-claviculaire sans ascension de la clavicule. La distance coraco-claviculaire est dans les limites de la norme. Sur ces radiographies , pas d'arthropathie acromio-claviculaire mise en évidence. Il n'y a pas d'axiale d'épaule à disposition en date du 6 octobre 2018.

Radiographie de l'articulation acromio-claviculaire du 10 octobre 2018 avec une ascension de l'extrémité distale de la clavicule et ce jour-là, une distance coraco-claviculaire nettement exagérée. Toujours pas de radiographie axiale à disposition.

Radiographies du 14.01.2019 : axiale de l'épaule avec absence de déplacement antéro-postérieur de la clavicule par rapport à l'acromion. Mise en évidence sur les radiographies du 22.01.2019 d'une arthropathie acromio-claviculaire avec une lyse de l'extrémité distale de la clavicule et des ossifications visibles en intra-articulaire. Radiographies du 30.01.2019: articulation acromio-claviculaire en charge bilatérale qui confirme une ascension de l'extrémité distale de la clavicule à droite avec une lyse claviculaire distale.

Pas d'autre bilan radiologique à disposition depuis le 30 janvier 2019.

En conclusion, Monsieur J._____ présente pour moi une arthropathie acromio-claviculaire post-traumatique droite.

Cliniquement, la mobilité de cette épaule est correcte. Par contre, le patient se plaint de douleurs à l'effort l'empêchant d'envisager une reprise d'une activité lourde dans la construction.

Pour cette articulation acromio-claviculaire, je vous propose dans un premier temps un bilan radiologique (radiographies standard et IRM). Dans le même temps, je compléterai l'IRM par une arthrographie dans l'idée de pouvoir bilanter correctement la coiffe des rotateurs, ce qui n'a jamais été fait.

D'autre part, je recommande au patient de prendre plus régulièrement des anti-inflammatoires en cas de douleurs. Si cela s'avère insuffisant, on peut lui proposer deux ou trois infiltrations acromio-claviculaires. En cas d'échec des infiltrations, on pourrait discuter d'une révision chirurgicale. (…) »

Le 5 juin 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en

indiquant des problèmes de santé au niveau de l'épaule droite, du bassin et des problèmes intimes.

Il ressort d'un questionnaire rempli par l'employeur le 2 juillet 2020 que les rapports de travail ont duré du 1er mai 2018 au 30 juin 2020, date de la résiliation du contrat par l'employeur, le dernier jour de travail effectif ayant été le 4 février 2020.

L'assuré a à nouveau séjourné à la Clinique K._____ du 25 août au 22 septembre 2020. Dans leur rapport du 9 octobre 2020, les Drs R._____ et T._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics principaux de traumatisme du bassin avec fracture de type *open book* bilatérale, de fracture ilio-pubienne à gauche avec ouverture de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque, de fracture de l'aileron sacré à droite et d'entorse acromio-claviculaire droite de stade 3 avec probable ostéolyse de la clavicule distale à la suite de l'entorse. Ils ont également indiqué comme diagnostics secondaires notamment une bursite sous-acromio-deltoïdienne et tendinopathie à l'insertion du supra-épineux. Il ressort également de leur rapport ce qui suit :

> « (…) **Pendant l'hospitalisation**
> ***07.09.2020 - RX épaule droite :*** bonne congruence gléno-humérale. Discrète diminution de l'espace sous-acromial. Stabilité de l'ostéolyse distale de la clavicule.
> ***07.09.2020 - IRM épaule droite :*** dysjonction acromio-claviculaire connue. Epanchement de l'interligne et hypersignal sous-chondral en miroir. Tendinopathie à l'insertion du supra-épineux. Bursite sous-acromio-deltoïdienne. Légère atrophie du chef moyen du deltoïde.
> ***02.09.2020 - US épaule :*** arthropathie acromio-claviculaire avec diastasis de l'articulation. Tendinopathie distale du supra-épineux. Lame de bursite sous-acromio-deltoïdienne. Infiltration par Triamcinolone 1 ml avec 0.5 ml de Rapidocaïne sous US de l'articulation acromio-claviculaire.
>
> **Les diagnostics suivants ont été posé au cours du séjour :**
>
> Sur plan orthopédique : bursite sous-acromio-deltoïdienne, tendinopathie supra-épineux (cf ci-dessous avis chirurgien). (…)
>
> Au cours du séjour, l'assuré a été vu par notre **consultant spécialisé en chirurgie de l'épaule**. Il constate à l'examen clinique que les mobilités sont bonnes, avec une discrète limitation en rotation interne, une douleur en fin de rotation interne. La coiffe est tenue. Il y a une douleur au Cross-Arm.
> A l'IRM on retrouve une discrète arthropathie acromio-claviculaire, sans œdème osseux manifeste. Les muscles de la coiffe ont une bonne trophicité sans atteinte significative au niveau tendineux. Bursite sous-acromiale.

> Etant donné que l'**infiltration acromio-claviculaire réalisée le 02.09.2020 n'a pas eu d'effet significatif sur la douleur**, il ne retient pas d'indication à une exérèse du cm externe de la clavicule. Il n'y a pas non plus d'indication à une plastie coraco-claviculaire, car une telle intervention ne garantit pas la possibilité d'un retour à un travail lourd et l'assuré est peu douloureux dans les activités quotidiennes ou dans les activités en-dessous du plan des épaules.
> En raison de la bursite sous-acromiale, il propose la réalisation d'une infiltration sous-acromiale. »

Ce rapport était accompagné des documents suivants :

- un rapport du 7 septembre 2020 des Drs U._____ et N._____, spécialistes en radiologie, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique [IRM] de l'épaule droite du même jour concluant à une arthrose acromio-claviculaire avec composante inflammatoire et disjonction acromio-claviculaire connue, sans lyse osseuse identifiée, tendinopathie à l'insertion du tendon supra-épineux, avec début de clivage, à corréler avec une étude dynamique sous échographie, épanchement intra-articulaire de faible abondance, bursite sous-acromio-deltoïdienne et légère atrophie du chef moyen du deltoïde ;

- un rapport du 7 septembre 2020 du Dr U._____ relatif à une radiographie de l'épaule droite du même jour selon laquelle il y avait une bonne congruence gléno-humérale et une discrète diminution de l'espace sous-acromial ostéolyse du tiers distal de la clavicule post-traumatique ;

- un rapport du 8 septembre 2020 du Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, relatif à un ultrason de l'épaule droite du 2 septembre 2020, constatant une arthropathie acromio-claviculaire avec diastasis de l'articulation, signe de tendinopathie distale du tendon du supra-épineux et fine lame de bursite sous-acromio-deltoïdienne ;

- un rapport du 16 septembre 2020 du Dr V._____ faisant suite à une consultation orthopédique du 15 septembre 2020 mentionnant que l'articulation acromio-claviculaire était peu douloureuse à la palpation,

que le Jobe était tenu, la Patte tenue et indolore et le Lift-off s'effectuant sans aucun problème.

Le 2 février 2021, l'assuré a consulté le Prof. W._____ qui a indiqué, dans un rapport du 5 février 2021, qu'une IRM effectuée à [...] montrait une discrète arthropathie acromio-claviculaire et un diastasis acromio-claviculaire et coraco-claviculaire.

Il ressort d'une notice téléphonique du 26 février 2021 que les douleurs de l'épaule étaient plus fortes et la mobilité moins bonne. Il était précisé que l'assuré avait vu le Prof. W._____ le 2 février 2021 et que les radiographies effectuées étant en ordre, il ne savait pas d'où pouvait provenir cette aggravation de son état de santé.

Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à qui un second avis avait été demandé, a, dans un rapport du 1er avril 2021, posé les diagnostics d'entorse acromio-claviculaire droite le 4 octobre 2018 et de dyskinésie scapulaire droite et comme diagnostic secondaire une fracture du bassin le 4 octobre 2018 traitée chirurgicalement. Le Dr S._____ a retenu que l'assuré présentait des douleurs en lien avec l'articulation acromio-claviculaire droite mais également une dyskinésie scapulaire, ce qui expliquait le déficit fonctionnel. L'évolution étant stagnante, une arthro-IRM de l'épaule droite devait être organisée suivie d'un nouveau contrôle à sa consultation.

Le 15 avril 2021, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée dont le rapport du même jour du Dr I._____, spécialiste en radiologie, concluait comme suit :

> « Le tendon supra-épineux est le siège d'une déchirure interstitielle insertionnelle de l'ordre de 50 % de l'épaisseur tendineuse.
> Intégrité du tendon infra-épineux.
> Petite désinsertion partielle intéressant la face articulaire et distale du tendon sub-scapulaire, de moins de 50%.
> Bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.
> Tendinopathie fissuraire du tendon du long chef du biceps.
> Pas d'anomalie labrale ou cartilagineuse.

> Forte arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, en poussée congestive. »

Le Dr S._____ a revu l'assuré à sa consultation du 19 mai 2021 et a rendu un rapport le 21 mai 2021 dans lequel il a posé les diagnostics d'arthropathie acromio-claviculaire droite en poussée congestive secondaire à une entorse acromio-claviculaire droite et de lésion partielle du tendon supra-épineux de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec tendinopathie fissuraire du long chef du biceps, ainsi que le diagnostic secondaire de fracture du bassin. Il a retenu, à l'arthro-IRM, une lésion partielle (50 % intratendineuse) du tendon supra-épineux, une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire, une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire en poussée congestive. Il a également indiqué que sur la base de l'examen clinique, de l'imagerie ainsi que du mécanisme lésionnel par écrasement, le résultat d'une chirurgie de résection de la clavicule distale était à haut et risquait d'être décevant. Il proposait donc de continuer à privilégier le traitement conservateur. Les séances de physiothérapie n'amenant plus d'amélioration, il introduisait des séances d'ergothérapie à visée uniquement antalgique et reverrait l'assuré dans les six semaines pour une nouvelle évaluation, l'objectif étant de diminuer les douleurs pour ensuite réintroduire la physiothérapie dans un but de reconditionnement à l'effort, non seulement pour l'épaule, mais également pour les muscles stabilisateurs de l'omoplate.

L'assuré a été vu à la consultation du 1er juillet 2021 du Dr S._____ qui a indiqué, dans son rapport du 2 juillet 2021, que l'évolution était lentement favorable sous ergothérapie avec des douleurs au repos en diminution progressive et une récupération partielle de la fonction de l'épaule droite. Il persistait toujours des douleurs à l'effort et une épaule qui fatiguait rapidement, mais il y avait également une amélioration lente.

Dans un rapport du 30 août 2021 faisant suite à une consultation du 27 août 2021, le Dr S._____ a exposé que l'évolution était marquée par des douleurs au repos et nocturnes qui étaient mieux

contrôlées et que les douleurs à l’effort étaient toujours persistantes et n’évoluaient plus. De plus, le patient avait fini les séances d'ergothérapie.

L’assuré a à nouveau été vu à la consultation du 22 septembre 2021 du Dr S._____ qui a indiqué, dans son rapport du 27 septembre 2021, que l'évolution était marquée par des douleurs au repos qui étaient sous contrôle avec une récupération fonctionnelle complète de l'épaule droite à la suite d’une infiltration combinée intra-articulaire et sous-acromiale radioguidée effectuée le 9 septembre 2021. Il persistait des douleurs à l'effort et un manque de force. Le Dr S._____ a précisé que la situation était en voie de stabilisation et que l’assuré était apte à poursuivre le processus de reconversion sous supervision de l’office AI.

Le 20 octobre 2021, la Dre D._____, médecin d’arrondissement de la CNA, a procédé à l’examen final du cas et a conclu à la stabilisation de l’état de santé de l’assuré sur le plan médical, aucun traitement chirurgical ou médical ne pouvant améliorer de manière notable cet état de santé.

Dès le 3 novembre 2021, l’assuré a bénéficié de mesures professionnelles mises en œuvre par l'assurance-invalidité et a touché des indemnités journalières de cette assurance. Au vu des éléments précités, la CNA a, par courrier du 10 novembre 2021, informé l'assuré qu’elle suspendait le versement de ses indemnités journalières à compter du 3 novembre 2021.

Dans un rapport du 7 décembre 2021, le Dr S._____ a indiqué que l’évolution avait été, dans un premier temps, favorable à la suite d’infiltrations cortisonées combinées au niveau sous-acromial et intra-articulaire radioguidée, ainsi que de la physiothérapie, marquée par des douleurs au repos sous contrôle et une récupération fonctionnelle qui permettait à l'assuré d'effectuer ses tâches quotidiennes. La situation étant stabilisée, l'assuré était actuellement en cours d'évaluation par l'office AI pour trouver un emploi adapté à sa situation. Il a cependant ajouté qu'au mois d'octobre 2021 et à la suite d’un effort avec l'épaule

droite en élévation, les douleurs de la ceinture scapulaire droite avaient récidivé avec, à nouveau, une perte de la fonction de l'épaule droite. L'évolution était, depuis lors, défavorable avec des douleurs qui se manifestaient à nouveau au repos avec une incidence sur ses activités quotidiennes. L'assuré faisait de la physiothérapie avec un effet limité. Au status, la mobilisation au niveau de l'épaule était en flexion/extension à 90°, l'abduction à 80°, la rotation interne au sacrum et la rotation externe à 30°. A noter une dyskinésie scapulaire en aggravation par rapport au dernier contrôle. Au vu de la dégradation de la situation, une arthro-IRM de l'épaule droite allait être organisée avec, dans le même temps radiologique, une infiltration intra-articulaire cortisonée.

L’assuré a été revu par le Dr S._____ à sa consultation du 19 janvier 2022 qui a rendu un rapport du 25 janvier 2022 mentionnant que l'évolution était défavorable malgré un traitement conservateur bien mené et qu’il avait organisé une arthro-IRM de l'épaule droite avec dans le même temps radiologique une infiltration intra-articulaire cortisonée qui n'avait que partiellement diminué les douleurs. Au status, on notait une amélioration de la mobilité puisque la flexion/extension était à 110°, l'abduction à 90°, la rotation interne au sacrum et la rotation externe à 30°. Le test de Jobe et le Palm up étaient positif. A l'arthro-IRM de l'épaule droite en décembre 2021, il était noté une lésion pratiquement transfixiante du tendon supra-épineux, en aggravation par rapport à l'imagerie d'avril 2021 avec une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire ainsi qu’une lésion du long chef du biceps et disparition de la poussée congestive au niveau acromio-claviculaire. Dès lors il était retenu que l'assuré présentait une évolution défavorable tant du point de vue clinique que radiologique et une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs avec ténodèse long chef du biceps droit était prévue en date du 8 février 2022.

Le 25 janvier 2022, la Clinique A._____ a adressé à la CNA une demande de garantie de prise en charge d’une intervention chirurgicale sur l’épaule droite agendée au 8 février 2022.

Pour répondre à une demande du 31 janvier 2022 de la CNA, la Clinique [...] lui a transmis le 1er février 2022 une copie du rapport du 20 décembre 2021 de la Dre E._____, spécialiste en radiologie, faisant suite à une arthro-IRM de l'épaule droite et infiltration articulaire gléno-humérale droite sous scopie du 20 décembre 2021 arrivant à la conclusion suivante :

> « Aggravation de la déchirure du tendon du supra-épineux avec une déchirure quasi transfixiante de la face superficielle et distale.
> Aggravation de la bursite sous-acromio-deltoïdienne actuellement très importante.
> Apparition d'une déchirure partielle quasi-complète du tendon du long chef du biceps en intra-articulaire.
> Aggravation de la déchirure partielle de la face profonde, distale et haute du tendon du sous-scapulaire prenant 70 à 80%.
> Disparition de la poussée congestive acromio-claviculaire.
> Apparition d'un oedème osseux important du trochiter mais sans fracture.
> Infiltration articulaire gléno-humérale droite sous scopie sans complication. »

Par courrier du 1er février 2022, la CNA a informé la Clinique A._____ être actuellement en train d'examiner son obligation de verser des prestations et qu'elle l'en informerait une fois les points en suspens éclaircis.

L'assuré a informé la CNA par téléphone du 2 février 2022 que les mesures de l'assurance-invalidité prenaient fin le même jour et que le versement des indemnités journalières était arrêté dès le 3 février 2022.

Le 3 février 2022, le cas de l'assuré a été soumis à la Dre D._____ qui a indiqué que les troubles invoqués au niveau de l'épaule droite n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018. En effet. lors de l'IRM effectuée le 7 septembre 2020, il n'y avait aucune lésion des tendons de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, la lésion constatée en avril 2021 en aggravation était de nature dégénérative et il s'agissait d'un cas de maladie. Ainsi, l'opération du 8 février 2022 n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018 puisque cet événement n'avait pas entraîné de lésion structurelle au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs.

Par courriers du 4 février 2022, la CNA a informé l’assuré et la Clinique A._____ qu’elle refusait de prendre en charge l’hospitalisation prévue le 8 février 2022 ainsi que le versement d’indemnités journalières du moment que, selon les pièces médicales, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 4 octobre 2018 et les troubles actuels à l'épaule droite, les troubles nécessitant une intervention médicale étant de nature dégénérative.

L’assuré a fait part de son désaccord par courriel du 1er mars 2022.

Le Dr S._____ a adressé à la CNA un rapport du 3 mars 2022 dans lequel il posait les diagnostics de lésion pratiquement transfixiante du tendon supra-épineux droit et de la partie haute du tenon sous-scapulaire avec lésion du long chef du biceps post-traumatique le 4 octobre 2018, de status post décompensation traumatique d’une arthropathie acromio-claviculaire droite en poussée congestive, secondaire à une entorse acromio-claviculaire le 4 octobre 2018. Après avoir rappelé les antécédents et l’apparition d’une nouvelle douleur de l’épaule droite au mois d’octobre 2021 à la suite d’un effort en élévation, ce médecin a mentionné qu’à la suite d’une réévaluation de son dossier, le cas de l'assuré avait été considéré comme maladie pour des raisons liées à sa couverture assécurologique et que l'intervention du 8 février 2022 avait donc dû être annulée et le dossier transféré au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la suite de la thérapie. L’assuré ayant fait opposition, il le consultait pour faire le point de la situation. Le Dr S._____ a mentionné que la lésion de la coiffe des rotateurs étant en aggravation sur les imageries successives, il confirmait l'indication à une réparation de la coiffe des rotateurs +/- ténodèse du long chef du biceps selon le status opératoire. Pour ce qui était de la problématique assécurologique, il a précisé que la lésion de coiffe était déjà présente sur les premières IRM et en aggravation sur les IRM successives chez un patient qui n'avait pas eu d'activité professionnelle et n'avait donc pas été amené à utiliser cette

épaule pendant cette période. A son avis, l'étiologie de la lésion tendineuse était d'origine traumatique et il demandait à ce que la décision soit reconsidérée.

Selon une notice téléphonique du 15 mars 2022, l'assuré a expliqué à la CNA qu'il s'était fait mal en levant le bras un peu fort lors d'un exercice fait à la maison enseigné par son physiothérapeute mais qu'il ne s'agissait pas d'un nouvel événement accidentel.

Par appréciation du 19 avril 2022, la Dre D._____ a considéré que les troubles invoqués au niveau de l'épaule droite n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018, mais qu'ils étaient de nature dégénérative. Se référant au rapport du Dr V._____ du 15 septembre 2020, elle a considéré que les tendons de la coiffe des rotateurs étaient tous intacts en date du 7 septembre 2020 et que l'événement du 4 octobre 2018 n'avait pas entraîné de lésions structurelles au niveau de cette coiffe pouvant être imputées à l'événement incriminé. Le caractère dégénératif était en outre confirmé par le fait que les lésions de la coiffe des rotateurs étaient apparues lors de l'arthro-IRM du 14 avril 2021 et en nette péjoration lors de celle du 20 décembre 2021.

Par décision du 21 avril 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle refusait la prise en charge de l'intervention du 8 février 2022 au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 4 octobre 2018 et les troubles actuels de l'épaule droite, ceux-ci étant de nature dégénérative. Copie de cette décision a été notifiée à l'assureur-maladie de l'assuré.

Par courriel du 2 mai 2022, le Centre hospitalier H._____ a transmis à la CNA une copie du rapport du 29 avril 2022 du Dr P._____, faisant suite à une consultation du 26 avril 2022, dans lequel il a posé les diagnostics, pour l'épaule droite, de lésion sub-transfixiante du tendon du sus-épineux, de suspicion de lésion de la partie haute du tendon du subscapulaire et d'arthropathie acromio-claviculaire. Après avoir rappelé les antécédents de l'assuré, notamment par rapport à l'événement du 4

octobre 2018 et le traitement mis en place par le Dr S._____ qui était conservateur, il a mentionné que l'assuré gardait une incapacité de travail totale en tant que chauffeur poids-lourds dans les séquelles de la lésion du bassin avec un reclassement de la part de l'AI. Le Dr P._____ a exposé que l'IRM du 20 décembre 2021 avait mis en évidence une lésion sub-transfixiante du tendon du sus-épineux et partielle de la partie haute du subscapulaire en péjoration avec le comparatif. Il a discuté avec l'assuré des différentes options thérapeutiques et a insisté pour une prise en charge chirurgicale. Il est mentionné que l'assuré a été informé que l'entier de la symptomatologie ne sera pas résolu par la prise en charge chirurgicale et des risques et bénéfices d'une arthroscopie de son épaule droite avec réparation du tendon du sus-épineux +/- subscapulaire et ténodèse du long chef du biceps. L'assuré ne voulant pas continuer le traitement conservateur, il a accepté l'opération et serait convoqué selon les disponibilités.

Le 3 mai 2022, dans le délai légal, l'assuré, par l'intermédiaire de [...] SA, s'est opposé à la décision du 21 avril 2022 et a fait valoir que celle-ci était arbitraire car sommairement motivée.

Par courrier du 4 juillet 2022 et par l'intermédiaire d'un nouveau mandataire, l'assuré a complété son opposition en faisant valoir qu'une lésion de la coiffe des rotateurs, et plus précisément du tendon supra-épineux, avait été constatée lors des examens médicaux pratiqués les 30 janvier 2019, 2 et 7 septembre 2020 mais que cette lésion, non traitée à l'époque, s'est aggravée et avait entraîné une déchirure du tendon supra-épineux qui trouvait sa cause naturelle dans l'accident du 4 octobre 2018. A l'appui de son écriture, l'assuré a produit des documents déjà en possession de la CNA, à savoir le rapport du 30 janvier 2019 du Dr Z._____, le rapport d'ultrason du Dr F._____ du 8 septembre 2020, le rapport d'IRM du 7 septembre 2020 des Drs U._____ et N._____, le rapport du 15 avril 2021 du Dr I._____, le rapport du Dr S._____ du 3 mars 2022 et le rapport du Dr V._____ du 5 juin 2020.

Par décision sur opposition du 6 octobre 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en alléguant que les pièces médicales produites à l'appui de l'opposition figuraient déjà au dossier et que l'assuré n'apportait dès lors aucun élément nouveau qui aurait été méconnu par la Dre D._____. En outre, cette dernière a considéré que l'IRM effectuée le 7 septembre 2020 ne montrait aucune lésion des tendons de la coiffe des rotateurs, comme l'avait relevé le Dr V._____ lors de sa consultation du 15 septembre 2020. Ainsi, il fallait considérer que l'événement du 4 octobre 2018 n'avait pas entrainé de lésion structurelle au niveau de la coiffe des rotateurs.

B. Par acte du 7 novembre 2022, J._____, désormais représenté par Me Olivier Carré, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation en ce sens que les prestations à court terme demeuraient dues, notamment la prise en charge de l'opération de l'épaule. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant a fait valoir que la décision litigieuse ne reposait que sur l'argument selon lequel les soins prévus, soit l'opération de l'épaule, n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 4 octobre 2018 mais sans se prononcer sur la stabilisation ni sur les indemnités journalières ou les prestations à court terme. Il a également fait valoir que l'investigation de l'atteinte scapulaire qui inspirait moins d'inquiétude au départ avait été négligée et que seules des radiographies avaient été pratiquées, à défaut d'IRM. La première IRM référencée au dossier ne datant que du 7 septembre 2020, la Dre D._____ ne pouvait pas déduire que le recourant n'était pas lésé dans ses tendons dès 2018. Selon lui, les pièces au dossier montraient une aggravation progressive de l'état de son épaule qu'il fallait qualifier de rechute trouvant son origine dans le sinistre de 2018.

Par réponse du 23 décembre 2022, l'intimée a conclu au rejet des conclusions du recourant. Elle a confirmé que le recourant serait informé ultérieurement quant à la prise en compte d'une éventuelle stabilisation de son état de santé et ses conséquences. S'agissant de la

problématique de la prise en charge de l'opération de l'épaule, elle a fait valoir que de nombreux examens avaient été effectués et avaient permis de poser des diagnostics clairs et des constatations cliniques objectives, notamment lors des séjours à la Clinique K._____ du recourant. De plus, les conclusions rendues par la Dre D._____ étaient crédibles et convaincantes, celle-ci ayant apprécié objectivement les documents médicaux à disposition. A cette réponse était jointe une appréciation médicale du 12 décembre 2022 de la Dre D._____.

Aux termes d'une décision du 1er février 2023, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 novembre 2022 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Par réplique du 19 février 2023, le recourant a confirmé ses conclusions et requis la mise en œuvre d'une expertise sur le caractère post-traumatique de l'état de délabrement total de l'épaule droite face à une épaule gauche pleinement valide. Il a exposé que l'intimée lui avait annoncé par courrier du 13 février 2023 qu'elle mettait fin à ses prestations au 2 février 2022 sans que cette communication ne constitue encore une décision formelle susceptible d'être contestée par les voies juridiques. Aussi, il demandait à ce que l'intimée soit interpellée, dans la présente procédure, sur une requête de l'ensemble des prestations litigieuses (y compris les prestations de frais médicaux en général et les indemnités journalières) par souci d'économie de procédure. Il a également fait valoir que les atteintes de son épaule droite qui s'ajoutaient aux séquelles persistantes au niveau de son bassin étaient clairement des lésions assimilées. Le recourant a en outre allégué que, pour rendre vraisemblable une atteinte dégénérative prépondérante de l'épaule droite, il aurait fallu démontrer des atteintes dégénératives semblables également sur l'épaule gauche, celle-ci ayant été sollicitée de la même façon au cours de sa vie professionnelle. A l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit un courrier du Dr S._____ du

4 février 2023 exposant que les séquelles de l'épaule droite étaient vraisemblablement en lien avec l'accident de 2018, preuve en était l'absence complète de lésion de coiffe sur une IRM de l'épaule gauche du 12 janvier 2023. Le recourant n'a toutefois pas produit les clichés IRM des épaules droite et gauche effectuées en janvier 2023, tout en précisant à la page 11 de son écriture que ceux-ci étaient à disposition si requis par l'intimée. Il a également produit un protocole opératoire du 28 juin 2022 mentionnant une arthroscopie de l'épaule droite le 27 juin 2022 au Centre hospitalier H._____.

L'intimée ne s'étant pas prononcée plus avant, le recourant a, par courrier du 13 mars 2023, interrogé le juge instructeur sur la manière dont la suite de la procédure allait être envisagée et si l'intimée souhaitait recevoir les rapports d'imagerie annexés au récent avis du Dr S._____.

Faisant suite à un courrier du 15 juin 2023 du recourant s'interrogeant sur la suite de l'instruction de l'affaire, le juge instructeur l'a, par réponse du 19 juin 2023, informé qu'il serait statué sur les compléments d'instruction requis au terme d'une appréciation anticipée des preuves.

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) En l'espèce, le recourant a déclaré que son recours était certes dirigé contre le refus de prise en charge de certains frais médicaux, en l'occurrence une intervention chirurgicale de l'épaule droite, mais qu'il tendait également, par sécurité, à l'octroi de toutes prestations dites parfois à court terme, à savoir les frais médicaux et indemnités journalières (cf. pages 6 et 7 du recours du 7 novembre 2022). En réplique, il a également évoqué des questions de stabilisation et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ces questions sont toutefois prématurées et sortent de l'objet du litige. En effet, la décision sur opposition du 6 octobre 2022, qui circonscrit l'objet du litige, porte uniquement sur le point de savoir si le recourant peut prétendre, en lien avec l'événement survenu le 4 octobre 2018, à des prestations de l'assurance-accidents sous la forme d'une opération chirurgicale, et par conséquent, à des indemnités journalières au-delà du 3 novembre 2021, date depuis laquelle le versement des indemnités journalières a cessé au vu du paiement d'indemnités journalières par l'assurance-invalidité (cf. courrier du 10 novembre 2021). On ne saurait en outre interpeller l'intimée sur une « requête de traitement de l'ensemble des prestations litigieuses (y compris les prestations de frais médicaux en général et les indemnités journalières) dans le cadre de la présente procédure » (cf. page 5 du mémoire de réplique du 19 février 2023). En effet, cette

question n’a pas encore fait l’objet d’une décision formelle et ne saurait ainsi entrer dans l’objet du litige, l’intimée ayant annoncé au recourant, par courrier du 13 février 2023, la fin des prestations au 2 février 2022 sans qu’il ne s’agisse toutefois d’une décision formelle. En définitive, le litige a exclusivement pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre, en lien avec l’événement survenu le 4 octobre 2018, à des prestations de l’assurance-accidents sous la forme d'une opération chirurgicale.

3. **a)** Aux termes de l’art. 6 al. 1 LAA, si la loi n’en dispose pas autrement, les prestations d’assurance sont allouées en cas d’accident professionnel, d’accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l’art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d’un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l’événement dommageable de caractère accidentel et l’atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu’il y a lieu d’admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu’il ne serait pas survenu de la même manière sans l’événement accidentel. Il n’est pas nécessaire, en revanche, que l’accident soit la cause unique ou immédiate de l’atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l’événement dommageable, associé éventuellement à d’autres facteurs, ait provoqué l’atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c’est-à-dire qu’il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l’événement assuré et l’atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l’administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d’ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

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

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque

l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. d à h LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de déchirure ou élongations de muscles, déchirures de tendon et lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

5. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres

possibilités ne revêtent une importance significative ou n’entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n’existe aucun principe juridique dictant à l’administration ou au juge de statuer en faveur de l’assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l’assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l’objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l’égard de l’assuré.

Ce n’est qu’en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l’impartialité d’une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). / 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).

d) S’agissant des rapports établis par les médecins traitants de l’assuré, 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 l’assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. **a)** En l’occurrence, il ressort des éléments au dossier que le recourant a été écrasé par une cage des filtres d’un camion le 4 octobre 2018. Un tel événement constitue un accident au sens de l’art. 4 LPGA, ce que l’intimée ne conteste pas. Dès lors, la question du versement de prestations doit être examinée, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. pp. 10 et 13 du mémoire de réplique du 19 février 2023), à la seule lumière de l’art. 6 al. 1 LAA à l’exclusion de l’art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 *supra*).

b) aa) Estimant qu’aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, n’était établi entre l’événement accidentel et l’atteinte à l’épaule droite, l’intimée a refusé de prendre en charge une opération de cette épaule programmée le 8 février 2022. Elle s’est fondée à cet égard sur les avis de la Dre D._____ des 20 octobre 2021, 3 février et 19 avril 2022.

Dans sa première appréciation, la Dre D._____ a retenu qu'il n'y avait aucun traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé du recourant. Dans les deux appréciations suivantes, elle a retenu que les lésions des tendons de la coiffe des rotateurs étaient de nature dégénérative, preuve en était leur apparition à l'arthro-IRM du 14 avril 2021 et leur progression lors de la dernière arthro-IRM du 20 décembre 2021. Selon elle, l'assuré ne présentait pas de lésions des tendons de la coiffe des rotateurs des suites de l'événements du 4 octobre 2018, les lésions étant apparues deux ans et demi plus tard.

En tant qu'elles se sont fondées sur un dossier complet comprenant les examens d'IRM et les images des radiographies, qu'elles contenaient une anamnèse détaillée et une étude circonstanciée des éléments litigieux et qu'elles formulaient des conclusions motivées et dénuées de contradiction, les appréciations de la Dre D._____ peuvent se voir conférer une pleine valeur probante.

bb) De son côté, le recourant a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident du 4 octobre 2018 et l'opération de l'épaule droite. Il a rappelé qu'une fracture-arrachement et une importante entorse des ligaments acromio-claviculaire avaient été constatées par radiographie réalisée en date du 30 janvier 2019 par le Dr Z._____. Des signes de tendinopathie distale du tendon supra-épineux avaient également été relevés par ultrason de l'épaule droite réalisé le 2 septembre 2020 et une tuméfaction et un hypersignal T2 à l'insertion du tendon supra épineux avaient été observés en rapport avec une tendinopathie et possible début de clivage par IRM de l'épaule droite intervenue en date du 7 septembre 2020. Lors de la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule droite en date du 15 avril 2021, une déchirure du tendon supra-épineux avait été remarquée. Par rapport médical du 3 mars 2022, le Dr S._____ a relevé une aggravation de l'évolution de la lésion de l'assuré dont il a indiqué que l'origine était traumatique, nécessitant une intervention chirurgicale. Le recourant a donc estimé qu'une lésion de la coiffe des rotateurs, soit plus précisément du tendon supra épineux,

avait été constatée lors des examens médicaux pratiqués en date des 30 janvier 2019, 2 et 7 septembre 2020. Cette lésion, dont la prise en charge par les divers praticiens avait, selon lui, été laissée de côté (cf. rapport du 5 juin 2020 du Dr V._____), s'était ainsi aggravée et avait entraîné, deux ans plus tard, une déchirure du tendon supra-épineux. Partant, la déchirure de son tendon supra-épineux trouvait sa cause naturelle dans l'accident dont il avait été victime en date du 4 octobre 2018 et ne ressortait pas de causes étrangères à l'accident. La prise en charge de l'intervention chirurgicale visant à la réparation de la coiffe des rotateurs devait donc incomber à l'intimée.

c) Il n'est pas contesté que le recourant, à la suite de l'événement du 4 octobre 2018, a présenté une entorse acromio-claviculaire stade 3. Le stade 3 correspond à une déchirure du ligament acromio-claviculaire et des ligaments coraco-claviculaires. Il est précisé également que, dans le stade 3, il existe une véritable luxation acromio-claviculaire provoquée par une atteinte complète des ligaments coraco-claviculaires (coronoïdes, trapézoïdes) et acromio-claviculaires. Il existe une augmentation de laxité antéro-inférieure et supéro-inférieure, "touche de piano". Les parties divergent toutefois sur l'origine des lésions de l'épaule droite, soit en raison de l'accident selon le recourant, soit en raison d'une atteinte dégénérative pour l'intimée.

Il ressort du dossier qu'après l'accident, un bilan radiologique a été mis en place sur le plan de l'épaule droite, notamment une radiographie standard de l'épaule du 6 octobre 2018 ne mettant pas en évidence d'arthropathie acromio-claviculaire, une radiographie de l'articulation acromio-claviculaire du 10 octobre 2018 avec une ascension de l'extrémité distale de la clavicule et ce jour-là, une distance coraco-claviculaire nettement exagérée, une radiographie axiale de l'épaule du 14 janvier 2019 avec absence de déplacement antéro-postérieur de la clavicule par rapport à l'acromion et encore des radiographies les 22 et 30 janvier 2019 (cf. rapport du 5 juin 2020 du Dr V._____).

Dans les premiers rapports du Centre hospitalier H._____, il n'était pas mentionné la présence concomitante de lésions des tendons de la coiffe des rotateurs associée à l'entorse acromio-claviculaire de stade 3 et ces rapports faisaient état d'une coiffe fonctionnelle. Le traumatisme à l'épaule était annoncé modéré et le 22 novembre 2018, on parlait de douleurs résiduelles au niveau de l'épaule (sans médicament) avec des amplitudes articulaires récupérées jusqu'à 90° (cf. rapports des 23 octobre 2018 du Prof. W._____ et des Drs C._____ et G._____ et 22 novembre 2018 du Dr X._____).

Par ailleurs, il ressort du rapport du 20 mars 2019 des Dres R._____ et B._____ que les médecins de la Clinique K._____ ont examiné de façon approfondie les membres supérieurs, en particulier l'épaule droite, sur le plan des amplitudes, de la stabilité ou des signes de conflit, notamment en effectuant différent tests. Durant le séjour à la Clinique K._____, il y a également eu deux consultations orthopédiques chez les Drs M._____ et V._____, respectivement les 23 janvier et 8 février 2019, lors desquelles l’épaule droite du recourant a été examinée. Le rapport du Dr V._____ a précisé que les amplitudes articulaires étaient totalement libres et le *testing* des différents tendons était strictement dans les limites de la norme. On constatera que cet examen clinique n'est pas compatible avec une quelconque lésion de la coiffe des rotateurs. Le rapport du Dr Z._____ du 30 janvier 2019, faisant suite à une radiographie de l'articulation acromio-claviculaire des deux côtés du même jour, n'a d’ailleurs pas évoqué de lésions des tendons. En avril 2019, l’évolution de l’épaule était favorable et le recourant progressait bien, le Prof. W._____ ayant attesté une reprise du travail à 70 %, puis à 100 % dès le 9 octobre 2019 (cf. certificats des 2 juillet et 17 octobre 2019).

En février 2020, le recourant a cependant fait état de fortes douleurs au bassin et à l’épaule (cf. déclaration de sinistre et notice téléphonique du 7 février 2020). Le médecin ayant alors examiné le recourant d’urgence a noté que la coiffe était compétente (cf. notes du Dr Q._____ du 5 février 2020). Compte tenu du constat d’une évolution

défavorable de l’état de santé du recourant par rapport à son épaule droite, notamment à l’ultrason de l'épaule droite du 2 septembre 2020 évoquant un signe de tendinopathie distale du tendon du supra-épineux et au rapport d’IRM du 7 septembre 2020 des Drs U._____ et N._____ décrivant une tuméfaction et hypersignal T2 à l’insertion du tendon supra épineux, en rapport avec une tendinopathie avec possible début de clivage (cf. également rapport du 5 février 2021 du Prof. W._____ et notice téléphonique du 26 février 2021), le recourant a consulté le Dr S._____ pour la première fois le 26 mars 2021 qui a organisé une arthro-IRM de l’épaule droite. Cet examen a montré que le tendon supra-épineux était le siège d'une déchirure interstitielle insertionnelle de l'ordre de 50 % de l'épaisseur tendineuse et une intégrité du tendon infra-épineux (cf. rapport du 15 avril 2021 du Dr I._____). Par rapports des 2 juillet, 30 août et 27 septembre 2021, le Dr S._____ a indiqué une évolution lente mais favorable en voie de stabilisation. Dans son rapport du 7 décembre 2021, il a exposé que l’évolution avait été, dans un premier temps, favorable, suite à des infiltrations cortisonées combinées au niveau sous-acromial et intra-articulaire radioguidée, ainsi que de la physiothérapie, marquée par des douleurs au repos sous contrôle et une récupération fonctionnelle qui permettait au recourant d’effectuer ses tâches quotidiennes. La situation était stabilisée. Il a cependant ajouté qu’au mois d’octobre 2021 et à la suite d’un effort avec l’épaule droite en élévation, les douleurs de la ceinture scapulaire droite étaient récidivantes avec, à nouveau, une perte de la fonction de l’épaule droite. L’évolution était, depuis lors, défavorable avec des douleurs qui se manifestaient à nouveau au repos avec une incidence sur ses activités quotidiennes.

En décembre 2021, la situation s’est encore aggravée avec l’existence d’une lésion pratiquement transfixiante du tendon supra-épineux (en aggravation par rapport à l’imagerie d’avril 2021) avec une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire, une lésion du long chef du biceps et la disparition de la poussée congestive au niveau acromio-claviculaire (cf. rapport du 20 décembre 2021 de la Dre E._____). Dans son rapport du 25 janvier 2022, le Dr S._____ a proposé, au vu de l’évolution défavorable tant du point de vue clinique

que radiologique, une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs avec ténodèse long chef du biceps droit prévue pour le 8 février 2022.

d) Au vu de ce qui précède, il est indéniable que l'état de l'épaule droite du recourant s'est dégradé au fil du temps. Cela ne signifie toutefois pas encore que cette péjoration soit en lien de causalité avec l'accident du 4 octobre 2018. Il ressort au contraire du dossier que tel n'est pas le cas. En effet, on constate que le recourant a pu retrouver une évolution favorable en avril 2019 et même recommencer à travailler d'octobre 2019 à février 2020 sans qu'aucune lésion de l'épaule n'ait été relevée à ce moment-là. S'il est exact que le Dr V._____ a, dans son rapport du 5 juin 2020, proposé un bilan radiologique notamment pour "bilanter correctement la coiffe des rotateurs, ce qui n'a jamais été fait", il a ensuite indiqué, après examen clinique et imagerie lors du second séjour du recourant à la Clinique K._____, que la coiffe était tenue (cf. rapports du 16 septembre et 9 octobre 2020).

Seul le Dr S._____, qui ne s'était initialement pas prononcé sur l'origine des troubles constatés alors même qu'il avait vu le recourant à de nombreuses reprises (26 mars, 19 mai, 1er juillet, 30 août, 22 septembre et 2 décembre 2021 et 19 janvier 2022), a, dans son rapport du 3 mars 2022, posé le diagnostic de syndrome post-traumatique de la coiffe des rotateurs. Il n'a cependant donné aucun argument pour une origine traumatique de la lésion, hormis celui de dire que l'épaule gauche était intact (cf. courrier du 23 février 2023). Or, cet argument n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où l'évolution n'est pas forcément la même pour une épaule droite que pour une épaule gauche. Il en va de même de l'argument selon lequel le recourant, sans activité professionnelle, n'avait pas été amené à utiliser cette épaule pendant cette période. Ces arguments ne sont guère convaincants, ce d'autant plus qu'un effort avec l'épaule droite en élévation ayant entraîné une perte de la fonction de l'épaule droite a été évoqué au mois d'octobre 2021 (cf. rapport des 7 décembre 2021 et 3 mars 2022 du Dr S._____). En outre, si le Dr S._____ s'est basé sur les rapports IRM, il faut constater que le premier date de septembre 2020 et ne permet pas

d’étayer une origine traumatique de la lésion de l’épaule droite. En définitive, les explications du Dr S._____ ne permettent pas d’expliquer en quoi le raisonnement développé par la Dre D._____ serait objectivement erroné. A l'inverse des lésions dégénératives, les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs devraient présenter une symptomatologie aigüe avec d’emblée une impotence fonctionnelle majeure. Compte tenu du déroulement des événements (traumatisme modéré s'agissant de l'épaule avec, dans les suites immédiates de celui-ci, et toujours pour l'épaule une absence de douleurs importantes ou d’impotence fonctionnelle et régression des douleurs après la physiothérapie) et des explications données par le Dre D._____ dans son rapport d’expertise, il y a lieu de constater que l’intimée n’a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations. Il convient encore de rappeler que le seul fait que le recourant ait été complétement asymptomatique avant son traumatisme ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un quelconque accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* (cf. consid. 3b *supra*)). L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. Or, en l'occurrence, il n'y a pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet indice et établir un tel lien de causalité. Enfin, on relèvera que l’assureur-maladie ne s’est pas opposé à la prise en charge de l’arthroscopie faite le 27 juin 2022 au Centre hospitalier H._____.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n’y a dès lors pas lieu de compléter l’instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d’une expertise, en particulier sur l'épaule gauche, dans la mesure il paraît évident que les deux épaules n'évoluent pas de la même façon, notamment en fonction des activités pratiquées ou du fait que l'on soit droitier ou gaucher. En outre, cette mesure d’instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10

février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). Il en va de même des rapports d'imagerie annexés à l'avis du Dr S._____ du 4 février 2023 que le recourant n'a pas jugé pertinent de produire.

8. **a)** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 14 décembre 2023 qui fait état de 29,9333 heures consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit notamment des opérations relatives à des contacts avec l'OAI et l'intimée en juillet 2023 ainsi qu'avec différents médecins qui n'ont établi aucun nouveau rapport dans le dossier, à l'exception du Dr S._____ le 4 février 2023 ou qui ne se sont pas occupés de la question de l'épaule, objet du litige. On dénote de surcroît que certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des vingt-huit contacts (courrier ou appel téléphonique) avec le recourant sur une période de dix mois et de la tenue de huit conférences avec le client dont cinq pour une durée totale de 6 heures 20 postérieurement au dépôt de la réplique. Enfin, on notera que l'activité déployée pour la rédaction du recours et de la réplique dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de ce genre de cas, en particulier en tenant compte du fait que l'avocat a abordé de manière prématurée certaines questions qui sortaient de l'objet du litige.

Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 16 heures le nombre d'heures nécessaires au mandat auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 francs. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré doit être arrêtée à 2'880 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 144 fr. (2'880 fr. x 5 %) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 232 fr. 85 (7,7 % x 3'024 fr.), pour un total de 3'256 fr. 85 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 6 octobre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'256 fr. 85 (trois mille deux cent cinquante-six francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.

V. Le bénéficiaire de l’assistance judiciaire est, dans la mesure de l’art. 123 CPC, applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l’indemnité du conseil d’office mise provisoirement à la charge de l’Etat.

Le président : La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (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).

La greffière :