

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juillet 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
M. Neu et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme P. Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...] ([...]), recourant,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été employé par [...] (ci-après : l'employeur), sise à [...], en qualité de chef d'équipe paysagiste dès le 13 janvier 2021. A ce titre, il était assuré obligatoirement 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 20 octobre 2021, alors qu'il tenait une débroussailleuse avec les deux mains, l'assuré a glissé dans un talus, tenté de se rattraper et chuté sur le côté gauche. Immédiatement pris de douleur, il a consulté le soir-même le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, à [...]. Ce dernier lui a alors prescrit un arrêt de travail jusqu'au 31 octobre 2021.

Le 27 octobre 2021, l'employeur a déclaré le sinistre comme accident à la CNA. Il a notamment indiqué que l'assuré était blessé à l'épaule gauche et qualifié la lésion de déchirure. Il a également précisé que l'assuré avait interrompu son travail à la suite de l'accident, et ce dès le 20 octobre 2021.

Les 1<sup>er</sup>, 15, 20 novembre et 13 décembre 2021, le Dr N.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré, respectivement au 14 novembre 2021, 25 novembre 2021, 12 décembre 2021 et 26 décembre 2021.

Le 30 novembre 2021, l'assuré a subi un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) au sein du [...]. Il ressort du rapport d'IRM du même jour du Dr V.\_\_\_\_\_, radiologue auprès dudit centre d'imagerie, que cette IRM a notamment révélé un aspect de fissure transfixiante de l'enthèse du supra-épineux ainsi qu'une importante arthropathie acromioclaviculaire dégénérative.

Le 22 décembre 2021, la CNA a notamment confirmé à l'assuré le versement des prestations d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 20 octobre 2021.

Les 27 décembre 2021 et 1<sup>er</sup> février 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré respectivement au 31 janvier 2022 et au 20 mars 2022.

Dès le 14 janvier 2022, l'assuré a suivi une kinésithérapie auprès d'X.\_\_\_\_\_, masseuse kinésithérapeute auprès de la [...].

Selon le compte-rendu de la consultation du 17 février 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'épaule et du membre supérieur auprès du [...], l'examen de la coiffe des rotateurs avait mis en évidence un léger défaut de force du supra-épineux et de l'infra-épineux, sans anomalie du sub-scapulaire, tandis que l'IRM du 30 novembre 2021 avait montré une ulcération de la face superficielle à la jonction entre le supra-épineux et l'infra-épineux mais qui ne semblait pas transfixiante. Le Dr F.\_\_\_\_\_ préconisait au reste la poursuite de la kinésithérapie en évitant tout port de charge lourde et tout effort trop intense qui pourrait aggraver la lésion.

Le 17 février 2022, le Dr F.\_\_\_\_\_ a délivré à l'assuré une ordonnance concernant une seconde IRM de l'épaule gauche à réaliser fin mai/début juin pour un bilan de coiffe à la recherche d'une lésion.

A teneur d'un rapport manuscrit en grande partie illisible du 1<sup>er</sup> mars 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a notamment certifié que l'assuré avait bien été victime le 20 octobre 2021 d'un accident de travail avec traumatisme sévère de l'épaule gauche et lésion tendineuse sur rupture du tendon sus-épineux. Le 21 mars 2022, il a prescrit à l'assuré la prolongation de son arrêt de travail jusqu'au 30 avril 2022.

Le 31 mars 2022, l'assuré a annoncé à la CNA, d'une part, qu'il avait été licencié et, d'autre part, qu'il allait subir une intervention

chirurgicale à la suite de laquelle il ne pourrait pas reprendre le travail avant six mois.

Le 26 avril 2022, l'assuré a informé la CNA que le Dr F. \_\_\_\_\_ avait décidé du report de l'intervention précitée et indiqué la réalisation d'une nouvelle IRM à la fin du mois de mai. L'assuré ne constatait pour le surplus aucune évolution et précisait notamment qu'il n'avait toujours pas de force dans le bras gauche, que son épaule lui était toujours douloureuse, surtout la nuit lorsqu'il se tournait sur le côté gauche, et qu'il faisait de la kinésithérapie afin notamment de renforcer sa musculature.

Les 1<sup>er</sup> mai et 1<sup>er</sup> juin 2022, le Dr N. \_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré respectivement au 31 mai et 30 juin 2022.

Le 1<sup>er</sup> juin 2022, l'assuré a subi un examen d'IRM au sein du [...]. Il ressort du rapport d'IRM du même jour du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès dudit centre hospitalier, que cette IRM a révélé une déchirure non transfixiante incomplète interstitielle, d'épaisseur < 50 %, du tendon du supra-épineux sans rétraction tendineuse ni bursite sous acromiale, l'apparition de kystes périlabral postérieur, le plus grand de quatre millimètres sans extension à l'échancrure spinoglénoïdienne, témoignant d'une déchirure labrale postérieure transfixiante ainsi qu'une surcharge sur l'articulation acromioclaviculaire à caractère légèrement inflammatoire.

Le 16 juin 2022, l'assuré a été vu en consultation par le Dr F. \_\_\_\_\_. Ce dernier lui a notamment indiqué que la lésion à type de fissure interstitielle du supra-épineux mise en évidence par l'IRM du 1<sup>er</sup> juin 2022 pouvait être éligible à une infiltration de plasma riche en plaquettes (ci-après : PRP) pour espérer sa cicatrisation. Il l'a orienté vers des médecins du sport pour envisager dite infiltration. Il a ajouté qu'une IRM de contrôle à six mois pouvait être envisagée pour contrôler la bonne cicatrisation de celle-ci. Il a au reste préconisé d'éviter tout port de charge lourde et tout effort trop intense qui pourrait aggraver la lésion.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 20 juin 2022, l'assuré a renseigné la CNA au sujet des résultats de l'IRM du 1<sup>er</sup> juin 2022 et de leur traduction par le Dr F.\_\_\_\_\_. Selon cette IRM, l'évolution était favorable. Il a précisé qu'une IRM de contrôle était prévue à fin décembre 2022. Il a ajouté qu'il resterait en arrêt de travail complet au moins jusqu'à la fin de l'année. A terme, il devait pouvoir reprendre son activité de chef d'équipe paysagiste. Une réinsertion professionnelle n'était cependant pas exclue, l'assuré ne souhaitant pas forcément rester dans son domaine d'activité. S'agissant d'une éventuelle rééducation au sein de la [...], à [...], l'assuré devait en parler avec sa compagne.

Le 5 juillet 2022, la CNA a soumis à son service médical une demande concernant les traitements médicaux préconisés à l'assuré. Le 19 juillet 2022, la Dre G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, lui a répondu que le rapport manuscrit du Dr N.\_\_\_\_\_ était illisible et lui a demandé de solliciter un rapport dactylographié, puis de lui soumettre à nouveau le dossier pour déterminer si les troubles étaient toujours en lien de causalité avec l'évènement du 20 octobre 2021, précisant que celui-ci n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré une nouvelle prolongation de son arrêt de travail jusqu'au 31 août 2022.

Le 20 juillet 2022, la CNA s'est entretenue avec l'assuré. Ce dernier lui a indiqué qu'il ne devait en définitive plus subir aucune intervention chirurgicale, le Dr F.\_\_\_\_\_ considérant l'injection de PRP plus bénéfique qu'une telle intervention. La mise en œuvre de ce traitement était fixée au 16 août 2022. L'assuré avait cessé la prise de médicaments et poursuivait la kinésithérapie à raison d'une séance par semaine. En l'état, il n'avait toujours aucune force et les douleurs persistaient la nuit lorsqu'il se tournait sur le bras gauche et à l'effort.

A l'occasion de cet entretien, la CNA a informé l'assuré du fait que son médecin d'arrondissement n'arrivait pas à lire le rapport du Dr

N.\_\_\_\_\_ et demandait que ce rapport soit dactylographié. L'assuré a répondu que cela était impossible car ce médecin n'utilisait pas d'ordinateur et refusait de procéder différemment, exposant encore que ce n'était pas la première fois que quelqu'un se plaignait de son écriture manuscrite.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 24 août 2022, la CNA a sollicité l'assuré de la renseigner de manière complémentaire au sujet du déroulement de l'évènement du 20 octobre 2021, d'une part, et de l'évolution de son état de santé, d'autre part. L'assuré a notamment déclaré qu'il se rappelait avoir tenu une débroussailleuse avec les deux mains lorsqu'il avait glissé dans un talus à cause de l'humidité matinale et qu'il était tombé du côté gauche, qu'il ne se souvenait pas de la position du bras, mais se rappelait que la machine avait bougé dans tous les sens. Il pensait avoir tapé le dessus de l'épaule contre le sol herbeux. Il a encore indiqué avoir eu immédiatement mal et que la douleur s'était intensifiée au fil des minutes. Il avait pris un anti-douleur pour pouvoir tenir la journée, mais n'avait pas pu tenir et avait dû rentrer chez lui. Il avait pris son véhicule et avait dû s'arrêter sur la route à cause de la douleur, quand bien même il n'avait utilisé que son bras droit. La première consultation avait eu lieu le soir-même auprès du Dr N.\_\_\_\_\_ qui avait notamment indiqué la réalisation d'une IRM et un traitement de kinésithérapie. L'assuré a également déclaré poursuivre la kinésithérapie à raison d'une séance par semaine, complété par des exercices quotidiens qui lui avaient été appris par la kinésithérapeute. Il a enfin informé la CNA qu'après avoir effectué une échographie au [...], l'indication du traitement par injection de PRP avait été confirmée. Il allait ainsi recevoir la première injection de PRP le 16 octobre 2022.

Le 24 août 2022, la CNA a soumis une nouvelle demande à son service médical en attirant son attention sur les renseignements complémentaires reçus le jour-même du recourant s'agissant du déroulement des faits. A teneur de son rapport médical du 30 août 2022, la Dre G.\_\_\_\_\_ a notamment retenu que l'assuré présentait des lésions préexistantes à sa chute du 20 octobre 2021 sous forme de tendinopathie

de l'enthèse du tendon du supra-épineux ainsi qu'une importante arthropathie acromio-claviculaire dégénérative, que le mécanisme de la chute n'était pas à même d'entraîner une lésion traumatique du tendon du sus-épineux, à défaut de traction violente sur le tendon, que l'apparente fissure transfixiante de l'enthèse mise en évidence par l'IRM du 30 novembre 2021 était dégénérative et non traumatique et que la déchirure non transfixiante incomplète interstitielle d'épaisseur < 50 % du tendon supra-épineux pouvait être due à des lésions de surcharge causées par des sollicitations excessives et répétées de l'épaule. Elle a conclu que la chute du 20 octobre 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle, mais une contusion bénigne de l'épaule gauche qui avait tout au plus décompensé de manière transitoire un état préexistant et de nature dégénérative.

Les 1<sup>er</sup> septembre, 1<sup>er</sup> novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2022, le Dr N. \_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré la prolongation de son arrêt de travail respectivement au 31 octobre, 30 novembre et 31 décembre 2022.

**B.** Par décision du 21 septembre 2022, la CNA a mis un terme au versement à l'assuré des prestations d'assurance au 9 octobre 2022, au motif que les troubles de l'épaule gauche persistants alors n'avaient plus aucun lien avec l'accident, de l'avis de son médecin d'arrondissement.

Par courrier du 8 octobre 2022, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a reproché à la CNA de s'être prononcée sans l'avoir ausculté ni pris renseignement auprès de son médecin généraliste ou sa kinésithérapeute. Il a allégué à cet appui que son interlocuteur au sein de la CNA lui avait annoncé que le rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ était illisible et qu'il ne serait donc pas pris en compte, ce qu'il a qualifié de léger compte tenu de la disponibilité téléphonique de ce médecin. Il a également souligné que le Dr N. \_\_\_\_\_ réalisait des tests cliniques à chaque prolongation d'arrêt de travail et qu'il avait constaté que l'assuré n'avait presque plus aucune force dans l'épaule gauche. Il a encore indiqué qu'il ne pouvait plus soulever que des charges limitées à 1 kg depuis qu'il avait chuté avec une machine dans un talus le 20 octobre

2021, tandis qu'il portait encore des dalles de 25 kg la veille et le matin avant l'accident. Il a enfin joint à son opposition une attestation dactylographiée du 4 octobre 2022 du Dr N.\_\_\_\_\_ à teneur de laquelle ce dernier certifiait que les troubles présentés alors par son patient, à savoir une perte de la force de préhension de la main gauche, étaient directement en rapport avec les lésions occasionnées par la chute dans le talus le 20 octobre 2021.

Par décision sur opposition du 20 janvier 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée le 8 octobre 2022 par l'assuré. Elle a rappelé l'appréciation du 30 août 2022 de la Dre G.\_\_\_\_\_, laquelle s'était notamment fondée sur les IRM des 30 novembre 2021 et 1<sup>er</sup> juin 2022 ainsi que sur le bilan clinique effectué à la consultation du Dr F.\_\_\_\_\_ du 18 février 2022, et souligné que la Dre G.\_\_\_\_\_ avait retenu que les troubles persistants au-delà du 17 février 2022 n'étaient plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 20 octobre 2021, mais rapportables à des lésions préexistantes de nature dégénérative. Elle a écarté le rapport du 4 octobre 2022 du Dr N.\_\_\_\_\_, relevant que ce dernier avait fondé exclusivement son argumentation sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc*, et considérant que cela ne saurait constituer un moyen de preuve propre à retenir qu'il existait un lien de causalité pour le moins probable entre l'évènement du 20 octobre 2021 et les troubles subsistant au-delà du 17 février 2022. Elle a ainsi retenu que l'assuré n'apportait pas d'élément probant permettant de reconnaître l'existence de lésions d'étiologie accidentelle nécessitant la poursuite du versement des prestations d'assurance au-delà du 9 octobre 2022.

**C.** Par acte du 20 février 2023, Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut implicitement à sa réforme en ce sens que des prestations d'assurance lui soient accordées au-delà du 9 octobre 2022 et demande le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il réitère l'argumentation développée à l'appui de son opposition et reproche encore en substance à l'intimée de s'être fondée sur une appréciation incomplète de la Dre G.\_\_\_\_\_, cette dernière n'ayant pas pris en

considération sa perte de force de préhension de la main gauche décrite dans le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_. Il rappelle que cette perte de force n'existait pas avant l'accident et conteste la thèse de la contusion bénigne de l'épaule gauche retenue par la CNA, arguant que s'il s'était agi d'une telle contusion, la perte de force précitée se serait estompée. Il dénonce par ailleurs un « cafouillage » et un manque de sérieux de la part de la CNA. Il produit un lot de pièces.

Le 27 mars 2023, l'intimée s'est déterminée sur l'acte de recours de l'assuré. Elle conclut au rejet du recours. Elle observe que l'assuré ne fait valoir aucun élément nouveau et indique que les documents produits à l'appui de son acte de recours étaient connus de l'intimée. Elle souligne en particulier que le rapport du 30 août 2022 de la Dre G.\_\_\_\_\_ se fonde sur des données médicales objectives, radiologiques en particulier, et livre des conclusions dénuées d'ambiguïté, si bien que l'absence délibérée d'examen personnel du recourant ne saurait mettre à mal les conclusions de la médecin d'arrondissement. Elle précise enfin que la prolongation jusqu'au 9 octobre 2022 de la prise en charge du cas alors que le terme des prestations d'assurance aurait, formellement, dû être fixé au 17 février 2022 est favorable au recourant et ne constitue en aucun cas une forme de cafouillage ou de manque de sérieux comme allégué par celui-ci.

Le 18 avril 2023, le recourant a répliqué. Il souligne encore qu'il avait précisé qu'il était tombé sur l'épaule gauche dans sa chute alors qu'il avait voulu se rattraper ainsi que la machine. Il considère qu'il y a donc bien eu une traction violente sur le tendon lorsqu'il a voulu se rattraper en ayant la machine dans les bras. Il se réfère à cet égard à l'IRM du 30 novembre 2021 qui met en évidence une fissure transfixiante de l'enthèse du supra-épineux. Il produit un lot de pièces complémentaires, dont en particulier un nouveau rapport d'IRM de l'épaule gauche du 15 avril 2023, une évaluation selon la méthode de Constant réalisée le 12 avril 2023 par X.\_\_\_\_\_, masseuse kinésithérapeute, ainsi qu'un rapport manuscrit d'avril 2023 du Dr N.\_\_\_\_\_, en grande partie illisible.

L'intimée s'est déterminée le 10 mai 2023. Elle précise en lien avec le nouveau rapport d'IRM du 15 avril 2023 que cette IRM confirme la présence d'une tendinopathie supra-épineuse, laquelle avait précisément été appréhendée par la Dre G. \_\_\_\_\_ comme lésion préexistante à la chute du 20 octobre 2021. L'IRM du 15 avril 2023 révèle même, selon l'intimée, une progression de l'état pathologique, dans la mesure où elle met désormais en évidence une zone de clivage au niveau du versant antérieur de la jonction tendinomusculaire du tendon supra-épineux. En lien avec l'évaluation par X. \_\_\_\_\_, masseuse kinésithérapeute, de l'état fonctionnel de l'épaule gauche du recourant, l'intimée souligne pour le surplus qu'elle est consciente des troubles affectant le recourant, mais nie le fait qu'ils soient imputables, au-delà du 17 février 2022, à la chute subie. Concernant le nouveau rapport manuscrit du Dr N. \_\_\_\_\_, l'intimée indique qu'elle ne peut pas se prononcer sur ce document dès lors qu'elle n'est parvenue à décrypter que ses premières lignes.

### **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.** Le litige porte sur la question du lien de causalité entre l'évènement du 20 octobre 2021 et les atteintes subies par le recourant

au-delà du 17 février 2022, singulièrement sur le droit à des prestations de l'assurance-accident au-delà de cette date.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**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*). À l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

**4. a)** 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 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 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).

**c)** Les rapports et expertises établis par les médecins du service médical d'un assureur ont pleine valeur probante tant qu'ils apparaissent concluants, qu'ils sont sérieusement motivés, qu'ils ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur fiabilité (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5 et les arrêts publiés cités, spéc. ATF 135 V 465 consid. 4.4).

**5.** En l'espèce, il est constant que l'événement du 20 octobre 2021 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPG et qu'il a provoqué à tout le moins une contusion douloureuse à l'épaule gauche du recourant. Est en revanche litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement accidentel et les atteintes à l'épaule gauche qui ont persisté au-delà du 17 février 2022.

Plus particulièrement, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir nié ce lien de causalité en se fondant sur le rapport du 30 août 2022 de la médecin d'arrondissement, dont il estime qu'il résulterait d'un examen incomplet dès lors que le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ aurait été écarté en raison de son illisibilité, que la Dre G.\_\_\_\_\_ ne l'avait pas ausculté et que celle-ci n'avait pas discuté de sa perte de force de préhension. Il se réfère en outre aux rapports et certificats médicaux du Dr N.\_\_\_\_\_.

En l'occurrence, l'intimée s'est limitée à requérir du recourant qu'il la renseigne sur l'évolution de son état de santé ainsi que sur les résultats des examens qui lui étaient indiqués par son médecin traitant, en particulier des IRM, afin que ces éléments soient versés à son dossier. Elle a ensuite soumis ces éléments à sa médecin d'arrondissement. Or le Dr N.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé de manière circonstanciée sur le lien de causalité entre les lésions actuelles et l'accident.

Quant à la Dre G.\_\_\_\_\_, il ressort de son rapport du 30 août 2022 qu'elle a basé son appréciation de l'état de santé du recourant sur le dossier médical que lui avait remis l'intimée. Elle n'a pas examiné personnellement le recourant, ni demandé son dossier médical complet à son médecin traitant, pas plus qu'elle n'a contacté ce dernier afin qu'il explicite clairement son avis et le motive. Au contraire, la Dre G.\_\_\_\_\_ s'est limitée à constater le caractère succinct et illisible du rapport initial du Dr N.\_\_\_\_\_ pour en écarter la prise en compte. Pour ce motif déjà, l'instruction menée par l'intimée apparaît lacunaire.

Après avoir constaté que le recourant présentait des lésions préexistantes à l'évènement accidentel du 21 octobre 2021, la Dre G.\_\_\_\_\_ a considéré que cet évènement n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputé. Elle a fondé son argumentation, premièrement, sur le mécanisme de la chute, qui ne serait pas à même d'entraîner une lésion traumatique du tendon du sus-épineux, faute de traction violente sur le tendon, et, deuxièmement, sur les résultats des deux rapports d'IRM versés au dossier susmentionné, lesquels mettraient en évidence une lésion dégénérative et non traumatique.

S'agissant du mécanisme de chute, la Dre G. \_\_\_\_\_ l'a néanmoins décrit de manière particulièrement succincte, à savoir comme suit : « chute sur le dessus de l'épaule contre le sol herbeux » (cf. ch. 3.1 de la pièce 79 du dossier complet du recourant produit par l'intimée). En particulier, elle n'a dit mot du port par le recourant d'une débroussailleuse au moment de sa chute. On en déduit qu'elle n'en a pas tenu compte, et ce quand bien même son attention avait été expressément portée sur les renseignements complémentaires reçus le 24 août 2022 du recourant s'agissant du déroulement des faits, lequel avait souligné qu'il tenait une débroussailleuse entre les mains lorsqu'il avait chuté, dite machine ayant alors « valdingué dans tous les sens » (cf. notice de l'entretien téléphonique du 24 octobre 2022 entre le recourant et le gestionnaire de la CNA). On ignore ainsi si le port d'une telle machine pendant sa chute a pu occasionner une traction violente sur le tendon à même d'entraîner une lésion du tendon du sus-épineux. La motivation du premier des arguments sur lesquels la médecin d'arrondissement a fondé sa conclusion apparaît dès lors insuffisante.

Au demeurant, il ne ressort pas non plus de son rapport du 30 août 2022 que la Dre G. \_\_\_\_\_ aurait fait l'anamnèse du recourant ou posé les diagnostics actuellement invalidants pour ensuite exclure tout lien de causalité avec l'accident.

Les éléments qui précèdent laissent subsister un doute sur la fiabilité et la validité des constatations de la médecin d'arrondissement concernant l'état de santé du recourant ensuite de l'accident du 20 octobre 2021. En définitive, il convient de les qualifier d'incomplètes et insuffisamment motivées, en plus d'avoir été formulées sur la base d'un dossier lacunaire. Toute force probante suffisante à l'examen du lien de causalité litigieux en l'espèce doit donc leur être déniée.

En définitive, il y a lieu de renvoyer la cause à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à qui incombe

l'instruction de la demande (art. 43 al.1 LPGA), pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 20 janvier 2023 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :