

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguët et Tinguely, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} septembre 2022 à mi-temps en qualité d'assistant administration pour le compte de l'entreprise H._____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 13 décembre 2022, alors qu'il se promenait durant son temps libre, l'assuré a glissé sur une fine pellicule de verglas ; il est tombé lourdement et directement sur son épaule droite (cf. déclaration d'accident du 14 décembre 2022).

L'assuré s'est immédiatement rendu aux urgences de [...]. Les médecins de ladite clinique, suspectant une fracture du trochiter, ont décidé d'adresser le patient aux urgences de l'hôpital de [...] pour avis et prise en charge (cf. rapport du 24 mars 2023 à la CNA du Dr X._____).

Une radiographie de l'épaule droite effectuée le 14 décembre 2022 a notamment mis en évidence une surélévation de la tête humérale par rapport à la glène et a permis de constater l'absence de fracture visible (cf. rapport du 14 décembre 2022 du Dr J._____, spécialiste en radiologie). Les diagnostics de contusion de l'épaule droite avec déchirure Patte 2-3 de la portion antérieure du supra-épineux, de lésion du long chef du biceps droit et de Goutallier 3 ont été évoqués (cf. dossier patient ambulatoire établi par l'hôpital de [...]).

Une arthro-IRM réalisée le 20 janvier 2023 a révélé une arthrose acromio-claviculaire avec bursite sous-acromiale, une rupture transfixiante du supra-épineux à sa partie antérieure et distale, avec rétractation de type I, sans amyotrophie ou dégénérescence graisseuse en amont, une rupture non transfixiante du long biceps à la partie distale de la coiffe des rotateurs, une tendinopathie sans rupture de la partie

profonde du tendon infra-épineux et du faisceau superficiel du tendon subscapulaire ainsi qu'une lésion SLAP I du labrum (cf. rapport du 20 janvier 2023 de la Dre D._____, spécialiste en radiologie.

La CNA a pris en charge le cas.

Selon un rapport du 15 juillet 2023 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'arthro-IRM du 20 janvier 2023 montrait une déchirure du supra-épineux, avec rétractation de grade II de Patte et peu d'infiltration graisseuse (grade I). Compte tenu de l'amélioration de l'état inflammatoire et de la mobilité, ainsi que de la bonne qualité tendineuse observée, une intervention chirurgicale était prévue le 21 septembre 2023.

Selon un avis du 16 août 2023 du Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, l'arthro-IRM de l'épaule droite confirmait une dégénérescence des muscles de la coiffe des rotateurs ; l'opération chirurgicale envisagée concernait uniquement l'assurance-maladie, à l'exclusion de l'assurance-accidents. Le *statu quo ante* était atteint à six semaines après le sinistre.

Par décision du 1^{er} septembre 2023, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance (frais de traitement et indemnités journalières) au 1^{er} septembre 2023 au soir, au motif que l'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident du 13 décembre 2022, pouvait être considéré comme atteint depuis le 25 janvier 2023 au plus tard.

Le 12 septembre 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Carré, a fait opposition à l'encontre de la décision précitée, faisant en substance valoir qu'il souffrait toujours de l'épaule droite et que la situation médicale n'était pas stabilisée. Il requérait à tout le moins la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue le 21 septembre 2023.

Le 21 septembre 2023, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite, une ténotomie du biceps, une synovectomie, une décompression sous-acromiale *a minima* ainsi qu'une réparation des tendons du sous-scapulaire et du supra et infra-épineux (cf. protocole opératoire du 21 septembre 2023 du Dr C._____).

Le 29 septembre 2023, l'assuré a complété son opposition, produisant d'une part, un rapport du 17 septembre 2023 du Dr C._____, lequel mentionnait que la présence d'une déchirure craniâle du sous-scapulaire avec un moignon à l'arthro-IRM étaient le signe d'une déchirure traumatique et que la déchirure du sous-scapulaire était insuffisamment décrite dans le rapport de la radiologue, et, d'autre part, des clichés pris par le Dr C._____ au cours de l'intervention chirurgicale. L'assuré estimait, au vu de l'ensemble des pièces médicales, qu'il existait un lien de causalité clair entre les atteintes à son épaule droite et l'accident litigieux et que la prise en charge par la CNA devait se poursuivre pour la période en cours et pour la durée de la convalescence consécutive à l'opération.

Dans un avis du 11 décembre 2023, le Dr G._____, médecin d'arrondissement, a considéré que l'assuré, à la suite de son accident du 13 décembre 2022, avait développé une capsulite rétractile post-traumatique liée au sinistre, laquelle avait nécessité un traitement avec physiothérapie, infiltrations et suivi médical spécialisé, pris en charge par la CNA jusqu'au 1^{er} septembre 2023. S'agissant de l'intervention chirurgicale réalisée le 21 septembre 2023, les éléments observés ne permettaient pas d'adhérer à l'hypothèse d'une aggravation suffisante d'un état dégénératif antérieur pour pouvoir accepter sa prise en charge ; la rupture du tendon supra-épineux était selon elle d'origine dégénérative et le lien de causalité entre les anomalies observées à l'arthro-IRM de l'épaule droite en janvier 2023 et le traumatisme de décembre 2022 restait dans le domaine du possible.

Par décision sur opposition du 20 décembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé l'arrêt des prestations d'assurance au 1^{er} septembre 2023.

B. Par acte du 1^{er} février 2024, F. _____ a, par la plume de son mandataire, déféré la décision sur opposition du 20 décembre 2023 de la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation (recte : à sa réforme) et dire, le cas échéant après la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, qu'il a le droit à des indemnités journalières et à la couverture des frais médicaux au-delà du 1^{er} septembre 2023, très subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il faisait valoir que contrairement à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, il ressortait de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, en particulier de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 janvier 2023 et du rapport du 17 septembre 2023 du Dr C. _____, que les atteintes dont il souffrait au niveau de son épaule droite étaient en lien de causalité avec l'accident du 13 décembre 2022. En outre, le caractère post-traumatique des lésions observées au niveau de son épaule droite était indubitable dans la mesure où il n'a jamais eu d'antécédents de blessure à cette articulation et qu'il n'a jamais exercé d'activités susceptibles de sur-solliciter ses épaules. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par un chirurgien orthopédiste et traumatologue et l'octroi de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 8 avril 2024, la CNA a conclu au rejet du recours. Se fondant sur une nouvelle appréciation du 3 avril 2024 du médecin d'arrondissement, qu'elle produit, elle a considéré que l'absence d'œdème musculaire, de liquide œdémateux dans la bourse sous-acromiale et sous deltoïdienne ainsi que de suffusion hémorragique de la gaine (accompagnant une lésion traumatique récente du tendon du biceps) constituaient des indices supplémentaires plaidant en faveur de l'origine dégénérative des affections à l'épaule droite. En outre, les déchirures à la hauteur de la poulie et la subluxation médiale, décrites

dans le protocole opératoire du 21 septembre 2023 du Dr C._____, étaient des lésions régulièrement observables dans le cas de pathologies dégénératives.

Par réplique du 24 mai 2024, l'assuré a en partie modifié ses conclusions, en ce sens que le droit aux indemnités journalières et à la couverture des frais médicaux lui soit octroyé jusqu'au 10 mai 2024 inclus, confirmant pour le reste les conclusions libellées dans son acte de recours. Il a fait valoir qu'il était en incapacité de travail totale de manière ininterrompue depuis l'évènement litigieux et qu'il avait offert ses services à son employeur pour le 11 mai 2024. Pour le reste, il a souligné que l'existence d'une déchirure du sous-scapulaire, documentée à l'imagerie et par le chirurgien opérateur, n'intervenait jamais par la seule suite de fatigue, de vieillissement ou d'usure, mais bien par un évènement traumatique.

Dans sa duplique du 24 juin 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours.

Par déterminations des 2 et 18 juillet 2024, l'assuré a porté à la connaissance de la Cour son incapacité de travail jusqu'au 17 juin 2024 et a transmis la documentation médicale citée dans son acte de réplique.

Par déterminations du 3 septembre 2024, l'intimée, se fondant sur l'appréciation du 29 août 2024 du Dr G._____, médecin d'arrondissement, a estimé que la documentation médicale produite par l'assuré ne permettait pas de modifier ses conclusions. Elle a en particulier rappelé que l'absence d'œdème musculaire et de liquide dans la bourse sous-acromiale n'était pas compatible, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec une rupture tendineuse récente.

Le 12 novembre 2024, Me Carré a transmis sa liste des opérations.

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, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 1 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} septembre 2023 pour les suites de l'évènement du 13 décembre 2022.

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'évènement 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 citées).

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 citées). 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 citées).

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 citée ; 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 citées ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de fractures, déboîtements d'articulations, déchirures 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. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus

de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

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

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe

administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) On ajoutera encore que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, le recourant a développé de fortes douleurs au niveau de son épaule droite, avec une limitation importante de la mobilisation, à la suite d'une chute le 13 décembre 2022. Aucune fracture/anomalie osseuse n'a été décelée à l'imagerie. L'arthro-IRM effectuée le 20 janvier 2023 a en revanche révélé notamment une arthrose acromio-claviculaire avec bursite sous-acromiale, une rupture transfixiante du supra-épineux à sa partie antérieure et distale, avec rétractation de type I, sans amyotrophie ou dégénérescence graisseuse en amont, une rupture non transfixiante du long biceps à la partie distale de la coiffe des rotateurs, une tendinopathie sans rupture de la partie profonde du tendon infra-épineux et du faisceau superficiel du tendon subscapulaire ainsi qu'une lésion SLAP I du labrum. Une intervention chirurgicale, initialement prévue en avril 2023, ajournée en raison de la raideur et de l'inflammation persistantes de son épaule droite, a finalement été réalisée le 21 septembre 2023 (arthroscopie de l'épaule droite, ténotomie du biceps, synovectomie, décompression sous-acromiale *a minima* et réparation des tendons du sous-scapulaire et du supra et infra-épineux). A cette occasion,

le chirurgien opérateur a pu visualiser notamment une déchirure de grade II selon Lafosse avec signe de COMMA (Patte II) et une déchirure transfixiante avec rétraction (Patte II), ce qui confirmait ses observations fondées sur les documents d'imagerie.

b) L'intimée, se fondant sur les appréciations du médecin d'arrondissement, a mis un terme au versement des prestations au titre de l'assurance-accidents au 1^{er} septembre 2023 au motif qu'au-delà de cette date, les affections présentées par le recourant au niveau de son épaule droite n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'évènement du 13 décembre 2022, ce que conteste l'intéressé.

aa) A titre liminaire, il sied de relever que l'évènement du 13 décembre 2022, lors duquel le recourant a glissé et est tombé en arrière sur l'épaule droite, est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimée. Dès lors, la question du droit à des prestations de l'assurance-accidents doit être examinée, contrairement à l'affirmation du recourant qui prétend, dans le cadre de son recours, que l'on se trouve « en présence de lésions assimilées à des lésions accidentelles », à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA, à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. *supra* consid. 4).

bb) Cela étant, au vu des pièces versées au dossier, il sied de relever que les explications fournies par le Dr G. _____ au fil de ses appréciations apparaissent confuses et évoluent en fonction des rapports du Dr C. _____. Ainsi, par avis médical du 11 décembre 2023, le Dr G. _____ a en particulier constaté l'absence d'anomalie osseuse qui puisse confirmer objectivement une contusion majeure, respectivement la notion de traumatisme majeur de cette épaule droite lors du sinistre en décembre 2022. Il a en outre retenu que le bilan par IRM et radiologique plaidait pour une anomalie liée à l'âge et à une dégénérescence des muscles de la coiffe des rotateurs droite. Or cette dernière appréciation est contestée par le Dr C. _____ qui a fait état de déchirures traumatiques, soit une déchirure transfixiante complète du supra-épineux avec rétraction grade II selon Patte, un signe de COMMA et une déchirure crâniale sous-

scapulaire avec un moignon. Le Dr C._____ s'est également montré critique envers le rapport d'arthro-IRM du 20 janvier 2023, estimant que la déchirure du sous-scapulaire était insuffisamment décrite et expliquant qu'elle serait documentée par des vidéos et photos lors de l'intervention (cf. courrier du 17 septembre 2023 du Dr C._____ au conseil du recourant). Le protocole opératoire du 21 septembre 2023 a précisément confirmé les constatations antérieures du Dr C._____. A cet égard, le Dr G._____ a indiqué, dans son appréciation du 3 avril 2024, que n'étant pas radiologue, il n'était pas en mesure de se prononcer sur les divergences d'opinion entre un radiologue et un chirurgien et que le radiologue aurait dû être informé de l'avis du chirurgien. Dans cette même appréciation, après avoir examiné le dossier de l'arthro-IRM du 20 janvier 2023, le Dr G._____ a également constaté l'absence d'œdème musculaire et de liquide dans la bourse sous-acromiale, ce qui permettait selon lui, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, d'écarter une rupture tendineuse récente. Dans le même registre, il confirmait l'absence de pathologie accidentelle comme une luxation gléno-humérale ou acromio-claviculaire, tout en déplorant que l'analyse de l'action biomécanique vulnérante se révélait compliquée, faute d'information disponible à la lecture des rapports médicaux initiaux et de ceux du Dr C._____. N'étant pas un spécialiste en radiologie, comme il l'admet lui-même, l'appréciation du Dr G._____, au demeurant contredite par le Dr C._____ - dont l'appréciation se fonde notamment sur une observation directe des tendons de la coiffe des rotateurs lors de l'intervention chirurgicale du 21 septembre 2023 - ne convainc pas pour fonder *ex nunc* et *pro futuro* l'arrêt des prestations au 1^{er} septembre 2023. A cela s'ajoute que le Dr G._____, par avis du 16 août 2023, a semblé admettre dans un premier temps que la chute du recourant avait provoqué une décompensation d'un état dégénératif préexistant au niveau de l'épaule droite, fixant à cet égard un retour à l'état antérieur six semaines après l'événement accidentel, soit au 25 janvier 2023. De manière contradictoire, il a par la suite retenu, dans son appréciation du 11 décembre 2023, que le recourant « a développé une capsulite rétractile post traumatique liée au sinistre, ce qui a nécessité un traitement avec physiothérapie, infiltrations et suivi médical spécialisé. La Suva a assuré la

prise en charge de ces frais médicaux jusqu'à la décision du statu quo au 01.09.2023. Cette prise en charge est pleinement justifiée et a permis le retour à l'état de souplesse articulaire à l'été 2023 ». Le Dr G._____ a toutefois considéré que les troubles ayant ensuite nécessité l'intervention chirurgicale du 21 septembre 2023 n'avaient pas à être pris en charge par l'intimée, au contraire du Dr C._____ qui, dans son rapport du 15 juillet 2023, rappelait la nécessité d'une telle intervention, laquelle avait été initialement prévue en avril 2022.

c) A ce stade, compte tenu des éléments médicaux au dossier, la Cour de céans constate qu'il n'est pas possible d'exclure que l'événement accidentel a continué à déployer des effets au-delà du 1^{er} septembre 2023.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir eu recours à une expertise et où il existe des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. *supra* consid. 5e). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder aux mesures d'instruction idoines pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 132 V 368 consid. 5), la cause sera renvoyée à la CNA, afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA, la possibilité pour l'expert de s'adjoindre les services d'un spécialiste en radiologie étant réservée. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

7. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est sans objet.

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

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

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD).

d) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 12 novembre 2024, laquelle fait état d'un total de 19.36675 heures de travail. Seules les prestations nécessaires à l'assistance du recourant peuvent être admises. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des 19 lettres adressées au recourant (16) ou à l'employeur de celui-ci (3) sur une période d'un peu plus de neuf mois, de même qu'une partie des courriers adressés à la Cour de céans, en tant qu'ils relèvent de tâches de secrétariat (en particulier les lettres accompagnant les actes transmis ainsi que les demandes de prolongation de délai) ; ensuite, en tant que l'acte de réplique reproduit, pour l'essentiel, mot pour mot l'argumentation médicale présentée dans le cadre d'une précédente affaire dans laquelle le conseil du recourant avait été mandaté, une heure de travail apparaît suffisant. Quant au pli du 18 juillet 2024 adressé à la Cour de céans, il liste uniquement les références bibliographiques utilisées dans le cadre de la réplique et retrouvées par son ancien client, étant par ailleurs précisé que la recherche et la production d'articles généraux sur des atteintes - en l'occurrence en lien avec la coiffe des rotateurs - ne sont pas pertinents dans la mesure où il ne

consistent pas en une appréciation individualisée. Pour les mêmes raisons, il convient de retrancher l'opération du 18 juillet 2024 relative à l'étude du dossier. Enfin, au vu du contenu de la réplique et des déterminations, l'entretien avec le client de 80 minutes au stade du deuxième échange d'écritures apparaît superflu et doit être retranché. En définitive, on pourrait admettre tout au plus une douzaine d'heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), si bien que le montant des dépens admis ci-avant couvre ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 décembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour F. _____), à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :