

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens
Interprofessionnels du Valais, à Sion,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 7 mai 1998 en tant que machiniste pour le compte de la société P._____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 décembre 2018, l'assuré est tombé au cours d'une promenade sur l'épaule droite en glissant sur un chemin verglacé. Depuis lors, il souffre de douleurs aux deux épaules.

Consulté le 27 décembre 2018, le Dr D._____, médecin praticien, a retenu, sur la base de l'échographie de l'épaule droite et gauche comparative pratiquée le même jour, le diagnostic de déchirure complète du supra-épineux à droite.

Au terme de son examen du 22 janvier 2019, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que, depuis l'accident du 24 décembre 2018, l'assuré présentait des omalgies bilatérales à prédominance droite. Dans le cadre du bilan lésionnel, il a organisé une IRM des épaules afin d'évaluer si une procédure chirurgicale serait profitable (rapport du 23 janvier 2019).

Sur la base des examens radiologiques effectués (arthro-IRM de l'épaule droite du 25 janvier 2019 et arthro-IRM de l'épaule gauche du 28 janvier 2019), le Dr A._____ a retenu les diagnostics de lésion transfixiante du tendon supra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule droite post-traumatique et de lésion partielle, pratiquement transfixiante, du tendon supra-épineux, avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique. Il a relevé que l'assuré présentait, à deux mois d'évolution, un potentiel d'amélioration sous traitement conservateur et que les séances de physiothérapie devaient être poursuivies. Toutefois, si les douleurs

devaient persister, il fallait envisager une réparation arthroscopique du tendon supra-épineux avec ténodèse le long chef du biceps. Pour le reste, il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de février 2019, tout en précisant que l'assuré était à deux mois d'une retraite anticipée, ce qui compromettait la reprise d'une activité professionnelle (rapport du 5 février 2019).

Au vu de la persistance des douleurs, l'assuré a consulté le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel lui a expliqué les avantages et les désavantages d'une reconstruction tendineuse (rapport du 26 février 2019). L'assuré ayant consenti à l'intervention chirurgicale envisagée, celle-ci a eu lieu le 20 mars 2019 sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule droite avec synovectomie/bursectomie et ténodèse du long chef du biceps. Elle a fait l'objet d'un rapport établi le 25 mars 2019 dans lequel le Dr H._____ a posé le diagnostic principal de grande rupture de la coiffe des rotateurs avec rupture des tendons du sous-épineux, du sus-épineux et du sous-scapulaire ; à titre de diagnostics secondaires/comorbidités actives, il a retenu une tendinite avec instabilité et rupture partielle du tendon du long chef du biceps droit, une ptose acromiale droite ainsi qu'une capsulite rétractile de l'épaule droite. L'intervention s'était déroulée sans complication et la radiographie post-opératoire s'était révélée satisfaisante.

Dans un rapport du 7 mai 2019, le Dr H._____ a constaté que l'articulation gléno-humérale de l'épaule droite paraissait relativement enflée, ce qui s'expliquait probablement par un épanchement inter-articulaire. Par ailleurs, le contrôle radiologique avait mis en évidence l'origine de l'inflammation : l'ancre de refixation du tendon du sous-scapulaire s'était arrachée et se trouvait du côté antérieur de l'épaule exactement à l'endroit où la douleur était ressentie et où l'inflammation s'était produite. Le Dr H._____ a donc préconisé la réalisation d'une nouvelle arthroscopie en vue de l'ablation de l'ancre arrachée à l'épaule droite. Cette intervention a eu lieu le 22 mai 2019.

Invitée à se déterminer sur le rapport du Dr H. _____ du 7 mai 2019, la Dre K. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré avait présenté une contusion de l'épaule droite sans lésion structurelle pouvant être imputée à la chute du 24 décembre 2018 et, au niveau de l'épaule gauche, une entorse bénigne sans lésion structurelle. D'après la Dre K. _____, il fallait compter environ dix semaines pour la guérison et la reprise du travail lors d'une contusion et seize semaines pour la reprise du travail en cas d'entorse sévère chez un travailleur de force. Compte tenu de l'atteinte aux deux épaules, elle a considéré que l'événement du 24 décembre 2018 avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard après seize semaines. Actuellement, les plaintes au niveau de l'épaule gauche n'étaient plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement précité mais étaient imputables à des atteintes dégénératives, ce qui était corroboré par le fait que l'assuré avait déclaré au Dr H. _____ qu'il avait déjà présenté des douleurs au niveau de cette épaule avant la chute. Il ne s'agissait pas non plus d'une rechute d'un événement survenu le 25 novembre 2011 qui n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. Quant aux lésions de l'épaule droite, la Dre K. _____ a également jugé qu'elles étaient de nature dégénérative (avis médical du 21 mai 2019).

Par décision du 14 juin 2019, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge du traitement médical avec effet au 16 juin 2019.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 29 juillet 2019. Il a produit un rapport du Dr H. _____ du 2 juillet 2019, dans lequel ce médecin rappelait que, avant l'accident du 24 décembre 2018, l'intéressé ne s'était jamais plaint de l'épaule droite (il n'avait consulté qu'une seule fois pour l'épaule gauche en 2012). La position de la CNA lui paraissait dès lors incompréhensible et objectivement peu justifiable. Selon le Dr H. _____, il ne faisait pas de doute qu'il existait un lien de causalité entre l'événement traumatique du 24 décembre 2018 et la rupture tendineuse au niveau de l'épaule droite. Il a encore précisé que le

fait qu'une ancre se soit arrachée constituait une complication médicale sans rapport avec la question de l'existence d'un lien de causalité. En dépit de cette complication, l'assuré était sur la voie de la guérison et l'évolution s'annonçait bonne avec un haut degré de certitude.

Le 7 janvier 2020, la Dre K. _____ a indiqué que le rapport du Dr H. _____ du 2 juillet 2019 ne modifiait pas son appréciation.

Par décision sur opposition du 15 avril 2020, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 14 juin 2019.

B. Saisie d'un recours interjeté le 14 mai 2020 par W. _____ contre la décision sur opposition précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a, par arrêt du 3 mars 2022, admis le recours, annulé la décision sur opposition du 15 avril 2020 et renvoyé le dossier à la CNA pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. Elle invitait la CNA à compléter l'instruction médicale par la mise en œuvre d'une expertise comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis, à réception du rapport d'expertise, à rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant (cause AA 90/21 - 25/2022).

C. Reprenant l'instruction du cas, la CNA a alors confié la réalisation d'une expertise médicale orthopédique de l'assuré au Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a établi son rapport le 31 août 2022. Posant les diagnostics de contusion de l'épaule à droite et d'entorse de l'épaule à gauche, ce médecin a fixé le *statu quo sine* pour l'épaule droite - l'opération effectuée le 20 mars 2019 avait consisté à supprimer les douleurs causées par la lésion dégénérative de la coiffe - ainsi que le *statu quo ante* pour l'épaule gauche au 19 mars 2019.

Le 21 février 2023, l'assuré, par le biais des Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais, a contesté le bien-fondé du rapport d'expertise orthopédique du 31 août 2022 et produit une prise de

position du 15 février 2023 du Dr H._____, laquelle se terminait comme suit :

Conclusion : En résumé, l'expert n'a pas pu apporter la preuve d'une origine malade de la rupture tendineuse au niveau des épaules de M. W._____ en question. A noter que la charge de la preuve d'une atteinte malade est chez l'assureur. Au contraire, l'expert était loin d'avoir « *démontrée scientifiquement que les lésions structurelles existaient avec certitude au moment de la chute du 24/12/2018* » (**page 14/16 et 10/16 de l'expertise**) ». Nous sommes au contraire confrontés ici à une séquelle traumatique avec probabilité prépondérante. Sinon les experts de la Suva devraient expliquer pourquoi chez ce patient, qui était asymptomatique et apte au travail lourd concernant ses épaules jusqu'à l'accident, une maladie dégénérative se serait par hasard manifestée le 24/12/2018 au moment de la chute.

Après avoir soumis une nouvelle fois le dossier à la Dre K._____ (appréciation médicale du 2 mai 2023), la CNA a, par décision du 16 juin 2023, mis fin aux prestations d'assurance (frais médicaux et indemnité journalière) au 16 juin 2019, considérant que les interventions chirurgicales des 20 mars et 22 mai 2019 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 24 décembre 2018.

Le 18 août 2023, l'assuré, agissant par son conseil, s'est opposé à la décision précitée, contestant « vigoureusement » l'absence d'un lien de causalité entre l'accident du 24 décembre 2018 et ses atteintes persistantes à la santé après le 16 juin 2019.

Invité à se prononcer par le biais d'un complément d'expertise, le Dr S._____ a confirmé que la lésion de la coiffe des rotateurs était en l'occurrence d'origine dégénérative, le mécanisme de l'accident n'étant pas susceptible de provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs. En guise de réponses aux diverses remarques formulées par le Dr H._____ dans son avis du 15 février 2023, l'expert orthopédiste a notamment émis les considérations suivantes :

[...] La divergence dans l'évaluation du cas présent se manifeste déjà dans les différentes recommandations de traitement. Alors que le Dr A._____ (spécialiste de l'épaule, formé au CHUV) avait recommandé un traitement conservateur, le Dr H._____ avait immédiatement procédé à une opération.

Tout d'abord, il faut souligner une fois de plus que dans le cas présent, l'articulation de l'épaule présentait les modifications dégénératives suivantes :

- Lésion massive de la coiffe :
 - Supra-épineux avec lésion complète, transfixiante avec rétraction du moignon tendineux jusqu'à la hauteur de la tête humérale (stade II selon Patte), tendinopathie chronique avec un amincissement important et clivage intratendineux, atrophie prononcée du muscle et infiltration graisseuse (stade II selon Gouttalier), formation chronique de cicatrices.
 - Subscapulaire : rupture de la partie crâniale.
 - Infra-épineux : rupture partielle avec dissection lamellaire intratendineuse.
 - Long chef du biceps : net épanchement dans la gaine tendineuse, tendinopathie avec fissuration, lésion de la poulie avec subluxation antérieure.
 - Remaniement de l'humérus proximal (« trochiter chauffe »)
- Arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire.
- Os acromial

Toutes les modifications dégénératives énumérées ci-dessus sont basées sur l'analyse des examens d'imagerie et la description peropératoire du Dr H. _____, elles sont donc objectives.

L'importance de la rétraction tendineuse, les modifications dégénératives des moignons tendineux, l'atrophie musculaire du sus-épineux d'une part, l'hypertrophie du teres minor d'autre part, l'infiltration graisseuse musculaire présente, le remaniement de l'humérus proximal ainsi que les modifications arthrosiques de l'articulation gléno-humérale et acromio-claviculaire permettent de conclure avec certitude que la lésion du tendon du sus-épineux était déjà présente au moment de la chute.

Du point de vue biomécanique, le mécanisme de l'accident n'est pas non plus susceptible de provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs.

L'argumentation du Dr H. _____ est très confuse. A chaque fois, le Dr H. _____ se focalise exclusivement sur un critère isolé sans tenir compte du contexte global. Son point de vue sur la pathogénèse de la lésion tendineuse dégénérative s'écarte de manière décisive de la doctrine généralement acceptée. Ses explications sont basées principalement sur son expérience personnelle. Plusieurs fois le Dr. H. _____ n'a pas repris textuellement des passages de mon expertise en déformant considérablement le sens du message. [...]

Le 30 avril 2024, l'assuré a produit une nouvelle prise de position du Dr H. _____, datée du même jour, s'exprimant sur le complément d'expertise orthopédique du 1^{er} février 2024 du Dr S. _____.

Par décision sur opposition du 11 juin 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 16 juin 2023.

D. **a)** Par acte du 12 juillet 2024, W._____, toujours représenté par les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant à son annulation, à la reconnaissance du lien de causalité entre ses ennuis de santé et l'accident du 24 décembre 2018, à la prise en charge des frais de traitement et des indemnités journalières, ainsi qu'à l'allocation de « toutes les autres prestations LAA » auxquelles il avait droit, une fois l'état de santé stabilisé (notamment le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité). En substance, il a fait valoir que l'appréciation expertale du Dr S._____ ne pouvait l'emporter sur l'avis divergent du Dr H._____. A titre de moyens de preuve, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par le tribunal.

b) Dans sa réponse du 22 juillet 2024, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant à la décision sur opposition querellée.

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) Le litige a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre, en lien avec l'accident survenu le 24 décembre 2018, aux prestations de l'assurance-accidents de courte durée (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 16 juin 2019.

Compte tenu de l'objet du litige, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner le droit éventuel du recourant à d'autres prestations de l'assurance-accidents (rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité).

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. 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).

5. a) En l'occurrence, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un événement traumatique le 24 décembre 2018.

b) Dans l'arrêt qu'elle a rendu le 14 mai 2020 (cause AA 90/21 - 25/2022), la Cour de céans a considéré que les conclusions du service médical de l'intimée - assénées de manière péremptoire et contredites par le chirurgien traitant du recourant - peinaient à la convaincre, dès lors qu'elles n'étaient guère étayées sur le plan médical. Elles postulaient que les lésions présentes objectivement à l'imagerie étaient déjà existantes avant l'événement traumatique et que celui-ci n'était susceptible d'entraîner et n'avait entraîné aucune péjoration objective de celles-ci. Or, pour pouvoir retenir une telle conclusion, il fallait que soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les ruptures du tendon mises en évidence aux arthro-IRM des 25 et 28 janvier 2019, étaient - quant à leur existence et à leur étendue - antérieures à l'événement traumatique du 24 décembre 2018, ce qui ne ressortait pas du dossier. Dans la mesure où il incombait à l'assurance-accidents la preuve libératoire que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouaient plus de rôle et devaient ainsi être considérées comme ayant disparu, l'intimée ne pouvait pas se contenter, eu égard à la problématique notoirement complexe de la genèse d'une lésion de la coiffe des rotateurs, des avis médicaux très peu motivés de son médecin-conseil - qui ne constituaient pas une preuve libératoire au sens de la jurisprudence - pour mettre un terme à la prise en charge des lésions constatées à la suite de l'événement traumatique. Quant au point de vue exposé par le Dr H. _____ le 2 juillet 2019, il ne pouvait non plus suffire à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'événement

traumatique et les lésions présentées par le recourant à ses deux épaules. La Cour a ainsi jugé que la décision entreprise reposait, faute d'une analyse détaillée et objective de la situation concrète du recourant, sur des éléments insuffisants, si bien qu'il se justifiait de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartenait de mettre en œuvre une expertise comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. Cet expert aurait notamment pour tâche de se renseigner sur le mécanisme et les circonstances de la chute du 24 décembre 2018, de se prononcer sur les questions mises en évidence par l'arrêt cantonal de renvoi et de se déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, au sujet de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les différentes lésions subies et, cas échéant, sur la date d'un éventuel *statu quo sine ou ante*.

c) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr S._____ et de son complément, selon lesquelles, d'une part, le recourant a subi, au cours de l'événement traumatique du 24 décembre 2018, une contusion de l'épaule droite et une entorse de l'épaule gauche, et, d'autre part, le *statu quo sine* à droite, de même que le *statu quo ante* à gauche ont été atteints en date du 19 mars 2019.

Les conclusions de l'expertise reposent sur une analyse minutieuse de la situation, qui tient compte notamment du mécanisme lésionnel, du tableau clinique immédiatement postérieur à la chute et d'un examen détaillé de l'imagerie.

En ce qui concerne l'étiologie de la rupture, l'expert a relevé qu'au jour de l'accident du 24 décembre 2018, les deux épaules du recourant présentaient une lésion de la coiffe supéro-antérieure (à droite à un stade très avancé ; à gauche à un stade précoce) indiquant une prédisposition personnelle. La cause déclenchante du processus dégénératif était un os acromial à droite et une arthrose dans l'articulation acromio-claviculaire avec un bec osseux sous-acromial à gauche. Dans les deux cas, l'expert était d'avis que la lésion était la conséquence d'un processus dégénératif.

En ce qui concerne le mécanisme lésionnel, l'expert a retenu que le recourant se serait tourné pendant la chute vers le côté droit et aurait heurté le sol avec son épaule droite ; au même moment, il aurait tenté de se retenir à une clôture de jardin avec la main gauche. Sur la base de ces faits, l'expert a estimé qu'il était peu probable que ladite chute ait pu conduire à droite à une rupture de la coiffe et qu'il était improbable qu'elle ait pu conduire à une lésion à gauche. A droite, il s'agissait d'une contusion de l'épaule, alors qu'à gauche, il s'agissait d'une entorse de l'épaule, lesquelles avaient conduit à une décompensation d'une lésion dégénérative préexistante de la coiffe.

En ce qui concerne le tableau clinique immédiatement après la chute, l'expert a relevé que presque 80 % des patients étaient incapables de soulever activement le bras immédiatement après une lésion traumatique de la coiffe (pseudo-paralysie), la mobilité se normalisant spontanément dans les heures ou jours suivants. Or le recourant, s'il s'est plaint de fortes douleurs à l'épaule (droite) après la chute, a nié ne plus avoir pu bouger son épaule immédiatement après l'accident. En outre, les Drs A. _____ et H. _____, consultés dans les mois suivants l'accident, avaient rapporté une mobilité des épaules libre, complète et symétrique, avec une force en abduction très bonne. L'expert en a déduit que, cliniquement, il n'était pas possible de diagnostiquer une rupture du supraépineux.

En ce qui concerne l'imagerie, l'expert a retenu que tant la radiographie que l'IRM avaient mis en évidence une arthrose dans une phase précoce de l'épaule droite. L'échographie réalisée trois jours après l'accident n'avait pas montré d'épanchement articulaire ni à gauche ni à droite, alors même qu'une lésion traumatique de la manchette provoquait un saignement, et donc un épanchement articulaire. L'arthro-IRM du 25 janvier 2019 avait montré une rétractation prononcée du moignon du tendon du supraépineux (Patte stade II), laquelle se faisait en général lentement et nécessitait plusieurs mois pour se former de manière aussi prononcée. L'expert a encore relevé que, à droite, le moignon du tendon

était fortement aminci et effiloché avec une lésion en forme de clivage alors qu'à gauche il s'était produit une perte de substance circonscrite d'origine mécanique avec amincissement consécutif du tendon, modifications qui étaient l'expression d'un processus dégénératif de longue durée. Le muscle du supraépineux à droite présentait à la fois une atrophie et une infiltration graisseuse (stade II selon Gouttalier), affection qui ne s'observait que lorsque la symptomatologie durait depuis plus de six mois. Le trochiter droit était le lieu d'une ostéopénie localisée, phénomène qui devenait visible dans les lésions chroniques de la coiffe des rotateurs. De plus, la tendinopathie chronique du long chef du biceps observée des deux côtés, avec subluxation à droite, était l'expression d'un processus dégénératif. L'hypertrophie du *teres minor* à droite, seul tendon sans lésion, marquait une lésion de la coiffe de longue durée car il signalait un déséquilibre musculaire entraîné par une rupture massive de la coiffe et une sollicitation accrue du muscle encore intacte. Procédant à une analyse comparative de l'échographie effectuée trois jours après l'accident, de l'arthro-IRM du 25 janvier 2019 et du rapport du 26 février 2019 du Dr H._____, l'expert a finalement constaté une extension considérable de la lésion de la coiffe (tendon du supraépineux complètement déchiré et retracté ; long chef du biceps effiloché et subluxé en avant ; tendons du subscapulaire et infra-épineux montrant une rupture subtotale ; migration en direction postérieure de toute la couche tendineuse de la coiffe) au cours des mois suivant la chute, ce qui laissait à supposer qu'il s'agissait d'une décompensation douloureuse ou fonctionnelle d'une lésion dégénérative préexistante de la coiffe.

En conclusion, le Dr S._____ a retenu que la chute n'était pas susceptible, d'un point de vue biomécanique, d'entraîner une lésion d'une coiffe intacte ; l'analyse des modifications structurelles avait révélé des modifications d'origine exclusivement dégénérative ; quant à l'ampleur de certaines modifications structurelles (arthrose au niveau de la tête humérale, rétractation du tendon supraépineux, atrophie, infiltration graisseuse, hypertrophie du *teres minor*, subluxation et fissuration du long-chef du biceps, extension progressive de la lésion), elle permettait de conclure que ces modifications structurelles étaient déjà

présentes au moment de l'accident. La chute avait très probablement entraîné la décompensation douloureuse d'une altération des tendons dégénérative préexistante. Du point de vue de l'expert, le lien de causalité entre les atteintes constatées et la chute du 24 décembre 2018 était seulement possible à droite, et peu probable à gauche. En date du 19 mars 2019, le *statu quo sine* avait été atteint à droite et le *statu quo ante* avait été atteint à gauche. L'indication opératoire à l'intervention chirurgicale du 20 mars 2019 consistant à supprimer les douleurs causées par la lésion dégénérative de la coiffe.

d) Les prises de position du Dr H._____ des 15 février 2023 et 30 avril 2024 ne justifient pas de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr S._____ et de son complément.

Le Dr H._____ se limite en effet à formuler des critiques isolées de l'expertise et à citer, de façon générale, de la littérature médicale, sans procéder à une analyse globale de la situation qui intègre l'ensemble des éléments mis en évidence dans le cas du recourant (mécanisme lésionnel ; tableau clinique ; imagerie).

Les rapports du Dr H._____ contiennent également plusieurs erreurs factuelles (comme, par exemple, la date de l'accident ou la date de l'IRM) qui incitent à douter du bien-fondé de son analyse.

Pour le surplus, le Dr S._____ a, dans son complément du 1^{er} février 2024, répondu de manière convaincante aux diverses remarques formulées par le Dr H._____ dans son avis du 15 février 2023.

e) Compte tenu des explications convaincantes données par le Dr S._____ dans son rapport d'expertise et dans son complément, il y a lieu de constater que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations avec effet au 16 juin 2019.

6. Pour le reste, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction

apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son acte de recours du 12 juillet 2024 doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 juin 2024 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais (pour W. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :