

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 689 vom 19. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__689

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 689 du 19 août 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 689 del 19 agosto 2024

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, APPRÉCIATION DES PREUVES, FORCE PROBANTE, LIEN DE CAUSALITÉ | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 689

ACCIDENT PROFESSIONNEL, APPRÉCIATION DES PREUVES, FORCE PROBANTE, LIEN DE CAUSALITÉ | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 110/23 - 88/2024 ZA23.047716 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 19 août 2024 _____ Composition : M. Wiedler , président M. Neu et

Mme Livet, juges Greffière : Mme _____ P. Meylan ***** Cause pendante entre :

R. _____ , à [...], recourant, représenté par Syndicat Unia Région Vaud, à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

_____ Art. 4, 43 al. 1 LPGA, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A.

R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], originaire du Portugal, au bénéfice d'un permis d'établissement, a travaillé en qualité de maçon pour le compte de [...] SA (ci-après : l'employeuse), sise à [...], dès le 16 juillet 2013. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre la survenance d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsque, le 31 août 2022, il a perdu l'équilibre et s'est tapé l'épaule gauche contre une camionnette alors qu'il y chargeait du matériel. Le lendemain 1^{er} septembre 2022, il a consulté le Dr Q. _____, médecin praticien. Ce dernier a alors délivré à l'assuré un certificat d'arrêt de travail à 100 % du 1^{er} au 8 septembre 2022. Le même jour, l'assuré a passé un examen radiographique de l'épaule gauche réalisé par le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie générale. Ces radiographies n'ont mis en évidence ni lésion traumatique, ni luxation osseuses. Le 2 septembre 2022, l'employeuse a déclaré le sinistre comme accident à la CNA. Elle a notamment indiqué que l'assuré était blessé à l'épaule gauche et qualifié la lésion de contusion. Elle a également précisé que l'assuré avait interrompu son travail à la suite de l'accident, et ce dès le 1^{er} septembre 2022. Le 7 septembre 2022, la CNA a confirmé à l'employeuse la prise en charge du sinistre et le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire. L'arrêt de travail prescrit à l'assuré a été prolongé une première fois, le 7 septembre 2022, au 10 septembre 2022 par le Dr B. _____, puis une seconde fois, le 9 septembre 2022, au 18 septembre 2022 par le Dr X. _____, médecin praticien. Le 20 septembre 2022, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100 %. Le 4 octobre 2022, le Dr X. _____ a prescrit à l'assuré un nouvel arrêt de travail du 4 au 25 octobre 2022. Par courrier du 12 octobre 2022 à l'assuré, la CNA a réagi à l'annonce par l'employeuse de ce nouvel arrêt de travail comme suit :

« [...] Au vu de la nouvelle incapacité de travail dès le 4 octobre 2022, nous devons émettre des réserves dès la date précitée sur l'intégralité des prestations (indemnités journalières et frais médicaux). [...] ». Le 13 octobre 2022, le Dr X._____ a délivré à l'assuré un nouveau certificat d'arrêt de travail à 100 % couvrant la période du 3 au 25 octobre 2022. Le 20 octobre 2022, l'assuré a passé un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche réalisé par la Dre W._____, spécialiste en radiologie. Cet examen a révélé une déchirure transfixiante du tendon supra-épineux avec atrophie de grade 1 du corps musculaire et signes de tendinopathie, une tendinopathie sans évidence de déchirure du tendon sous-scapulaire, un aspect effiloché des fibres crânielles du tendon infra-épineux à la jonction de la déchirure du tendon supra-épineux, une tendinopathie de la portion intra-articulaire du tendon long chef du biceps, une capsulite très inflammatoire ainsi qu'une congestion inflammatoire d'une discrète arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. Le 25 octobre 2022, le Dr X._____ a prolongé l'arrêt de travail au 31 décembre 2022 et émis un bon de délégation par lequel il a référé l'assuré auprès du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour une consultation spécialisée. Le 3 novembre 2022, le Dr D._____ a reçu l'assuré à sa consultation d'orthopédie. Dans son rapport médical du 4 novembre 2022, il a posé le diagnostic de déchirure transfixiante post-traumatique du sus-épineux de l'épaule gauche sur traumatisme du 28 octobre 2022 [recte : 31 août 2022]. Il y avait une indication à une arthroscopie d'épaule avec plus ou moins un geste de réparation du tendon du sus-épineux. Le 3 novembre 2022, le Dr D._____ a en outre attesté de l'incapacité de travail à 100 % de l'assuré du 9 novembre 2022 au 9 janvier 2023. Le 13 novembre 2022, le Dr Q._____ a notamment exposé à la CNA avoir constaté, lors de la consultation initiale du 1^{er} septembre 2022, une atteinte fonctionnelle consistant en la limitation de l'abduction passive à 70° et retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche. Le 30 novembre 2022, le Dr X._____ a, quant à lui, indiqué à la CNA qu'il avait examiné l'assuré le 4 octobre 2022, lequel présentait alors une forte douleur à l'épaule gauche avec impotence à l'abduction. Il avait suspecté une atteinte traumatique de la coiffe des rotateurs, préconisé un examen d'IRM et référé l'assuré auprès du Dr D._____. Il confirmait le diagnostic de déchirure transfixiante post-traumatique du sus-épineux de l'épaule gauche. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr N._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de l'assurance. Le 5 janvier 2023, ce dernier, répondant aux questions de la CNA, a considéré que l'évènement du 31 août 2022 n'avait occasionné, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une contusion de l'épaule gauche et qu'il avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 1^{er} octobre 2022. Plus particulièrement, le dommage sur lequel devait porter l'arthroscopie n'était pas imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 31 août 2022. Ainsi, il ressortait du rapport d'IRM du 20 octobre 2022 que cette imagerie avait révélé des signes de dégénérescence graisseuse et une rétraction tendineuse, ce qui n'avait pas pu s'être constitué en si peu de temps. L'épaule gauche de l'assuré présentait une affection qui s'exprimait de manière latente mais certaine, avant l'évènement du 31 août 2022. Dès lors que l'évolution habituelle d'une contusion de l'épaule se faisait vers la guérison en l'espace d'un mois, l'évènement du 31 août 2022 avait cessé de déployer ses effets au 1^{er} octobre 2022. B. Par décision du 5 janvier 2023, la CNA a mis un terme au versement à l'assuré des prestations d'assurance au 3 octobre 2022 et nié le droit de l'assuré aux prestations d'assurance au-delà de cette date. De l'avis de son médecin d'arrondissement, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint depuis le 1^{er} octobre 2022

au plus tard. Par courrier du 11 janvier 2023, l'assuré, représenté par Syndicat Unia Région Vaud, a formé opposition contre la décision précitée. Il a complété son opposition le 15 mars 2023. Il concluait à l'annulation de la décision entreprise, au maintien de la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières liées à l'incapacité de travail en résultant. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 21 février 2023 du Dr D._____. Ce dernier indiquait qu'une intervention chirurgicale sous arthroscopie avait eu lieu le 18 janvier 2023 consistant en une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, avec suture du sus-épineux, à la suite d'une déchirure de celle-ci, notamment au niveau du sus-épineux. Il relevait encore ce qui suit : « [...] Je l'ai revu en consultation le 21.02.2023 avec un patient qui a cessé toute prise d'antalgie qui a repris une mobilité avec la physiothérapie sans aucun signe de capsule rétractile [...]. L'arthroscopie de l'épaule gauche le 18.01.23 a démontré une déchirure du tendon du sus-épineux et une lésion de grade II avec une rétraction de grade II avec un bon tonus musculaire au niveau du sus-épineux, il n'y avait pas d'atrophie graisseuse. Ce type de lésion en toute vraisemblance est liée à un accident récent. L'accident du 31.08.22 correspond très bien aux images que nous avons pu voir et prendre lors de l'arthroscopie. Le tendon du sus-épineux n'était que très peu rétracté et celui-ci revenait facilement sur son Footprint ce qui a permis d'effectuer une réparation sans difficulté. Le patient ne présentait pas de signe de capsulite rétractile. Il avait un état inflammatoire relié à la déchirure du tendon. La poulie du biceps était également déchirée. Une ténotomie du biceps a été réalisée. Les lésions objectivées chez ce patient visibles sur l'IRM et par arthroscopie ne plaident pas en faveur d'une affection qui [se serait exprimée] de manière latente avant l'accident du 31.08.22. [...] ». Le rapport précité a été versé au dossier de la CNA. Avant qu'il ne soit soumis une nouvelle fois au Dr N._____, ce dossier de l'assuré a encore été complété, le 28 mars 2023, du rapport opératoire du 18 janvier 2023 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Il ressort de ce rapport que l'intervention chirurgicale pratiquée par les Drs V._____ et D._____ a consisté en une arthroscopie de l'épaule gauche avec débridement, une ténotomie du long chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'une bursectomie sous-acromiale et acromioplastie sur diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps de l'épaule gauche. Le diagnostic arthroscopique était en outre le suivant : « en intra-articulaire, lésion de type SLAP II, lésion partielle de la poulie du long chef du biceps, déchirure de la coiffe des rotateurs (supra-épineux, lésion de grade II, rétraction de grade II) ». A teneur de son appréciation médicale du 4 juillet 2023, le Dr N._____ a en substance confirmé ses précédentes conclusions. Il a retenu les diagnostics suivants : « En rapport avec l'événement du 31.08.2022 : - Contusion de l'épaule gauche. En [recte : sans] lien avec l'événement du 31.08.2022 au degré de vraisemblance prépondérante : - Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire gauche. - Dégénérescence grade I des muscles de la coiffe des rotateurs touchant l'ensemble des muscles. - Déchirure transfixiante de la partie centrale du supra-épineux. - Déchirure irrégulière du tendon de l'infra-épineux. - Tendinopathie du tendon du sous-scapulaire. - Tendinopathie du tendon du long chef du biceps. - Capsulite rétractile inflammatoire marquée ». Selon lui, ces derniers diagnostics relevaient exclusivement de la maladie. Par décision sur opposition du 5 octobre 2023, la CNA a levé l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 5 janvier 2023. Elle a en substance considéré que le Dr D._____ n'avait pas exposé comment les atteintes mises en évidence auraient pu apparaître en si peu de temps après l'accident, alors que le Dr N._____ avait expliqué que cela était le signe d'atteintes anciennes, ni tenu

compte du mécanisme accidentel du cas particulier. Le dossier ne contenait dès lors aucun rapport circonstancié amenant des éléments objectifs permettant de contredire l'appréciation du Dr N. _____, seule pièce médicale explicitant clairement, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre les atteintes et l'évènement s'était éteint un mois après sa survenance. C. Par acte du 6 novembre 2023, R. _____, représenté par Syndicat Unia Vaud, a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 5 octobre 2023 de la CNA et à la prise en charge par l'assurance-accidents des traitements et indemnités journalières résultant de l'accident du 31 août 2022 au-delà du 3 octobre 2022 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il soutient que le rapport du 21 février 2023 du Dr D. _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et conteste que l'appréciation du 4 juillet 2023 du Dr N. _____ puisse emporter conviction, étant souligné que ce dernier n'était pas revenu sur le rapport post-opératoire et les constatations faites par le chirurgien lors de l'opération du 18 janvier 2023. Il considère qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 31 août 2022 et le dommage sur lequel a porté l'opération du 18 janvier 2023 et conteste donc la décision de l'intimée de mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 3 octobre 2022. Le 21 novembre 2023, l'intimée a déposé sa réponse au recours et conclu à son rejet. Elle s'est limitée à observer que le Dr N. _____ avait tenu compte du rapport opératoire et du rapport subséquent puisqu'il y avait fait référence dans son appréciation du 4 juillet 2023. Rien n'autorisait à s'écarter des conclusions probantes et convaincantes du médecin d'assurance. Le 18 décembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. 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 31 août 2022 et les atteintes subies par le recourant au-delà du 3 octobre 2022, singulièrement sur le droit du recourant 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 dommageable à la santé doit pouvoir être rattachée à la cause extérieure extraordinaire par un lien de causalité naturelle et adéquate (Stéphanie

Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless (édit.), Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n o 48 ad art. 4 LPGA et les arrêts cités). 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 ancré à l'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. Il 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) Le fait tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (TF 8C_23/2024 du 4 juillet 2024 consid. 4.2 et les arrêts cités). d) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins internes aux assureurs sociaux tant qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, 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). e) 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 LPGA (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. a) En l'espèce, l'intimée ne conteste pas le caractère accidentel de l'évènement du 31 août 2022 au sens des dispositions précitées. Est en revanche litigieuse la question du lien de causalité entre cet évènement et les atteintes à l'épaule gauche, en particulier la déchirure transfixiante du sus-épineux, qui ont persisté au-delà du 3 octobre 2022, soit la date à partir de laquelle le recourant a subi une nouvelle incapacité de travail, après qu'il avait repris son activité professionnelle le 20 septembre 2022. Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir retenu l'inexistence d'un tel lien de causalité sur la base du rapport du 4 juillet 2023 du Dr N. _____ dont il estime qu'il est

sérieusement contesté par les constatations du Dr D._____. L'intimée soutient, quant à elle, que rien ne permet de s'écarter des conclusions du médecin d'assurance qu'elle considère probantes et convaincantes, le Dr N._____ ayant tenu compte du rapport opératoire du Dr V._____ et du rapport subséquent du Dr D._____ puisqu'il y est fait référence dans son appréciation médicale du 4 juillet 2023. b) Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de l'appréciation médicale du 4 juillet 2023 du Dr N._____, étant rappelé, que s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité de ses constatations, un complément d'instruction sera nécessaire. c) La Cour de céans constate que l'appréciation médicale du 4 juillet 2023 du Dr N._____ repose certes sur des faits établis non seulement sur la base de la déclaration de sinistre du 2 septembre 2022, des rapports d'imagerie, des rapports de consultation, mais encore sur celle du compte-rendu opératoire du 18 janvier 2023 du Dr V._____ ainsi que du rapport du 21 février 2023 du Dr D._____. Cependant, s'agissant de la documentation radiologique, on ignore quelles imageries le Dr N._____ a consultées et a fortiori sur lesquelles il a fondé son appréciation médicale, ce dernier s'étant à cet égard limité au commentaire suivant : « Les clichés consultés sont conformes aux comptes-rendus produits » (cf. p. 3 de son appréciation médicale du 4 juillet 2023). Plus particulièrement, alors que le Dr D._____ relève, dans son rapport du 21 février 2023, s'agissant notamment de la déchirure transfixiante du sus-épineux, que « l'accident du 31.08.22 correspond très bien aux images que nous avons puees (sic) voir et prendre lors de l'arthroscopie », il ne ressort pas de l'appréciation médicale précitée que le Dr N._____ en aurait pris connaissance. Pareilles images ne figurent du reste pas au dossier. Partant, on ne saurait retenir que l'appréciation médicale du Dr N._____, médecin d'assurance, tient compte de toutes les pièces médicales pertinentes existantes. A cela s'ajoute que cette appréciation, bien que sollicitée par l'intimée à la suite de sa réception du rapport opératoire du 18 janvier 2023 et du rapport du 21 février 2023 du Dr D._____, ne comprend aucune discussion des constatations et conclusions du Dr D._____. Ainsi, le Dr N._____ ne motive pas en quoi les conclusions de ce spécialiste – dont on rappelle qu'elles sont notamment fondées sur ses propres observations arthroscopiques du 18 janvier 2023 – seraient erronées. Il ne dit mot des constatations contradictoires du Dr D._____ s'agissant notamment de l'absence d'atrophie graisseuse ou de signe de capsulite rétractile. Bien plutôt, le médecin d'assurance se limite à confirmer de manière péremptoire que la déchirure serait d'origine dégénérative, sans autre explication permettant d'exclure une cause traumatique. Les éléments qui précèdent sont aptes à soulever des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr N._____ concernant la cause de la déchirure transfixiante du sus-épineux de l'épaule gauche et son éventuel rapport à l'accident du 31 août 2022. Aussi l'intimée ne peut-elle être suivie lorsqu'elle considère que l'appréciation médicale du 4 juillet 2023 de son médecin d'assurance suffit à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine vel ante était rétabli dès le 3 octobre 2022. Dans ces circonstances, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée, à qui incombe l'instruction de la demande conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). 6. En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 5 octobre 2023 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son mandataire (art. 61 let. g

LPGA ; ATF 126 V 11 consid. 2 ; 110 V 57 consid. 3a ; cf. également TF 8C_533/2016 consid. 6.2.2). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 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. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 5 octobre 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. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à R. _____ le montant de 1'200 fr. (mille deux cents francs), débours et TVA compris, à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Syndicat Unia Vaud (pour R. _____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.