

VD_GERICHTE ZA24.020129 vom 13. November 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.020129

FR: VD_GERICHTE ZA24.020129 du 13 novembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZA24.020129 del 13 novembre 2024

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 58/24 - 119/2024 ZA24.020129 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 13 novembre 2024 _____ Composition : M. NEU, président
M. Oppikofer et Mme Glas, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :
E. _____, à Q. _____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
à Lucerne, intimée. _____ Art. 43 al. 1 LPGA et 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. Né en 1989, E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) percevait des indemnités de l'assurance-chômage depuis le 3 mai 2021 et était à ce titre assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 21 novembre 2022, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite après être tombé dans les escaliers. Il a présenté une incapacité totale de travail dès le 24 novembre 2022. Après avoir procédé, le 6 décembre 2022, à une radiographie et à une échographie de l'épaule droite, le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'existence d'une tendino-bursite de surface de la coiffe avec de petites calcifications et à un probable conflit sous-acromial au niveau de la portion supérieure du sous-scapulaire et antérieure du supra-épineux (rapport du 6 décembre 2022). La CNA a pris en charge le cas (courrier du 31 janvier 2023). Le 7 mars 2023, l'assuré a consulté le Dr L. _____, médecin chef de clinique auprès de l'Hôpital I. _____, lequel a demandé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule droite. Cet examen a eu lieu le 22 mars 2023. Dans son compte-rendu daté du même jour, le Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a relevé que l'intéressé avait déjà été opéré à l'épaule gauche et qu'il présentait des douleurs persistantes à l'épaule droite. Il a retenu l'existence d'un conflit acromio-huméral modéré accentué par le ligament coraco-acromial, d'une tendinopathie du sus-épineux et d'un aspect congestif de l'articulation acromio-claviculaire. Dans un rapport du 1er juin 2023, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de dyskinésie de l'omoplate. Estimant que des

- 3 - infiltrations étaient inutiles en raison du caractère mécanique de l'atteinte, il a prescrit des séances de physiothérapie. Sollicité pour détermination, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de la CNA, a indiqué que l'assuré présentait des atteintes antérieures à l'accident du 21 novembre 2022, sous la forme d'un conflit sous-acromial avec tendinopathie du sus-épineux et d'une dyskinésie de l'omoplate. Il a par ailleurs souligné que le bilan radiologique réalisé à la suite de cet événement n'avait pas montré de fracture ni d'atteinte tendineuse transfixiante de la coiffe des rotateurs. En revanche, il existait un bec sous-acromial et un angle CSA [critical shoulder angle, réd.] de l'ordre de 40°, tous deux

facteurs favorisant un conflit sous- acromial. Dans la mesure où l'accident en question n'avait entraîné qu'une contusion de l'épaule droite, il fallait admettre qu'il avait cessé de déployer ses effets trois semaines après sa survenue (appréciation du 27 juin 2023). Par décision du 12 juillet 2023, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais traitement) avec effet à cette date, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 21 novembre 2022 pouvait être considéré comme atteint depuis le 12 décembre 2022 au plus tard. Représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 12 septembre 2023. Contestant l'appréciation du Dr J. _____, il a fait valoir qu'il n'avait pas été établi de façon satisfaisante que son état de santé serait 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). Or il incombait à l'assurance d'en faire la démonstration. Par conséquent, il n'était pas prouvé que le lien de causalité entre l'accident du 21 novembre 2022 et les atteintes à la santé persistantes serait rompu. Aussi la CNA restait tenue de prêter au-delà du

- 4 - 12 juillet 2023. L'assuré a encore annoncé qu'il entendait soumettre son cas à l'appréciation d'un médecin externe. Le 16 janvier 2024, la CNA a reçu un rapport établi le même jour ensuite d'une consultation pratiquée la veille par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par courrier du 8 février 2024, l'assuré a transmis à la CNA un rapport du 19 janvier 2024 ainsi qu'un certificat médical du 1er février 2024 tous deux établis à sa demande, respectivement par le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et par la Dre W. _____, médecin praticien et médecin traitant. Selon le Dr Z. _____, plus aucune activité manuelle n'était exigible à compter du 21 novembre 2022, la capacité de travail étant limitée au secteur administratif. Or, comme l'assuré ne disposait d'aucune formation lui permettant d'exercer dans ce domaine, sa capacité de travail demeurerait nulle, aussi longtemps qu'il n'aurait pas pu bénéficier d'une formation professionnelle. Aussi s'était-il vu contraint de solliciter des mesures professionnelles auprès de l'assurance-invalidité. S'agissant de l'avis du Dr J. _____, le Dr Z. _____ a signalé que, lors d'un conflit sous- acromial/tendinopathie, les douleurs pouvaient se prolonger bien au-delà de trois semaines, ajoutant qu'une tendinopathie pouvait se produire lors d'une chute. De son côté, la Dre W. _____ a retenu une capacité de travail de l'ordre de 25 % (capacité de travail de 50 % avec perte de rendement de 50 %). Selon cette médecin, son patient ne s'était jamais plaint de l'épaule droite avant l'accident du 21 novembre 2022 et aucune limitation fonctionnelle n'avait été constatée jusque-là. De plus, sa santé n'était aucunement altérée avant cet événement. L'assuré a inféré des documents produits que l'avis du Dr J. _____, établi en l'absence de tout examen clinique, était dépourvu de valeur probante, à tout le moins que le rapport du Dr Z. _____ permettait de jeter un doute sur le bien-fondé de ses constatations. En tout état de cause, le cas n'était manifestement pas stabilisé, si bien que la CNA demeurait tenue de prêter.

- 5 - Dans une appréciation médicale du 12 mars 2024, le Dr J. _____ a relevé que l'accident du 21 novembre 2022 avait entraîné une contusion de l'épaule droite chez un assuré présentant des antécédents de douleurs à cette même épaule ; cette symptomatologie douloureuse avait nécessité des examens radiologiques standards et une échographie, lesquels s'étaient révélés normaux. Selon ce médecin, ces troubles préexistants n'ont pas été aggravés par une atteinte structurelle objectivable. En effet, il ressortait du dossier

radiologique à disposition que l'état de l'épaule droite était vraisemblablement déjà altéré avant l'accident du 21 novembre 2022. Le bilan échographique de l'épaule droite du 6 décembre 2022 avait montré au niveau de l'articulation acromio-claviculaire un aspect épaissi de la capsule articulaire avec un possible conflit à la surface de la coiffe au niveau antéro-inférieur ; il existait également de minimes calcifications à la surface du tendon sous- scapulaire avec une petite lame d'épanchement dans la bourse sous-acromiodeltoïdienne évoquant une tendinopathie calcifiante débutante ; la radiographie standard avait révélé un petit bec sous-acromial, facteur susceptible de favoriser l'apparition d'un conflit sous-acromial. L'arthro-IRM du 22 mars 2023 avait mis en évidence un aspect hypertrophié du ligament coraco-acromial avec un acromion légèrement incliné vers le bas, facteur favorisant l'apparition d'un conflit sous-acromial, pouvant entraîner une souffrance tendineuse avec une hétérogénéité modérée du tendon sus-épineux surtout distalement. Le Dr J. _____ a fait remarquer que ces examens n'avaient pas montré d'atteinte transfixiante de la coiffe des rotateurs imputable à l'événement accidentel. Aussi, en l'absence d'atteintes structurelles objectivables de type déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs, à l'épaule droite, il fallait admettre que la contusion n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire. Or les troubles consécutifs à une contusion se résolvaient habituellement en trois ou quatre semaines. D'après le médecin-conseil, les troubles actuels n'étaient donc pas imputables à l'accident assuré, dans la mesure où il existait des signes radiologiques évoquant un conflit sous-acromial et des signes de dyskinésie de l'omoplate susceptibles d'entraîner des douleurs sous-acromiales ou de péjorer des signes de conflit sous-acromial.

- 6 - Par décision sur opposition du 2 avril 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a souligné que la plupart des médecins consultés par ce dernier n'avaient pas expressément fait état d'un lien entre les troubles à l'épaule droite et l'accident du 21 novembre 2022. Tout au plus avaient-ils indiqué que l'intéressé s'était plaint de douleurs après cet événement. Or un tel raisonnement ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle. Au demeurant, la CNA a relevé que des plaintes à l'épaule droite avaient déjà été mentionnées dans le contexte d'un précédent accident survenu le 12 octobre 2018, ayant occasionné des lésions à l'épaule gauche. Quant aux autres pièces du dossier, elles n'étaient pas contributives pour l'évaluation de la problématique se posant dans le cas d'espèce. Aussi convenait-il d'admettre que les conclusions du Dr J. _____ devaient se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il fallait donc retenir que l'accident litigieux avait cessé de déployer ses effets dans les trois semaines ayant suivi sa survenue. Dès lors, en mettant fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) au 12 juillet 2023, la décision initiale n'était pas critiquable. B. a) Par acte du 7 mai 2024, E. _____, toujours représenté par Me Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 2 avril 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi de plus amples prestations en sa faveur et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. L'assuré a relevé que les circonstances exactes de l'accident du 21 novembre 2022 n'avaient jamais fait l'objet d'une quelconque instruction. Or le Dr Z. _____ avait souligné qu'une chute dans un escalier pouvait parfaitement provoquer des lésions susceptibles d'entraîner des conséquences au-delà de trois semaines. Il était donc particulièrement étonnant que le Dr J. _____ parte du postulat qu'une chute dans un escalier ne saurait justifier un arrêt de travail supérieur à

- 7 - trois semaines. En outre, son appréciation ne pouvait être suivie dans la mesure où la Dre W. _____ avait clairement indiqué que son patient ne s'était jamais plaint d'aucune douleur avant cet accident et qu'il n'avait de surcroît été sujet à aucune limitation fonctionnelle jusqu'alors. Par ailleurs, le Dr J. _____ n'était aucunement son raisonnement, puisqu'il ne se référait à aucun rapport médical au dossier ou à une quelconque constatation particulière lui permettant d'asseoir ses conclusions. En tout état de cause, l'assuré ne pouvait que déplorer l'absence de toute expertise permettant de faire la lumière sur sa capacité résiduelle de travail mais également sur le lien de causalité entre ses atteintes à l'épaule et l'accident du 21 novembre 2022. Aussi a-t-il formellement sollicité la mise en œuvre d'une expertise sur le plan orthopédique et neurologique, voire radiologique, « afin de déterminer les répercussions réelles de l'accident (...), tant au niveau de sa capacité de travail que de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ». b) Par décision du 29 mai 2024, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 mai 2024. Tout en étant exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, il était astreint au paiement d'une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1er juillet 2024. Un conseil d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc, avocat, a été désigné. c) Dans sa réponse du 12 juin 2024, la CNA a, en l'absence de nouvelles allégations, renvoyé aux arguments développés dans la décision attaquée, si bien qu'elle a conclu au rejet du recours. Elle a joint à sa correspondance un rapport établi le 2 mars 2020 à la suite d'un séjour de l'assuré auprès de la Clinique R. _____ motivé par des douleurs chroniques à l'épaule gauche. d) Le 24 juin 2024, Me Duc a fait parvenir la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 7 mai au 24 juin 2024, non sans solliciter la mise en œuvre de débats publics. E n d r o i t :

- 8 - 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 de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 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 aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 12 juillet 2023. 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 réputée 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) aa) 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 ;

- 9 - 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). bb) 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).

- 10 - 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). cc) 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. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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

- 11 - (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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises 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_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). d) 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

- 12 - 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). 5. a) En l'occurrence, il convient d'examiner si les renseignements médicaux figurant au dossier permettent de retenir ou d'exclure un lien de causalité entre l'accident du 21 novembre 2022 et la persistance des troubles du recourant au niveau de l'épaule droite au-delà du 12 juillet 2023. b) Se fondant sur l'appréciation du Dr J._____, l'intimée estime que les troubles persistants n'ont pas de lien avec l'accident, lequel aurait uniquement révélé des lésions dégénératives préexistantes de l'épaule droite. Le recourant conteste cet avis, faisant valoir qu'il convient de se fonder sur l'appréciation des Drs Z._____, W._____ et S._____. c) aa) Les rapports établis ensuite des consultations effectuées font état de différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués par le recourant. Dans son rapport du 1er juin 2023, le Dr M._____ a retenu une dyskinésie de l'omoplate, alors que le Dr S._____ a diagnostiqué, pour l'épaule droite, un conflit sous-acromial, une arthropathie acromio-claviculaire, une bursite sous-acromio- deltoïdienne ainsi qu'une tendinopathie/tendinose du supra-épineux (rapport du 16 janvier 2024). Pour sa part, la Dre W._____, médecin traitant, a retenu une tendinopathie de l'épaule droite sur conflit sous- acromial (certificat médical du 1er février

2024), tandis que le Dr Z._____ a posé les diagnostics de douleurs à l'épaule droite avec conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux (rapport du 19 janvier 2024). Ces praticiens ne se prononcent toutefois pas clairement sur le lien de causalité entre la symptomatologie présentée par leur patient et l'accident du 21 novembre 2022.

- 13 - bb) Dans ce contexte, il sied de relever que l'intimée n'a pas spécifiquement questionné les médecins consultés à propos de cette problématique, ayant rendu la décision du 12 juillet 2023 et la décision sur opposition du 2 avril 2024 uniquement sur la base de l'avis de son médecin-conseil, le Dr J._____. S'agissant de l'appréciation de ce dernier, contenue pour l'essentiel dans le rapport du 12 mars 2024, force est de constater que ce document, pour le moins succinct, ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels rappelés au considérant 4a ci-avant pour se voir accorder pleine valeur probante. Quand bien même le Dr J._____ s'est prononcé en pleine connaissance des pièces du dossier, ce spécialiste n'a pour sa part procédé à aucun examen de l'assuré. Il s'est borné à mettre en doute le lien de causalité entre la persistance des troubles présentés par le recourant à l'épaule droite et l'accident du 21 novembre 2022, sur la base des observations de ses confrères et des rapports d'imagerie médicale. Ses conclusions laissent au demeurant subsister de nombreuses interrogations sur l'origine des problèmes allégués par l'assuré sans emporter la conviction quant à l'exclusion d'un tel lien. A cela s'ajoute que la Dre W._____ a estimé que la capacité de travail était de 25 % (capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 50 %), alors que Dr Z._____ a jugé que, dès la date de l'accident, plus aucune activité manuelle n'était exigible, la capacité de travail étant désormais limitée au seul secteur administratif. d) Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir 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. 4c in fine). 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

- 14 - la CNA, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant. 6. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire est sans objet, de même qu'est inutile au regard du constat d'une instruction incomplète sa requête tendant à la tenue de débats publics. 7. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 8. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). b) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante 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 1'500 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 la partie intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance

judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par ces motifs,

- 15 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 2 avril 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à E._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, avocat (pour E._____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique,

- 16 - 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 :

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