

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Durussel et Mme Gabellon, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Bex,

et

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

Art. 4, 6 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Y. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un premier accident en 2008. Il a alors chuté d'une hauteur de trois mètres occasionnant un traumatisme de l'épaule droite par traction et s'est cassé une côte. Il a par la suite repris une activité professionnelle comme plâtrier-peintre, dans laquelle il a été amené à faire des efforts qui ont conduit à l'apparition de douleurs de type inflammatoire. Les investigations médicales (dont une arthro-IRM de l'épaule droite du 7 décembre 2015) ont mis en évidence une lésion (déchirure) partielle (50 %) du tendon supra-épineux de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps et poussée congestive d'une arthropathie acromio-claviculaire droite. Au vu de sa profession qualifiée d'« activité manuelle lourde », l'intéressé a été mis à l'arrêt total de travail par son médecin traitant (le Dr C. _____, généraliste à [...]). Le traitement, de type conservateur, a consisté en des séances de physiothérapie complétées par des infiltrations, l'assuré ne désirant pas de geste invasif (rapports des 20 novembre et 14 décembre 2015 ainsi que des 23 juin et 26 juillet 2016 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et rapport du 8 décembre 2015 relatif à une arthro-IRM du jour précédent du Dr F. _____, spécialiste en radiologie).

b) Le 5 octobre 2017, employé par la société [...] Sàrl, en qualité de plâtrier-peintre (entreprise dont il est associé gérant avec signature individuelle), et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), l'assuré a glissé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et s'est retenu avec le bras droit. Atteint à son épaule droite (tuméfaction), il a dû interrompre le travail (déclaration de sinistre LAA du 5 octobre 2017). Les premiers soins ont été prodigués le jour même par le Dr E. _____, médecin généraliste. En l'absence de fracture constatée aux radiographies, ce médecin a retenu le diagnostic d'entorse de l'épaule droite. Il a prescrit un

arrêt total de travail jusqu'au 20 octobre 2017 ainsi qu'un traitement alliant repos, mobilisation douce et prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ([AINS] ; rapport médical LAA du 23 novembre 2017).

La CNA a pris en charge le traitement médical et versé les indemnités journalières à compter du 8 octobre 2017 (décision du 10 octobre 2017).

Le 31 octobre 2017, le Dr A._____ a organisé une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré, qui a mis en évidence une coiffe des rotateurs intacte, une bursite sous-acromiale et un important œdème au niveau acromio-claviculaire (rapport du 9 novembre 2017 relatif à une arthro-IRM du Dr D._____, spécialiste en radiologie). Sur la base de son examen clinique du même jour, le Dr A._____ a diagnostiqué une décompensation post traumatique d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une entorse acromio-claviculaire le 5 octobre 2017, dans le contexte d'une lésion partielle du tendon supra-épineux de cette épaule avec tendinopathie du long chef du biceps et poussée congestive d'une arthropathie acromio-claviculaire droite traitée conservativement en 2015. Il n'avait pas d'explication quant à l'importance de la symptomatologie actuelle ainsi qu'au déficit fonctionnel. L'assuré a également été adressé aux Drs Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, spécialiste en neurologie (rapport du 7 novembre 2017 du Dr A._____).

Dans son rapport du 21 novembre 2017 au Dr A._____, notant une épaule droite avec une flexion à nonante degrés, une abduction à quarante-cinq degrés et une rotation externe complète ainsi que des Triggers points très douloureux à la palpation en particulier au niveau du deltoïde, angulaire de l'omoplate, trapèze sous claviers, pectoral, sus- et sous-épineux, le Dr Q._____ a indiqué avoir fait une série de Needling avec injection Rapidocaïn® en raison de contractures musculaires en parallèle à un traitement ostéopathique au [...] ([...], à [...]), avec un bon résultat antalgique immédiat. Un rendez-vous de

contrôle était prévu le 19 décembre 2017 pour une nouvelle série de Needling en fonction de l'évolution des douleurs.

Le 19 décembre 2017, l'assuré s'est soumis à un ENMG (électroneuromyogramme) de son membre supérieur droit. Qualifiant cet examen de « rigoureusement normal » avec notamment « des réflexes tendineux bien évocables, l'absence de déficit moteur », le Dr J._____ a fait état d'une altération de la sensibilité superficielle dans le territoire du nerf ulnaire décrite. Il n'a pas retenu de substrat neurologique à l'origine des plaintes (rapport du 20 décembre 2017). Il a en outre précisé à la CNA que des « douleurs présentes de longue date » avaient influencé l'évolution du traitement, qualifiant le pronostic de « bon » (rapport du 9 janvier 2018).

La série de Needling avec injection Rapidocaïn® reprogrammée le 19 décembre 2017 a eu un effet favorable sur le plan de la mobilité et des douleurs (rapport du 8 janvier 2018 du Dr Q._____).

Interpellée le 11 janvier 2018, la Dre L._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a expliqué que l'événement du 5 octobre 2017 n'avait pas entraîné de lésion structurelle, l'assuré ayant développé par la suite des cervico-brachialgies prises en charge par le Dr Q._____, d'évolution favorable. Les douleurs dont il se plaignait encore à son membre supérieur droit n'étaient pas en relation de causalité certaine ou probable avec l'accident ; elles étaient à mettre sur le compte des atteintes préexistantes aggravées de manière passagère par la chute du 5 octobre 2017. Selon cette médecin-conseil, l'événement précité avait totalement cessé de produire ses effets au 5 janvier 2018, l'assuré étant apte à reprendre le travail au plus tard le 8 janvier 2018 (appréciation médicale du 12 janvier 2018).

Le 15 janvier 2018, la CNA a fait part à l'assuré de son intention de mettre fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières dès le 22 janvier 2018, l'état de

santé tel qu'il aurait été sans l'accident étant atteint à cette date au plus tard.

Par lettre du 16 janvier 2018, l'assuré a signifié son désaccord sur le préavis de la CNA. Il a contesté une stabilisation de son état de santé, en se prévalant de la poursuite de son traitement auprès du Dr Q._____, avec une prochaine consultation prévue le 29 janvier 2018.

Le 23 janvier 2018, la Dre L._____ a pris position sur les remarques de l'assuré. Dans un rapport du même jour, elle a confirmé son appréciation de la situation, à savoir que la chute du 5 octobre 2017 n'avait pas entraîné de lésion structurelle mais uniquement aggravé de manière passagère un état préexistant ; ainsi, à trois mois des faits et au vu des rapports des Drs Q._____ et J._____ totalement rassurants (absence de lésion objectivable), l'événement accidentel du début octobre 2017 avait cessé totalement de déployer ses effets au plus tard le 8 janvier 2018.

c) Par décision du 29 janvier 2018, la CNA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) à compter du 22 janvier 2018.

Les 1^{er} et 22 mars 2018, Me François Gillard, mandaté dans l'intervalle par l'assuré, s'est opposé à cette décision pour le compte de son client. A l'appui de sa contestation, il a invoqué en tant que « rechute » de l'accident d'octobre 2017, les effets d'un nouvel événement, survenu en février 2018, comprenant notamment une opération en urgence. A ses yeux, la totale incapacité de travail justifiait la reprise immédiate du versement d'indemnités journalières par l'assureur-accidents (l'événement en question, à savoir une coupure au pouce gauche avec un cutter opérée au CHUV, a été enregistré sous la référence sinistre n° [...] et pris en charge par la CNA). Les 6 mars et 9 mai 2018, la CNA a reçu, parmi d'autres pièces médicales déjà au dossier, un rapport du 28 février 2018 du Dr A._____. Ce médecin y a rappelé les diagnostics de décompensation post traumatique d'une tendinopathie

chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'entorse acromio-claviculaire le 5 octobre 2017, dans le contexte d'une lésion partielle du tendon supra-épineux de cette épaule avec tendinopathie du long chef du biceps et poussée congestive d'une arthropathie acromio-claviculaire droite traitée conservativement en 2015. Le Dr A. _____ a également retenu des cervico-brachialgies droites post traumatiques, et a mentionné une plaie avec atteinte tendineuse et neurologique de la base du pouce gauche, traitée chirurgicalement le 6 février 2018 au CHUV. Son rapport se termine comme suit :

“Attitude

Pour ce qui est de l'épaule droite, la situation reste inchangée, avec des douleurs qui sont sous contrôle au repos, mais qui persistent à l'effort. Sur la base de la problématique unique de l'épaule droite, le pronostic de reprise de travail est réservé. J'atteste un nouvel arrêt de travail à 100 % pour la problématique de l'épaule droite, dans toute activité nécessitant des efforts ou une mobilisation répétée de l'épaule droite au-dessus du buste.

Le patient est actuellement à 100 % d'arrêt de travail attesté par le CHUV pour la problématique du pouce gauche. Compte tenu qu'il y a un risque que le patient garde également des séquelles du pouce gauche, il est préférable d'envisager une reconversion professionnelle, une fois la situation stabilisée.

Le patient étant très inquiet en raison des douleurs et de l'hypoesthésie au niveau du pouce, je remercie le Dr W. _____ de le convoquer pour un second avis.

Un contrôle est prévu à ma consultation dans deux mois pour refaire le point de la situation.”

d) Après avoir requis l'avis de sa médecin d'arrondissement - laquelle a confirmé son appréciation du 12 janvier 2018 et estimé que le nouvel événement de février 2018 était sans rapport avec l'accident du 5 octobre 2017 (note médicale du 14 mai 2018 de la Dre L. _____) -, la CNA a, par décision du 7 juin 2018, rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée du 29 janvier 2018. Précisant que le sinistre n° [...] ne faisait pas l'objet du présent litige, elle a retenu, en s'en référant à l'avis de sa médecin-conseil, que les rapports d'examens pratiqués attestaient l'existence d'un état antérieur à la chute d'octobre 2017. La CNA a dès lors confirmé mettre un terme aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) à compter du 22 janvier 2018.

B. Par acte du 9 juillet 2018, Y._____, représenté par Me François Gillard, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation et à la reprise par la CNA du service des prestations d'assurance en sa faveur « en particulier le versement d'indemnités journalières, et cela à un taux et pour une durée qui sont encore à investiguer et/ou à déterminer médicalement », et, une fois son état de santé devenu stationnaire, au constat de son droit à une indemnité ainsi qu'à une rente « dont les quotités seront encore à calculer sur la base des investigations médicales complémentaires qui seront ordonnées dans le cadre du présent dossier ». Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Il fait valoir en substance que son dossier a été instruit de façon incomplète, et que l'autorité a constaté les faits pertinents de façon arbitraire, respectivement a abusé de son pouvoir d'appréciation. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production de son dossier par l'intimée et l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), son audition personnelle, la production d'un rapport complémentaire en mains du Dr A._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal.

Dans sa réponse du 14 août 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit son dossier complet ainsi qu'une appréciation médicale de la Dre L._____ du 9 août 2018, qui y a en particulier relevé que la déchirure capsulaire de l'articulation acromio-claviculaire sans lésion des ligaments coraco-claviculaires mise en évidence par l'arthro-IRM de l'épaule droite du 31 octobre 2017 (rapport du 9 novembre 2017 [pièce 14]) n'est pas une déchirure en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident d'octobre 2017, mais en lien certain avec un état antérieur à cet événement. Elle a rappelé, en l'absence de lésion structurelle pouvant être imputée au traumatisme déclaré avec un état antérieur aggravé de manière passagère, avoir conclu le 23 janvier 2018 que l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets le 8 janvier 2018, soit trois mois plus tard. Cette médecin a exposé qu'en pareil cas, la durée du traitement est en principe de cinq semaines avec

une phase de réadaptation de quelques semaines (quatre à cinq semaines également), et donc au maximum d'une durée de trois mois.

En réplique, le 19 septembre 2018, le recourant a maintenu sa position, en expliquant qu'il ne peut pas lever le bras et l'épaule droite plus haut que nonante degrés, ni faire des rotations avec cette épaule, ni porter des charges supérieures à cinq kilos, ni monter sur une échelle davantage que trois marches, et qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, la CNA devrait lui servir une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'au moins 20 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

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 de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 22 janvier 2018, au motif que le *statu quo sine* de l'accident du 5 octobre 2017 était atteint à cette date.

On relèvera pour autant que de besoin, que la présente décision n'a pas trait à l'événement de février 2018 relatif au pouce gauche de l'assuré, et que les moyens liés à cette atteinte et à ses conséquences ne sont dès lors pas recevables.

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique (art. 4 LPGGA). L'assuré a droit, notamment, à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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).

Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 ; 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

4. a) L'assuré a été victime le 5 octobre 2017 d'un accident, lors duquel il a glissé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et s'est retenu avec le bras droit, ce qui a entraîné une reprise de ses anciennes douleurs à l'épaule droite.

En recours, il conteste l'interruption du service de ses prestations par la CNA avec effet au 22 janvier 2018.

Il déplore une instruction qu'il estime incomplète et empreinte d'arbitraire de son cas par l'intimée, lui opposant les rapports du Dr A. _____ dont il plaide que certains des diagnostics retenus (à savoir une décompensation post traumatique et de lésion partielle du tendon supra-épineux) étaient encore présents en février 2018 et imputables à l'accident d'octobre 2017. A ses yeux, la CNA était dès lors tenue de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 21 janvier 2018, et non clore son dossier sans procéder aux investigations encore nécessaires. Il soutient en outre que les atteintes à son épaule droite n'existaient pas avant le 5 octobre 2017, et précise que son problème de tendinopathie était compensé depuis 2015 et les autres troubles soignés par un traitement conservateur. Selon le recourant, l'intimée n'a ainsi pas suffisamment exposé les motifs la conduisant à retenir que ses atteintes actuelles ne seraient plus en lien de causalité avec l'accident, respectivement ceux conduisant à retenir un *statu quo sine* atteint trois mois après l'accident du 5 octobre 2017.

b) La décision litigieuse se fonde sur les appréciations successives de la Dre L. _____ (pièces 32, 38 et 57) pour laquelle, en l'absence de lésion structurelle, les atteintes préexistantes à l'épaule droite de l'assuré n'ont été aggravées que de manière passagère par l'accident du 5 octobre 2017. Ces avis ne sont pas contredits par les documents d'imagerie, pas plus que par les rapports des médecins traitants de l'assuré. Il n'y a en particulier pas d'élément propre à établir que la chute du 5 octobre 2017 aurait entraîné une lésion structurelle pouvant expliquer les plaintes de l'assuré ; cette chute a certes aggravé temporairement un état préexistant. L'examen neurologique est toutefois normal, tout comme l'ENMG (électroneuromyogramme). La coiffe des rotateurs est intacte et l'arthro-IRM du 31 octobre 2017 ne permet pas d'expliquer l'impotence fonctionnelle du bras de l'assuré (cf. dans ce sens l'appréciation du 23 janvier 2018 de la Dre L. _____). Les constatations du Dr A. _____ à la suite de l'événement d'octobre 2017 attestent au demeurant, sous réserve de l'important œdème au niveau acromio-claviculaire, dont il n'a ensuite plus été question, un problème d'épaule

antérieur à l'accident du 5 octobre 2017, ce qui va dans le sens de l'appréciation de la Dre L._____.

Compte tenu des rapports au dossier et des examens auxquels l'assuré a été soumis, l'on voit mal à quelles investigations complémentaires il se réfère dans son acte de recours du 9 juillet 2018, respectivement quelles sont les « investigations très poussés » auxquelles il fait allusion. En réplique, il a admis qu'il n'y avait pas d'instruction complémentaire à opérer, et qu'il renvoyait la Cour de céans aux rapports médicaux figurant au dossier de la CNA, respectivement à ceux produits à l'appui du recours, son état actuel étant décrit comme définitif.

Ce constat est confirmé par le Dr A._____ dans son rapport du 28 février 2018 ; s'il a requis un avis complémentaire du Dr W._____ (mais qui ne concerne toutefois que les douleurs et l'hypoesthésie au niveau du pouce gauche de l'assuré), le Dr A._____ indique, pour ce qui est de l'épaule droite, que « la situation reste inchangée ».

En ce qui concerne les diagnostics qui, selon le recourant, auraient été nouvellement posés par le Dr A._____ le 28 février 2018 (à savoir ceux de décompensation post traumatique d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de lésion partielle du tendon supra-épineux de cette épaule), ils étaient déjà connus de la CNA, respectivement de sa médecin-conseil. Ainsi, les 12 et 23 janvier 2018 (pièces 32 et 38), la Dre L._____ a, en connaissance de ces éléments, estimé que l'accident du 5 octobre 2017 n'avait pas entraîné de lésion structurelle, mais qu'il avait aggravé un état préexistant. On relèvera quant à la décompensation post traumatique qu'elle n'est pas contestée par la CNA, qui a admis de prendre le cas en charge et de servir ses prestations durant trois mois, soit en l'occurrence jusqu'au 21 janvier 2018. Ce délai de trois mois n'a pas été retenu de manière arbitraire, mais bien sur la base de l'avis complémentaire requis de la Dre L._____. Aux termes de son appréciation du 9 août 2018, cette médecin-conseil a ainsi notamment exposé ce qui suit :

“Dans la prise en charge habituelle recommandée par les [...] après traumatisme d’une épaule, il est retenu en cas d’entorse luxation stade I et II avec traitement conservateur, une durée du traitement de 3-5 semaines avec une consultation de contrôle à 1 et 4 semaines. Comme nous ne sommes pas dans un cas d’entorse (mécanisme pas compatible) dans cette situation, mais dans le cadre d’une décompensation d’une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs sans lésion structurelle, nous pouvons retenir qu’habituellement la durée de traitement peut être par analogie de 5 semaines avec une phase de réadaptation de quelques semaines (4-5 semaines également) et donc au maximum une durée de 3 mois. La littérature s’accorde pour retenir qu’en cas d’entorse acromio-claviculaire (ce qui n’a pas été le cas ici nous le rappelons), on peut s’attendre à avoir des douleurs et une limitation des gestes pendant 2 à 6 semaines. Par analogie, il en est de même lors d’une chute avec douleurs de l’épaule sans lésion de la coiffe des rotateurs ou autre lésion traumatique.”

Quant à la lésion (déchirure) partielle (à 50 %) du supra-épineux alléguée, mise en évidence à l’arthro-IRM de l’épaule droite du 7 décembre 2015 (rapport du 8 décembre 2015 relatif à une arthro-IRM du jour précédent du Dr F. _____ et rapports des 14 décembre 2015 ainsi que des 23 juin et 26 juillet 2016 du Dr A. _____), elle est préexistante à l’événement d’octobre 2017.

Il résulte de ce qui précède que l’accident du 5 octobre 2017 a causé une aggravation temporaire d’un état dégénératif auparavant asymptomatique.

En présence d’une atteinte dégénérative au membre supérieur droit, c’est en l’occurrence sous l’angle de l’art. 36 LAA que le cas doit être examiné.

c) 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. Lorsqu’un état malade 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi, 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 (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2).

En présence, comme dans le cas d'espèce, d'un état pathologique préexistant, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations prend fin 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite de développement ordinaire (*statu quo sine*). L'atteinte accidentelle à l'épaule du 5 octobre 2017 a consisté en une décompensation post traumatique d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sans lésion structurelle. Suivant la littérature médicale exposée par la Dre L._____, le *statu quo sine* était atteint déjà au début janvier 2018, soit dans un délai de trois mois au maximum depuis l'accident. Conformément à l'appréciation médicale complémentaire du 9 août 2018 de la Dre L._____, la Cour de céans tient pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'accident a cessé de déployer ses effets dans le courant de janvier 2018 au plus tard. La CNA a ainsi retenu à juste titre, en se fondant sur l'ensemble des pièces médicales au dossier, que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 22 janvier 2018, soit au terme d'un délai correspondant au maximum préconisé par sa médecin-conseil. S'agissant enfin de l'allégation par le

recourant d'atteintes à son épaule droite qui n'existaient pas avant le 5 octobre 2017 elle s'apparente au raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* », et ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (cf. consid. 3b supra).

Passé le 21 janvier 2018, l'atteinte à la santé, respectivement ses effets, est donc imputable à des causes étrangères à la chute du 5 octobre 2017, de sorte que c'est à bon droit que la CNA a limité son intervention aux prestations (indemnités journalières et frais de traitement) déjà versées jusqu'à cette date. Par ailleurs et en présence d'une décompensation passagère d'un état pathologique préexistant, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'entre pas en ligne de compte.

d) Pour être complet, on précisera que l'issue du présent litige ne préjuge en rien des suites qui seront données au cas de l'assuré, notamment par l'OAI, respectivement en lien avec l'atteinte au pouce gauche - événement au demeurant pris en charge par la CNA - qui ne fait pas l'objet de la présente procédure (cf. consid. 2 supra).

5. L'administration de preuves supplémentaires - singulièrement la production de son dossier par l'OAI, la production d'un rapport complémentaire en mains du Dr A._____, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et l'audition personnelle du recourant - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, la Cour s'estimant suffisamment renseignée pour statuer en connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence).

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au recourant au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 7 juin 2018 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour Y. _____),
- 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 :