

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2026

Composition : M. TINGUELY, président
M. Piguet, juge, et Mme Boesch, assesseure
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Raphaël Schindelholz,
avocat à Lausanne,

et

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

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

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait en tant que garagiste indépendant et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les risques d'accidents professionnels et non-professionnels.

Le 8 janvier 2024, lors d'un dépannage sur un parking, l'assuré a glissé sur une plaque de glace et est tombé sur son épaule gauche, occasionnant une blessure à cette épaule (cf. déclaration de sinistre LAA du 14 janvier 2024).

Le jour même, l'assuré a consulté le Centre médical D. _____, à R***, où les radiographies de l'épaule gauche réalisées par la Dre C. _____, spécialiste en radiologie, n'ont pas montré d'indice de fracture osseuse ni d'autre anomalie évidente. Elle a cependant fait état d'une petite ébauche ostéophytique au pôle caudal de la glène de la scapula, ainsi que d'une arthrose acromio-claviculaire. Pour le reste, elle a observé une trame osseuse homogène. Il n'y avait pas de pincement significatif de l'interligne articulaire gléno-huméral, de perte de hauteur significative de l'espace sous-acromial, ni d'évidence de calcification en projection des tendons de la coiffe des rotateurs.

Au terme d'une consultation du même 8 janvier 2024, le Dr G. _____, spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale, a fait état de l'anamnèse suivante : « Ce matin, chute mécanique en glissant sur du verglas. Pas de TC [traumatisme crânien]. Trauma épaule [gauche] avec douleur et impotence fonctionnelle du MSG [membre supérieur gauche]. N'a rien pris, ne souhaite pas d'antalgie au tri. Contrôles médicaux réguliers (pilote d'hélicoptère) [...] ». L'examen clinique a mis en évidence des douleurs à la palpation du sillon bicipital et une impossibilité des mouvements en antéflexion et abduction. Constatant que le bilan radiographique du jour n'avait montré aucune fracture osseuse, le praticien a posé le diagnostic de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs

gauche et indiqué la réalisation d'une IRM (imagerie par résonance magnétique). Il attesté d'une incapacité de travail totale (cf. rapport du 8 janvier 2024 et certificat médical initial LAA du 16 mai 2024).

Dans un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 10 janvier 2024, le Dr J._____, spécialiste en radiologie, a fait état de ce qui suit :

« [...]

Description

Quantité de liquide importante dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne s'étendant sous l'acromion et également dans le corps du muscle sus-épineux. Arthrose acromio-claviculaire prononcée. Géode d'environ 1 cm du pôle supérieur de l'extrémité distale de la clavicule en relation avec cette arthrose. Débord inférieur latéral de l'acromion. Pas de remaniement significatif du pôle supérieur du trochiter, mais rupture transfixiante mal délimitée étendue du sus et du sous-épineux, distale, avec un aspect très irrégulier de ces deux tendons sur pratiquement 2 cm de long. Pas d'atrophie musculaire associée. Sur les coupes axiales, aspect normal des bourrelets. Pas de signe de déchirure du sous-scapulaire ni du petit rond. Le long chef du biceps est présent dans la gouttière bicipitale, mais son insertion au pôle supérieur de la cavité glénoïde a un aspect irrégulier en relation vraisemblablement avec le conflit sousacromial causé par l'arthrose acromio-claviculaire.

Conclusion

Déchirure distale du sus et du sous-épineux, transfixiante mais sans rétraction appréciable. Liquide en quantité relativement importante dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne s'étendant sous l'acromion et dans le corps du muscle sus-épineux. Arthrose acromio-claviculaire prononcée. Probable conflit sous-acromial. Possible lésion de l'insertion du long chef du biceps au pôle supérieur de la cavité glénoïde associée à ce conflit sous-épineux. »

Dans un rapport du 16 janvier 2024, le Dr L._____, médecin auprès du Centre orthopédique F._____, à R***, a posé les diagnostics de déchirure transfixiante distale du sus-épineux et du sous-épineux, de bursite sous-acromio-deltoïdienne, d'arthrose acromio-claviculaire avec conflit sous-acromial et de tendinopathie LCB (long chef du biceps). Le praticien proposait à l'assuré une intervention chirurgicale de réparation de la lésion de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'une ténodèse du LCB.

La CNA a pris en charge le cas (cf. courrier du 7 février 2024).

Le 14 mars 2024, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec réinsertion du supra-épineux, ténodèse du long chef

du biceps par voie mini-open, bursectomie et acromioplastie (cf. protocole opératoire du même jour du Dr L. _____). Dans sa lettre de sortie du 17 mars suivant, le praticien a indiqué que les suites opératoires avaient été simples et que l'assuré bénéficierait d'une mobilisation physiothérapeutique uniquement en passif, sans flexion-extension du coude contre résistance et sans pronation-supination de l'avant-bras contre résistance pendant six semaines et devrait observer le port d'un gilet orthopédique.

Dans un rapport du 10 avril 2024, le Dr L. _____ a mentionné les diagnostics de bursite non-complicquée du coude gauche et de suspicion de radiculopathie C6. L'assuré avait consulté en raison de l'apparition d'un gonflement au niveau du coude gauche, due probablement au frottement avec le gilet orthopédique, ainsi que de douleurs au niveau du pouce droit, sans notion de traumatisme. Le médecin proposait un traitement conservateur du coude avec une immobilisation relative par une orthèse élastique, la reprise du traitement anti-inflammatoire pour une semaine et l'adaptation de la physiothérapie avec des procédures au niveau cervical.

Dans un rapport d'appréciation brève du 11 juin 2024, le Dr N. _____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA, a retenu que l'accident du 8 janvier 2024 n'avait occasionné qu'une contusion de l'épaule et que les autres troubles recensés faisaient suite à une atteinte préexistante. Il a estimé que l'accident avait terminé de déployer ses effets un mois après l'accident, soit le 8 février 2024, en précisant par ailleurs que l'opération de l'épaule n'était pas en lien avec l'accident.

Dans un rapport du 17 juin 2024, le Dr L. _____ a indiqué que les suites de l'opération du 14 mars 2024 avaient été marquées par le début d'une capsulite rétractile. Au contrôle du jour, l'évolution était bonne et le patient ne présentait plus de douleurs nocturnes. Son incapacité de travail était néanmoins prolongée en raison de la résurgence de douleurs lors d'une tentative de reprise de l'activité professionnelle.

Par décision du 19 juin 2024, la CNA a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au même jour. Se fondant sur l'appréciation médicale du Dr N._____, la CNA a considéré que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 8 janvier 2024 pouvait être considéré comme atteint depuis le 8 février 2024 au plus tard.

Par pli du 18 juillet 2024, l'assuré, représenté par Me Raphaël Schindelholz, a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à son annulation et à la reprise du versement des prestations de l'assurance-accidents dès le 20 juin 2024. Il a produit copie d'un certificat médical du 19 juin 2024 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil agréé par l'Office fédéral de l'aviation civile, attestant de l'intégrité fonctionnelle de son épaule gauche et de son aptitude à piloter avions et hélicoptères jusqu'à l'accident du 8 janvier 2024. Était également joint un rapport du 9 juillet 2024 du Dr L._____ exposant que l'accident précité avait provoqué une lésion transfixiante du tendon du muscle supra-épineux entraînant une impotence fonctionnelle totale avec douleurs et perte de force au membre supérieur gauche, accompagné d'une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'une lésion à l'insertion glénoïdienne du tendon du muscle long chef du biceps. Ce médecin confirmait par ailleurs l'existence de quelques éléments de nature dégénérative au niveau acromio-claviculaire, sous forme d'un léger conflit, qui n'était pas symptomatique avant l'accident, étant précisé encore que l'intéressé exerçait des activités physiques de pilote d'hélicoptère et de garagiste, incluant parfois du travail de force.

Dans un rapport du 26 août 2024, le Dr L._____ a repris le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche et a fait état d'une bonne évolution, le patient ne présentant plus de douleurs nocturnes, en dépit de limitations l'empêchant encore de reprendre le travail. Le praticien proposait la poursuite de la physiothérapie douce, tout en préconisant d'éviter à tout prix le travail de force.

Le dossier de l'assuré a été soumis à nouveau au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation médicale du 20 décembre

2024, le Dr N._____ a confirmé sa position en prenant en compte les nouveaux documents versés au dossier. Pour le médecin-conseil, le diagnostic retenu, en lien avec l'accident, était une contusion de l'épaule gauche. Les autres éléments étaient de nature dégénérative et d'origine malade. Le médecin-conseil a considéré que l'accident du 8 janvier 2024 n'avait entraîné aucune lésion structurelle objectivable au degré de la vraisemblance prépondérante. Il estimait ainsi que le sinistre du 8 janvier 2024 avait fini de déployer ses effets à un mois du traumatisme, soit dès le 8 février suivant.

Par décision sur opposition du 8 janvier 2025, la CNA, se fondant sur l'appréciation du 20 décembre 2024 du Dr N._____, a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 19 juin 2024.

B. Par acte du 10 février 2025, B._____, toujours représenté par Me Schindelholz, a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une indemnité journalière de 131 fr. 30 par jour avec effet rétroactif du 20 juin 2024 au 30 janvier 2025, intérêts de 5 % l'an en sus, lui était due, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. Il a en outre requis qu'une expertise soit ordonnée en rapport à la question de la causalité naturelle entre l'accident du 8 janvier 2024 et l'incapacité de travail attestée jusqu'au 30 janvier 2025. Le recourant a pour l'essentiel contesté la valeur probante de l'appréciation du Dr N._____, en arguant notamment que le médecin-conseil de l'intimée avait omis d'appliquer les critères établis par les experts s'agissant de déterminer l'étiologie de la lésion et que son appréciation était en contradiction avec la littérature médicale spécialisée. Il soutenait, par ailleurs, que l'existence d'éléments dégénératifs n'excluait pas qu'un traumatisme aigu soit à l'origine de la lésion. Avec son recours, il a produit plusieurs articles de littérature médicale au sujet des traumatismes de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'une lettre du 4 février 2025 du Dr L._____, dans laquelle celui-ci s'opposait à l'appréciation du médecin-conseil de la CNA. Pour le Dr L._____, plusieurs éléments plaidaient en faveur d'une origine traumatique des lésions. Il relevait notamment que les atteintes dégénératives étaient

asymptomatiques et non invalidantes avant l'accident et arguait également, en se référant à des articles de littérature spécialisée, qu'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs pouvait survenir même sans hématome visible en cas de traumatisme aigu.

Dans sa réponse du 22 avril 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, en se référant en particulier à deux appréciations médicales des 18 mars et 10 avril 2025 du Dr N._____, également annexées.

En réplique, le 23 mai 2025, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a par ailleurs réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise, à réaliser par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecine du sport, et requis l'audition du Dr L._____. Il a produit notamment une liste de médecins experts, ainsi qu'une présentation professionnelle du Dr L._____.

Dupliquant le 6 juin 2025, l'intimée a, à son tour, maintenu sa position. Elle a, pour le surplus, exposé la jurisprudence du Tribunal fédéral rejetant la thèse - défendue par le recourant - selon laquelle un traumatisme direct de l'épaule sans extension du bras pouvait également générer une lésion de la coiffe des rotateurs. La CNA a par ailleurs fait valoir, dans l'hypothèse où une expertise devait être ordonnée, que celle-ci ne saurait être confiée au Dr S._____, en raison de la position défendue dans ses publications et des critiques qu'il avait formulées publiquement à l'égard des assureurs sociaux.

En droit :

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 le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 19 juin 2024 pour les suites de l'accident du 8 janvier 2024, en particulier sur l'existence d'un lien de causalité entre cet événement et les atteintes à l'épaule gauche persistant après le 19 juin 2024.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 4.3.3 et les références citées ; 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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 (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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 8 janvier 2024 au 19 juin suivant, au motif que les troubles à l'épaule gauche du recourant n'étaient plus, au-delà du 8 février 2024, en lien de causalité avec cet évènement. On observera ici que, si la CNA a retenu que le *statu quo sine* était atteint le 8 février 2024, elle a néanmoins presté jusqu'au 19 juin 2024.

Dans la décision entreprise, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du 20 décembre 2024 de son médecin-conseil, selon laquelle l'accident du 8 janvier 2024 n'avait entraîné aucune lésion structurelle objectivable au degré de la vraisemblance prépondérante et n'avait provoqué qu'une contusion, qui était survenue sur une épaule dégénérative. Le sinistre du 8 janvier 2024 avait dès lors fini de déployer ses effets à un mois du traumatisme, soit dès le 8 février suivant. En outre, le dommage sur lequel avait porté l'opération du 14 mars 2024 n'était pas imputable à l'accident, car elle réparait une situation malade préexistante à l'évènement. Au terme de son examen du cas, le Dr N. _____ a en particulier noté que la radiographie de l'épaule gauche réalisée le jour de l'accident n'avait pas montré d'évidence de fracture osseuse, ce qui

témoignait de l'absence d'un traumatisme violent, de même qu'une trame osseuse homogène, sans œdème osseux visible tel qu'on pouvait l'observer lors de chocs violents, ce qui lui permettait d'écarter la présence d'un traumatisme plus conséquent qu'une contusion. Cet examen avait également montré la présence d'une petite ébauche ostéophytique au pôle caudal de la glène de la scapula, à savoir une lésion dégénérative qui attestait d'une atteinte de l'épaule antérieure à l'évènement, un ostéophyte étant une affection qui se développait en plusieurs mois, voire années, et n'apparaissait pas dans les suites immédiates d'un traumatisme. La présence d'une arthrose acromio-claviculaire, soit également une atteinte dégénérative mettant plusieurs mois voire des années à apparaître, ainsi que l'absence d'autre anomalie évidente, corroboraient ce constat et permettaient au médecin-conseil de conclure à l'absence de traumatisme plus important qu'une contusion. De même, l'IRM pratiquée le 10 janvier 2024 avait mis en évidence une déchirure distale des sus-épineux et sous-épineux, transfixiante mais sans rétraction appréciable, une bursite sous-acromio-deltoïdienne s'étendant sous l'acromion et dans le corps du muscle sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire prononcée, ainsi qu'un conflit sous-acromial, ce qui témoignait également en faveur d'une épaule dégénérative au moment de l'accident. Le compte-rendu opératoire du 14 mars 2024 confirmait lui aussi l'aspect maladif de l'épaule, sans qu'aucun élément d'origine traumatique ne soit identifié, tandis que la capsulite rétractile, qui était une complication post-opératoire, n'était pas davantage imputable à l'accident, car elle aussi était en lien avec la maladie. Le Dr N._____ a encore expliqué que, dès l'âge de 45 ans, l'usure de la coiffe des rotateurs, qui était la cause principale de sa rupture, était accentuée par des facteurs extérieurs, tels que l'activité physique et professionnelle ou le tabagisme, des facteurs intrinsèques, tels qu'une maladie métabolique, ou des facteurs anatomiques. En l'occurrence, il observait que la profession de l'assuré, âgé de 64 ans au moment de l'accident, sollicitait naturellement les épaules. Le Dr N._____ mentionnait, en outre, que si une rupture de la coiffe pouvait être causée par un traumatisme initial à l'occasion d'une chute ou d'un effort important, cela survenait plutôt chez des patients plus jeunes, présentant également des stigmates cliniques du traumatisme tels que des ecchymoses, hématomes, excoriations ou lésions

osseuses, ce qui n'était pas le cas dans la situation de l'assuré. Il expliquait finalement que l'acromioplastie dont avait bénéficié l'intéressé le 14 mars 2024 était une opération qui était assez systématiquement réalisée en cas de réparation de la coiffe. En l'occurrence, c'était le conflit sous-acromial – qui induisait un frottement avec la coiffe des rotateurs lors des mouvements de l'épaule et engendrait une usure, allant jusqu'à la rupture des tendons de la coiffe – qui avait été réparé, et non les suites d'un traumatisme.

Ainsi, pour le médecin-conseil, la chute subie par le recourant le 8 janvier 2024 n'avait probablement provoqué qu'une contusion simple de l'épaule gauche, qui avait déstabilisé un état pathologique dégénératif préexistant. Ledit évènement avait par conséquent cessé de déployer ses effets un mois plus tard, le 8 février 2024.

b) Le recourant conteste cette approche. S'appuyant sur l'avis du Dr L._____, ressortant en particulier de ses rapports des 9 juillet 2024 et 4 février 2025, il soutient que le Dr N._____ se serait livré à une interprétation erronée des données cliniques et scientifiques, sans tenir compte des spécificités de l'assuré, et qu'il aurait omis d'appliquer les critères établis par les experts s'agissant de déterminer l'étiologie de la lésion, en contradiction avec la littérature médicale spécialisée, de sorte que son appréciation serait dépourvue de valeur probante. Il estime, pour sa part, que le *statu quo sine vel ante* n'a été atteint qu'en date du 30 janvier 2025, soit à la veille de sa reprise du travail.

aa) Selon le Dr L._____, l'accident du 8 janvier 2024 avait provoqué une lésion transfixiante du tendon du muscle supra-épineux, entraînant une impotence fonctionnelle totale, avec douleurs et perte de force au membre supérieur gauche, accompagné d'une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'une lésion à l'insertion glénoïdienne du tendon du muscle long chef du biceps. Pour ce médecin, plusieurs éléments plaident en faveur d'une origine traumatique des lésions. Il relève, en premier lieu, que les atteintes dégénératives constatées, à savoir l'arthrose acromio-claviculaire et le conflit sous-acromial, étaient asymptomatiques et non invalidantes avant l'accident, en précisant que l'intéressé n'avait

jamais souffert de douleurs ou présenté de limitations fonctionnelles malgré des activités physiques exigeantes en tant que garagiste et pilote d'hélicoptère. Il argue également, en se référant à des articles de littérature spécialisée, qu'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs peut survenir même sans hématome visible en cas de traumatisme aigu. Il expose encore que les outils de classification utilisés par le médecin de la CNA permettent de décrire l'étendue des lésions, mais non de trancher quant à l'étiologie traumatique ou dégénérative, alors que la littérature médicale montre que des lésions dégénératives peuvent exister sans être symptomatiques, ce qui exclut de réfuter le traumatisme aigu comme facteur causal.

Le Dr L._____ en conclut que l'accident est l'événement déclencheur des symptômes, en soulignant que l'état clinique de l'assuré avant l'accident ainsi que ses activités professionnelles et physiques renforcent cette hypothèse.

bb) Dans ses rapports d'appréciation, le Dr N._____ expose les motifs pour lesquels, selon lui, l'avis du Dr L._____ ne saurait être suivi.

Il rappelle ainsi que les radiographies, réalisées le jour même de l'accident du 8 janvier 2024, laissaient apparaître des signes de dégénérescence - au demeurant normaux compte tenu de l'âge de l'assuré - qui n'étaient manifestement pas compatibles avec un traumatisme survenu quelques heures auparavant. Il en allait de même de l'IRM effectuée le 10 janvier 2024, soit deux jours après l'accident, qui ne montrait par ailleurs aucune lésion traumatique, dont en particulier aucun œdème musculaire. A cet égard, le Dr N._____ souligne que les atteintes dégénératives telles que celles mises en évidence nécessitent habituellement plusieurs mois, voire des années, pour se développer après une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs. Il relève également que le Dr L._____ n'a apporté aucune explication susceptible de remettre en cause ce constat - au demeurant dûment documenté par des références à la doctrine médicale idoine - en particulier aucune précision supplémentaire

sur l'existence d'éléments traumatiques initiaux, alors que l'âge du recourant et sa profession, essentiellement manuelle, constituaient deux facteurs qui rendaient le recourant susceptible d'être porteur d'une lésion, par hypothèse asymptomatique, de la coiffe des rotateurs. Sur la position du Dr L. _____ défendant l'existence d'un lien de causalité avec l'accident en ce sens que celui-ci aurait été l'évènement déclencheur des symptômes, le Dr N. _____ explique que la chute a provoqué une acutisation aiguë transitoire de la situation scapulaire du fait de la contusion, ce qui a motivé les explorations et investigations médicales, qui n'ont toutefois mis en évidence que des lésions dégénératives. Quant au fait que le recourant n'ait pas présenté de douleur ni d'impotence fonctionnelle avant l'accident, le Dr N. _____ observe que ce constat est sans lien avec l'existence ou non de lésions dégénératives.

Compte tenu des considérations qui précèdent, il convient de constater que les rapports du Dr L. _____ ne suffisent pas, à eux seuls, à remettre en cause l'avis Dr N. _____.

c) aa) Cela étant, l'avis du Dr N. _____ - qui a considéré que l'évènement déclaré n'avait pas entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'autre lésion structurelle et objectivable qu'une contusion de l'épaule gauche - peine à convaincre, à plusieurs égards.

On relèvera, en particulier, qu'à la suite de l'évènement traumatique du 8 janvier 2024, le recourant a présenté une impotence fonctionnelle immédiate et consulté le jour même de l'accident pour ses douleurs à l'épaule gauche. Si les examens pratiqués ont permis de mettre en évidence l'existence d'un conflit sous-acromial, rien ne permet, en revanche, d'affirmer que la déchirure du sus-épineux et du sous-épineux résulterait exclusivement de cette pathologie dégénérative. L'absence de « rétraction appréciable » et d'atrophie musculaire (cf. IRM du 10 janvier 2024), ou encore d'infiltration graisseuse, plaident au contraire en faveur de l'existence d'une atteinte récente et, partant, d'un lien de causalité entre l'évènement traumatique et la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche.

On observera ainsi que, dans les faits, les conclusions du médecin-conseil de l'intimée reviennent à soutenir que les lésions présentes objectivement à l'imagerie étaient déjà toutes existantes avant l'accident et que celui-ci n'était susceptible d'entraîner et n'avait entraîné aucune péjoration objective de ces lésions. Or pour pouvoir aboutir à une telle conclusion, il faudrait qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les déchirures de tendon mises en évidence dans le rapport d'IRM du 10 janvier 2024, étaient – quant à leur existence et à leur étendue – antérieures à l'événement traumatique du 8 janvier 2024, ce qui ne ressort pas du dossier. A ce propos, le Dr N. _____ n'explique pas comment le recourant aurait été en mesure d'exercer son activité professionnelle – lourde – de garagiste, malgré l'ampleur des lésions préexistantes à l'épaule gauche, se contentant d'évoquer l'existence d'une probable lésion, par hypothèse asymptomatique, de la coiffe de rotateurs compte tenu de son âge et de sa profession.

bb) Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.4 ; TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 ; TF 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références citées).

En l'occurrence, il convient de retenir que la décision entreprise repose, faute d'une analyse sérieuse et objective de la situation concrète du recourant, sur des éléments insuffisants. En conséquence, il se justifie d'annuler la décision sur opposition du 8 janvier 2025 et de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire, afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, à réaliser par un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Cet expert, qu'il appartiendra à l'intimée de mandater, aura notamment pour tâche de se déterminer, au

degré de la vraisemblance prépondérante, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel du 8 janvier 2024 et les lésions de l'épaule gauche de l'assuré et, le cas échéant, sur la date du *statu quo sine vel ante*. A réception du rapport d'expertise, il appartiendra à l'intimée de statuer à nouveau sur les prétentions du recourant. Dans cette mesure, le recours se révèle bien fondé.

6. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, respectivement à l'audition du Dr L._____.

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

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

c) 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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 55 al 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la

cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux 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 Raphaël Schindelholz, pour B._____,
- 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).

Le greffier :