

S2 21 76

ARRÊT DU 22 MARS 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Felley et Christophe Joris, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Gilles-Antoine Hofstetter, avocat,
Lausanne

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(Art. 6 LAA, lien de causalité, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, né en 1979, travaillait en qualité de chauffeur manutentionnaire pour le compte de A _____ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la CNA contre les accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration de sinistre du 17 juin 2018, il a annoncé une chute survenue le 16 mai précédent dans le cadre de son travail à B _____. En manutentionnant de la marchandise à quai avec un transpalette, il s'est blessé à l'épaule gauche. Il a consulté le jour même la Dre C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui lui a délivré un certificat d'incapacité de travail à compter du jour de l'accident jusqu'au 1^{er} juin 2018. Le cas a été pris en charge par la CNA.

En raison de douleurs persistantes, l'assuré a consulté le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, le 5 juin 2018. A sa demande, une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 7 juin 2018 qui a conclu à une importante arthrose acromio-claviculaire associée à une réaction inflammatoire, indiquant un conflit antéro-supérieur, une fissure partielle antérieure de versant profond du tendon du sus-épineux, une fissure des fibres supérieures du tendon du sous-scapulaire du versant superficiel, témoignant en faveur d'un conflit antéro-médial (aspect allongé du processus coracoïde) et un SLAP II.

Dans son rapport de consilium du 18 juin 2018, le Dr D _____ a préconisé une solution chirurgicale sous forme d'une arthroscopie pour régler le problème du conflit de la coiffe ainsi que du long chef du biceps. La date de l'intervention a été fixée au 25 juin 2018. Le 19 juin 2018, la CNA a communiqué à l'assuré ses réserves quant à la prise en charge de cette intervention. Le Dr D _____ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'assureur le 20 juin 2018 dans lequel il faisait état d'une entorse à l'épaule gauche le 16 mai 2018 avec des douleurs aux mouvements en hauteur. Il qualifiait le pronostic de bon et annonçait l'arthroscopie prévue le 25 juin suivant.

Dans son rapport initial du 21 juin 2018, son médecin traitant, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a fait état d'une chute avec le bras tendu en avant, de douleurs du sus-épineux gauche, de radiographies de l'épaule sans particularité et a posé le diagnostic de micro-déchirure du sus-épineux à l'épaule gauche. Il relevait qu'un traitement par physiothérapie avait été prescrit qui devait se poursuivre jusqu'au 13 juin 2018, l'incapacité de travail étant fixée à 100% jusqu'à cette date.

Le protocole opératoire a défini l'étendue de l'opération pratiquée par le Dr D _____, le 25 juin 2018, soit une synovectomie-régularisation du bourrelet antérieur, une ténotomie du LCB, une réparation transosseuse de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire, 1 ancre et points transosseux), une acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure ainsi qu'une bursectomie partielle sous-acromiale. L'intervention en elle-même a été décrite en ces termes :

« Arthroscopie scapulo-humérale :

- Pas de chondrite sur les deux versants articulaires.
- Synovite globale à prédominance au niveau de l'espace des rotateurs antérieurement, pour laquelle nous pratiquons une synovectomie au VAPR.
- LCB discrètement subluxé à sa sortie de la gouttière, effiloché et partiellement déchiré sur ses derniers centimètres avant son insertion sur la glène. Dans ce contexte nous pratiquons une ténotomie au VAPR.
- Pas de SLAP lésion. Déchirure transfixiante du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire (4cm). Au vu de l'importance des dégâts, la réparation à foyer ouvert par mini-open technique (cf. suite).

Arthroscopie sous-acromiale.

- Importante bursite sous-acromiale pour laquelle nous pratiquons une bursectomie au VAPR.
- Mise en évidence d'un acromion antérieur type 2. Nous pratiquons une acromioplastie antérieure et externe, ainsi qu'une résection de la clavicule distale inférieure à l'aide du shaver selon la technique habituelle.

Abord mini open :

- Nous poursuivons ensuite à foyer ouvert selon technique de mini-open pour réparer la déchirure du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire à savoir incision cutanée de 4 cm entre le deltoïde moyen et antérieur, dissection du tissu sous-cutané et hémostase. On s'insère au travers du muscle deltoïde jusque sur le plan de la coiffe. Mise en évidence de la déchirure, abrasion du trochiter au shaver puis refixation du tendon du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire à l'aide d'une ancre et de points transosseux.
- Fermeture à la peau en deux plans.

En fin d'opération, le membre supérieur G est immobilisé dans un gilet de type Adhesia ».

Dans son rapport intermédiaire du 29 juin 2018, le Dr E _____ a retenu le diagnostic de déchirure partielle du sous-scapulaire et du sus-épineux gauches. Selon lui, après la

réparation par arthroscopie du 25 juin 2018, le pronostic était bon, la durée prévisible du traitement était de deux mois et aucun problème persistant n'était attendu.

Au cours d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, le 4 juillet 2018, l'assuré a décrit son activité professionnelle qui consistait à conduire ainsi qu'à charger et à décharger une camionnette (il ne conduit pas et n'a pas le permis poids-lourd). Il a précisé que le poids des marchandises manipulées variait mais qu'en fin de journée, il en avait régulièrement manutentionné plusieurs kilos, voire quelques tonnes en fonction des jours. Revenant sur l'accident du 16 mai 2018, il en a décrit le déroulement de la façon suivante :

« Le 16.05.2018 vers 11h30, je me trouvais à B _____ où je devais décharger et charger des marchandises. A un moment donné, en rentrant dans la caisse du camion, je me suis pris un pied dans une palette et suis tombé en avant, en position latérale, le bras gauche tendu en avant. Tout le poids de mon corps s'est retrouvé sur mon bras gauche et à ce moment-là, j'ai ressenti un craquement dans mon épaule et une vive douleur dans mon épaule gauche.

J'étais seul au moment des faits mais j'ai pu me relever par mes propres moyens. Sur le moment, j'ai déjà constaté des difficultés pour lever le bras plus haut que l'horizontal. Par contre, comme j'étais chaud, je pouvais encore faire des petits mouvements en bas, sans résistance.

Comme j'avais terminé ce que je devais faire à F _____, j'ai fermé le camion et ai repris la route pour rentrer au dépôt à G _____. J'ai tout de suite appelé mon patron pour l'informer de l'accident et que j'allais voir un médecin ».

L'assuré a déclaré en outre qu'il était droitier, qu'il n'avait jamais eu de problèmes avec son épaule droite mais qu'une dizaine d'années auparavant, il avait dû être opéré de la coiffe à droite ce qui avait été pris en charge par son assurance-maladie sans qu'il ne sache vraiment bien pourquoi.

Par rapport du 12 juillet 2018, le Dr D _____ a fait état d'une évolution satisfaisante et d'un bon pronostic.

La CNA a soumis le dossier à la Dre H _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement. Dans une note du 28 août 2018, cette dernière a estimé que la mesure thérapeutique proposée par le Dr D _____ n'était pas imputable au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 16 mai 2018, que l'IRM avait mis en évidence de nombreuses lésions préexistantes et l'absence de lésion transfixiante, que le traitement conservateur avait été poursuivi moins de 6 semaines avant l'intervention chirurgicale, que cette mesure n'était pas indiquée dans un premier temps et qu'il aurait fallu attendre l'évolution du traitement conservateur. Se référant au rapport du

Dr D _____, elle a rappelé qu'il s'agissait d'un conflit de la coiffe et non d'une lésion traumatique.

Par décision du 4 septembre 2018, la CNA a rappelé à son assuré les réserves émises dans son courrier du 19 juin précédent et a confirmé qu'au vu des pièces de son dossier médical, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 16 mai 2018 et l'intervention du 25 juin 2018.

Le 6 septembre suivant, I _____ SA, assurance-maladie de X _____, a fait part de son opposition de principe à la décision de la CNA, le temps d'étudier le dossier de leur assuré commun. Agissant par l'intermédiaire de sa protection juridique, l'assuré en a fait de même le 19 septembre 2018.

Motivant plus avant son opposition le 4 octobre 2018, la caisse-maladie a fait part de l'avis de son médecin-conseil, qui estimait que les lésions décrites dans le protocole opératoire (déchirure transfixiante du sous-scapulaire et déchirure partielle du long chef du biceps) et dans le rapport d'IRM (lésion SLAP II) étaient d'origine traumatique, les autres atteintes mises en évidence (arthrose acromio-claviculaire, lésions des sus- et sous-épineux ainsi que bursite) étant d'origine dégénérative. Les suites de l'accident du 16 mai 2018 ainsi que l'intervention du 25 juin 2018 devaient dès lors être prises en charge par la CNA.

Interpellé, le service médical de la CNA a procédé à une appréciation de la situation. Dans son rapport daté du 17 octobre 2018, la Dre H _____ a commencé par analyser l'IRM du 7 juin 2018 et le protocole opératoire du 25 juin 2018. Ce dernier mentionnait l'absence de lésion SLAP II, initialement évoquée dans le rapport d'IRM, de sorte que seule demeurait litigieuse l'origine de la lésion du sous-scapulaire et de la lésion partielle du LCB. Sur la base du protocole opératoire, prenant pour exemple une corde de bateau, elle a imagé les différences d'aspect entre une lésion traumatique franche et une rupture progressive du long chef du biceps, et conclu que la lésion qui y était décrite (LCB discrètement subluxé à sa sortie de la gouttière, effiloché, partiellement déchiré sur ses derniers centimètres avant son insertion sur la glène), était indiscutablement liée à l'usure et donc à une atteinte dégénérative. Concernant la lésion du sous-scapulaire, la praticienne a constaté qu'aucune description n'en était faite dans le protocole opératoire, mais qu'en revanche, dans son rapport du 18 juin 2018, le Dr D _____ avait retenu qu'il y avait lieu de procéder à une arthroscopie pour régler le problème du conflit de la coiffe ainsi que du long chef du biceps, ce qui indiquait bien la présence de conflit et donc d'usure. En outre, elle relevait que dans ce même rapport,

le Dr D _____ mentionnait des douleurs persistantes surtout dans les mouvements en hauteur, pas de limitation fonctionnelle au status clinique, avec des tests de conflit et de coiffe positifs. Selon la Dre H _____, lors d'une rupture transfixiante traumatique, il y avait des douleurs immédiates avec une impotence fonctionnelle s'installant d'emblée, ce qui n'avait pas été le cas de l'assuré ; celui-ci avait décrit une chute en avant en position latérale, le bras gauche tendu en avant, avait déclaré avoir pu se relever par ses propres moyens et n'avait pas fait état de douleur intolérable immédiate, ni d'impotence fonctionnelle majeure, mais uniquement de difficultés pour lever le bras plus haut que l'horizontale, ce qui excluait une lésion transfixiante traumatique de la coiffe des rotateurs due à la chute. Se fondant finalement sur la diminution de la distance coraco-humérale constatée sur l'IRM et en accord avec les études médicales menées sur la relation statistique existant entre cette diminution, le délai d'évolution des symptômes et le début non traumatique, à savoir que dans le cadre des trois ruptures des tendons, plus l'espace coraco-huméral est petit, plus le pourcentage de rupture est élevé, la médecin d'arrondissement a retenu, comme l'avait du reste mentionné le radiologue, que l'assuré présentait une rupture des fibres supérieures du tendon du sous-scapulaire du versant superficiel en lien avec un conflit antéro-médial lié à une distance coraco-humérale réduite ayant provoqué une rupture dégénérative du tendon sous-scapulaire. En définitive, la Dre H _____ se déclarait convaincue que toutes les lésions de la coiffe des rotateurs constatées chez le patient étaient d'origine dégénérative et ne pouvaient s'expliquer par la chute et son mécanisme tels qu'évoqués par l'assuré. Elle proposait néanmoins que l'assurance-accidents prenne en charge la première consultation du Dr D _____ du 5 mai 2018 et l'IRM de l'épaule gauche du 7 juin 2018, nécessaires pour établir une éventuelle causalité.

Par courrier du 13 novembre 2018, l'assuré a maintenu son opposition estimant que la déchirure du sus-épineux, celle du sous-épineux et la lésion SLAP II étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 16 mai 2018. A titre subsidiaire, au vu des appréciations contradictoires du Dr D _____ et du service médical de la CNA, il demandait la mise en œuvre d'une expertise indépendante. En annexe, il a joint un courrier du 23 octobre 2018 du Dr D _____. Le praticien y relevait que chez ce jeune patient, qui n'avait jamais eu de problème quelconque concernant son épaule gauche jusqu'à l'accident du 16 mai 2018, une solution chirurgicale s'était avérée légitime pour éviter des risques de péjoration en particulier en ce qui concernait la coiffe des rotateurs et que l'opération, tendant à une arthroscopie de l'épaule et une refixation transosseuse des tendons de la coiffe, avait révélé une lésion plus importante que l'IRM ne le laissait suspecter, avec une déchirure transosseuse des trois tendons partiellement

sous le sous-épineux. Il indiquait également dans ce courrier avoir pratiqué une ténodèse du long chef du biceps pour traitement de la SLAP. Au vu de ces éléments, il lui paraissait tout à fait évident que le problème était en relation avec une origine traumatique, même si sur l'IRM on notait la présence d'une arthrose acromio-claviculaire qui n'expliquait toutefois pas les dégâts de la coiffe chez un patient encore jeune.

Le 14 novembre 2018, prenant position sur l'avis médical du Dr D _____ précité, la Dre H _____ a rétorqué que la CNA n'avait jamais nié que la chute avait entraîné un traumatisme au niveau de l'épaule gauche, mais que cet événement n'avait pas pu provoquer les lésions constatées à l'IRM et lors de l'opération du Dr D _____. Elle a relevé que le fait que l'assuré soit jeune n'était pas une condition suffisante pour qu'un traumatisme engendre des lésions qui soient en relation de causalité pour le moins probable avec le mécanisme de l'accident et qui plus est chez un travailleur de force où l'usure est déjà importante à 40 ans comme en témoignait la présence de l'arthrose acromio-claviculaire. La médecin d'arrondissement a également argué que le Dr D _____ n'avait avancé aucune explication sur la manière dont cette chute avait pu engendrer de tels dégâts au niveau de la coiffe des rotateurs de cette épaule. Elle a maintenu que le mécanisme décrit par l'assuré le 4 juillet 2018 ne pouvait tout simplement pas avoir entraîné les lésions de la coiffe des rotateurs constatées lors de l'arthroscopie, mais que ces atteintes étaient dues à l'usure.

Statuant par décision du 4 décembre 2018, la CNA a écarté les oppositions de la caisse-maladie et de l'assuré et maintenu qu'il n'y avait pas de relation de causalité naturelle entre l'événement du 16 mai 2018 et les troubles mis en évidence par l'arthroscopie du 25 juin 2018.

B. I _____ a recouru céans le 17 janvier 2019 et conclu à la prise en charge par la CNA des suites de l'accident du 16 mai 2018, en particulier l'intervention du 25 juin 2018. Elle a joint à son écriture un rapport de son médecin-conseil, le Dr J _____, spécialiste FMH en chirurgie, du 20 décembre 2018. Dans son appréciation, le praticien a retenu que l'assuré ne présentait pas de lésion SLAP II contrairement à ce qu'évoquait le rapport d'IRM, mais que les déchirures transfixiantes des sus- et sous-épineux et du sous-scapulaire étaient des lésions structurelles très probablement en relation de causalité avec la chute du 16 mai 2018. Il relevait que la trophicité musculaire normale mise en évidence par l'IRM indiquait que malgré des atteintes dégénératives incontestables à l'épaule gauche (arthrose acromio-claviculaire avec conflit sous-acromial) associées très probablement à des lésions des tendons de la coiffe des rotateurs, il paraissait pour le moins très probable qu'avant l'accident du 16 mai 2018, le

patient ne présentait aucune lésion transfixiante. Il estimait en outre que les lésions incriminées étaient tout à fait compatibles avec l'importante symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré immédiatement après l'accident, puis dans les suites de l'événement, que le mécanisme de la chute était tout à fait susceptible de provoquer des lésions tendineuses étant donné qu'une telle chute peut entraîner des mouvements et des contraintes de l'épaule mettant les tendons de la coiffe à contribution excessive. Le Dr J _____ parvenait dès lors à la conclusion qu'il était plus que probable que l'accident dont avait été victime l'assuré avait pour le moins décompensé de façon déterminante des lésions dégénératives préexistantes de l'épaule gauche, en particulier en transformant de probables lésions non transfixiantes préexistantes des tendons de la coiffe des rotateurs en lésions transfixiantes (S2 19 5).

C. Dans son mémoire de recours du 17 janvier 2019, X _____ soulignait que le protocole opératoire du Dr D _____ indiquait bien une importante déchirure transfixiante du sus-épineux, du sous-épineux et du sous scapulaire, dégâts plus importants que ne le laissait entrevoir l'imagerie ; par conséquent la CNA ne pouvait se fonder uniquement sur l'appréciation manifestement erronée de son médecin d'arrondissement qui ne disposait pas des qualifications requises pour donner un avis autorisé. Il a requis préalablement l'administration d'une expertise judiciaire orthopédique, principalement la réforme de la décision sur opposition en ce sens que l'intimée continue à lui payer les indemnités journalières et les frais de traitement, enfin subsidiairement le renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants (S2 19 8).

D. Compte tenu des deux recours intervenus pour la même décision sur opposition du 4 décembre 2018 de la CNA, les deux causes ont été jointes et un délai unique a été imparti à l'intimée pour y répondre.

Par mémoire du 22 mars 2019, la CNA a invoqué que l'appréciation très détaillée de son médecin d'arrondissement avait entière valeur probante et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions, soit qu'il ne faisait aucun doute que toutes les lésions de la coiffe des rotateurs étaient d'origine dégénérative et ne pouvaient être expliquées par la chute et le mécanisme évoqués par l'assuré.

Le 16 avril 2019, X _____ a maintenu ses arguments, à savoir qu'il fallait préférer l'avis du chirurgien orthopédique qui l'avait opéré et avait pu constater objectivement les lésions en cause, à celui du médecin d'arrondissement qui ne disposait pas d'une spécialisation idoine. Le recourant objectait également que la CNA n'avait pas discuté

d'une relation de causalité partielle pourtant initialement admise et avait mis fin à ses prestations sans apporter la preuve de sa disparition alors que cette preuve lui incombait. Il requérait d'office l'administration d'une expertise indépendante.

Répliquant à son tour le 10 mai 2019, l' _____ a fait parvenir ceans un rapport complémentaire de son médecin-conseil, le Dr J _____, daté du 10 avril 2019. Après avoir rappelé qu'il n'était pas toujours aisé de faire la différence entre une décompensation post-traumatique d'une lésion préexistante et une rupture traumatique aiguë au niveau de la coiffe des rotateurs, le spécialiste a détaillé les critères retenus par la doctrine médicale en faveur de l'origine traumatique d'une lésion tendineuse, soit notamment l'âge inférieur à 40 ans, la présence d'un traumatisme adéquat (mouvements contraignants de l'épaule), l'impotence fonctionnelle aiguë et marquée immédiate, l'absence de lésions controlatérales, l'aspect macro- et microscopique de la rupture et en défaveur de l'origine traumatique d'une telle lésion, soit en outre l'absence de traumatisme adéquat, la présence de dégénérescence graisseuse et d'atrophie du muscle dans les trois mois suivants l'accident, la présence de signes dégénératifs à l'examen radiologique standard (arthrose acromio-claviculaire, ostéophytose sous-acromiale, omarthrose excentrée) au moment de l'accident, la symptomatologie clinique différée et la constatation de lésions controlatérales symptomatiques ou non. S'agissant du cas de l'assuré, le Dr J _____ a relevé que l'assuré avait 39 ans au moment de l'accident, que le traumatisme semblait bien avoir été adéquat avec impotence fonctionnelle au minimum marquée dans les suites immédiates de l'accident avec des lésions transfixiantes mises en évidence lors de l'arthroscopie, chez un patient qui ne présentait pas de dégénérescence graisseuse et/ou d'atrophie au niveau de la coiffe des rotateurs et en particulier au niveau des muscles avec rupture transfixiante de leur tendon et enfin que s'il existait bien une arthrose acromio-claviculaire, il n'y avait pas d'omarthrose. Le Dr J _____ en concluait qu'il y avait plus d'arguments en faveur d'une rupture transfixiante traumatique aiguë de tendons qui probablement montraient des lésions dégénératives et que très probablement il s'agissait d'une décompensation déterminante d'une situation dégénérative préexistante.

Le 12 juin 2019, par la voie de sa duplique, la CNA a produit une nouvelle appréciation du 27 mai 2019 de la Dre H _____ prenant position sur le dernier avis du Dr J _____. Le médecin d'arrondissement est revenu sur le mécanisme de l'accident qui, tel que décrit par l'assuré, soit une chute en avant, le bras en avant, n'avait en aucun cas pu entraîner une lésion traumatique du sous-scapulaire, cette dernière nécessitant une chute, mais le bras en arrière ou alors une rétroimpulsion contrariée, le

tendon étant alors étiré au maximum jusqu'à la rupture de son insertion humérale au niveau de la petite tubérosité. Elle a également rappelé que la lésion du tendon du sous-scapulaire n'était pas décrite dans le protocole opératoire, mais que le rapport du Dr D _____ du 18 juin 2018 retenait qu'il y avait lieu de procéder à une arthroscopie pour régler le problème de conflit de la coiffe ainsi que du long chef du biceps ce qui indiquait qu'il y avait donc bien un conflit sous-acromial et donc une usure à l'origine des troubles. Toujours de l'avis de la Dre H _____, des douleurs immédiates avec une impotence fonctionnelle auraient dû s'installer d'emblée dans le cas d'une rupture traumatique de tendon de la coiffe. Or, l'intéressé avait constaté sur le moment quelques difficultés pour lever son bras au-dessus de l'horizontale, mais avait tout de même pu conduire son camion sur une distance de près de 100km, mentionnant qu'il était encore chaud, ce qui avec une atteinte au sous-scapulaire aurait été compliqué pour tourner le volant vu que dans un tel cas c'est la rotation interne qui était touchée avant tout. La Dre H _____ maintenait dès lors ses précédentes conclusions.

Se déterminant le 3 juillet 2019, I _____ a renvoyé à un nouveau rapport du Dr J _____ du 25 juin 2019 qui estimait que l'absence d'atrophie graisseuse ou d'amyotrophie – qui s'installait sur plusieurs mois, voire années après une rupture complète - signalait que les déchirures transfixiantes des sus- et sous-épineux et du sous-scapulaire indiscutablement présentes lors de l'intervention du 25 juin 2018, étaient récentes. Il faisait observer que la Dre H _____ ne parlait pas du tout des déchirures transfixiantes des sus- et sous-épineux qui étaient incontestables, avec une trophicité musculaire normale et que si le sous-scapulaire ne participait pas à l'élévation du bras au-dessus de l'horizontal, tel était le cas pour les muscles sus- et sous-épineux. Le Dr J _____ soutenait donc qu'il était hautement probable que l'accident du 6 mai 2018 ait au minimum décompensé de façon déterminante des lésions dégénératives préexistantes en complétant pour le moins des déchirures tendineuses dégénératives partielles de la coiffe des rotateurs.

Dans un ultime courrier du 5 juillet 2019 mettant fin de facto à l'échange d'écritures, le recourant a relevé l'excellence de l'avis du Dr J _____ qu'il convenait par conséquent de suivre.

Par jugement du 28 janvier 2020 (causes S2 19 5 et S2 19 8), la Cour de céans a partiellement admis les recours formés par I _____ et X _____, annulé la décision sur opposition du 4 décembre 2018 et renvoyé la cause à la CNA pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise à effectuer par un spécialiste en

chirurgie de l'épaule, cela afin de confirmer ou d'infirmier au degré de la vraisemblance prépondérante l'origine dégénérative à plus de 50% de l'atteinte présentée.

E. A la suite de ce jugement, la CNA a décidé, en concertation avec le conseil de l'assuré, de confier une expertise orthopédique au Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Après avoir reçu l'assuré le 18 mai 2020, l'expert a, dans un rapport du même jour, estimé que les arguments qui pointaient en faveur d'une origine traumatique (critères démographiques, cliniques, factoriels et radiologiques) étaient suffisants pour considérer que l'accident était la cause vraisemblable des lésions constatées chez l'assuré. Dans son raisonnement, le Dr K _____ a considéré que la probabilité pour le recourant de souffrir d'une lésion transfixiante à son âge, soit 39 ans au moment de l'accident, était de 2%, que le mécanisme de la chute, à savoir avec réception sur l'épaule avec le bras gauche en extension, était de nature à correspondre à une lésion de la coiffe des rotateurs, ce critère n'étant cependant à lui seul pas décisif. L'expert a encore relevé que du point de vue radiologique, les lésions dégénératives étaient indéniables mais insignifiantes et que l'arthrose acromio-claviculaire n'était pas un argument significatif. Il a également souligné que la localisation des lésions constatées était également à discuter, précisant qu'une extension antérieure ou postérieure chez un patient auparavant asymptomatique devait faire suspecter une origine accidentelle. Enfin, il a noté que l'assuré ne présentait pas d'infiltration graisseuse selon Goutallier, ce qui serait un signe que le patient avait décompensé ou développé une lésion aiguë d'une lésion préexistante.

Dans une prise de position du 11 novembre 2020, la Dre L _____, spécialiste FMH en chirurgie générale et en traumatologie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que le rapport d'expertise du Dr K _____ ne répondait pas ou peu aux requis habituels concernant la qualité des expertises, que ce soit sur la forme ou sur le fond. Elle a en outre relevé qu'il n'y avait pas eu de réception sur la main, mais un choc latéral, sans notion d'étirement, que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident, que l'absence de dégénérescence graisseuse n'était pas surprenante. Elle a admis le jeune âge de l'assuré mais a souligné qu'il n'y avait eu ni luxation de l'épaule, ni de mouvement en hyperextension forcée avec rotation externe également forcée et un bras en abduction ou sur le côté. L'ensemble de ces éléments ne permettait pas de conclure à un lien de causalité probable entre les troubles de l'assuré et sa chute, ce lien étant tout plus possible.

Par décision du 4 décembre 2020, la CNA a ainsi confirmé son refus de prendre en charge les suites de la chute du 16 mai 2018.

L'assuré s'est opposé à ce prononcé le 15 décembre suivant, en soutenant que l'expertise du Dr K _____ était probante et abondamment motivée, qu'elle émanait d'un éminent spécialiste de l'épaule, et que les arguments de la Dre L _____ ne pouvaient pas être suivis. Il a ainsi conclu à la prise en charge des conséquences de sa chute du 16 mai 2018. L'intéressé a complété son opposition le 7 janvier 2021 en estimant qu'une expertise complémentaire aurait dû être diligentée, afin de lever d'éventuels doutes.

I _____ a également formé opposition le 21 janvier 2021 en se référant à un rapport du Dr J _____ du 7 janvier 2021. Tout en admettant l'existence de lésions dégénératives, ce dernier a souligné que l'assuré ne présentait très probablement aucune lésion transfixiante avant l'accident, compte tenu des résultats de l'IRM du 7 juin 2018. Il a ajouté qu'il n'y avait aucune atrophie musculaire, ce qui indiquait que les lésions transfixiantes des sus- et sous-épineux et du sous-scapulaire étaient récentes et tout à fait compatibles avec l'importante symptomatologie douloureuse qu'avait présentée l'assuré, immédiatement puis dans les suites de son accident. En outre, une chute telle que décrite par l'assuré était tout à fait susceptible de provoquer ces lésions tendineuses étant donné qu'elle pouvait tout à fait entraîner des mouvements et contraintes de l'épaule mettant les tendons de la coiffe à contribution excessive. Il était ainsi plus que probable que l'accident du 16 mai 2018 avait pour le moins décompensé de façon déterminante des lésions dégénératives préexistantes de l'épaule gauche de l'assuré, en particulier en transformant de probables lésions non transfixiantes préexistantes de tendons de la coiffe des rotateurs en lésions transfixiantes.

Dans le cadre de l'instruction de ces oppositions, la CNA a transmis ces objections à la Dre L _____ qui a maintenu sa position dans un avis du 2 juin 2021, en soutenant que l'assuré n'avait subi aucune action vulnérante susceptible de provoquer une atteinte tendineuse.

La CNA a dès lors confirmé son refus de prise en charge dans une décision sur opposition datée du 21 juin 2021.

F. X _____ a interjeté recours contre ce prononcé le 22 juillet 2021, en concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la prise en charge des suites de l'accident du 16 mai 2018. Il a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr K _____ jouissait d'une entière valeur probante et que les critiques de la Dre L _____ ne résistaient

pas à l'examen, reprochant en outre à la CNA de ne pas avoir interpellé l'expert en lui soumettant l'avis divergent de la Dre L _____. Il a également souligné que l'avis du Dr J _____ avait confirmé celui du Dr K _____. Enfin, il a proposé l'administration d'une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 15 septembre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a affirmé que l'expertise du Dr K _____ n'avait pas répondu à toutes les questions posées et qu'elle manquait de cohérence, qu'elle était notamment fondée sur une prémisse erronée quant à la description de la chute de l'assuré, ce qui avait été relevé par la Dre L _____ qui avait décrit une absence de mécanisme vulnérant. Dès lors, il convenait d'admettre que l'expertise n'était pas parvenue à établir un lien de causalité pour le moins probable entre les troubles de l'épaule du recourant et sa chute du 18 mai 2018, ce lien étant tout au plus possible.

Le recourant a déposé des observations complémentaires le 21 octobre 2021, maintenant ses allégations précédentes quant à la valeur probante des différents avis médicaux du dossier.

La CNA a déclaré dans une écriture du 23 novembre 2021 renoncer à déposer formellement une duplique toute en s'opposant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Invitée à se déterminer, I _____ a indiqué par pli du 12 septembre 2022 que son médecin-conseil, le Dr J _____, après avoir pris connaissance des avis médicaux de la Dre L _____, était finalement parvenu à la conclusion qu'il n'y avait pas d'élément déterminant en faveur ou contre un lien de causalité probable avec une détérioration déterminante de l'épaule due à l'accident et que compte tenu du déroulement de celui-ci, la chute n'avait pas été adéquate pour entraîner les lésions existantes.

Dans des communications des 20 et 21 septembre 2022, les parties ont pris acte de cette prise de position, le recourant relevant que l'on peinait à imaginer le revirement du Dr J _____ alors que ce dernier était au fait de toute la documentation médicale lorsqu'il avait été amené à émettre ses appréciations initiales.

L'échange d'écriture s'est clos en l'absence de nouvelles remarques des parties.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 22 juillet 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 21 juin précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur la prise en charge par la CNA des suites de l'accident du 16 mai 2018.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, 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 ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit que, associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la

condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Le 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 ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 4.2). 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.

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 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

2.4 L'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante vel sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités ; arrêt 8C_50/2023 précité consid. 4.2).

2.5 Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPG). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et

consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un 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 de l'expert soient bien motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. *in*: arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1).

S'agissant de la valeur probante de rapports médicaux, on rappellera que selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'article 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permettait de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 470 ; 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). En revanche, 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2 p. 229; 135 V 465 consid. 4.4 p. 470). 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 administrative selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 et les références).

3. Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2020 faisant suite à un examen pratiqué le même jour, le Dr K _____ a estimé que les arguments qui pointaient en faveur d'une origine traumatique étaient suffisants pour considérer que l'accident était la cause vraisemblable des lésions constatées chez le recourant.

En ce qui concerne la valeur probante de ce rapport d'expertise, la Cour de céans considère qu'elle est entière. En effet, le Dr K _____ a eu connaissance de l'entier du dossier médical du recourant, a examiné personnellement ce dernier et a procédé à une anamnèse complète dans son rapport d'expertise. Il a ensuite discuté du déroulement de la chute de l'assuré et de ses implications sur son épaule consécutives à sa chute en avant. Ses conclusions à cet égard sont claires et cohérentes.

L'expert a également souligné l'absence de dégénérescence graisseuse, ce qui était un indice d'une blessure récente et non pas d'un état dégénératif antérieur. En outre, compte tenu du jeune âge de l'assuré au moment de l'accident (39 ans), il était probable que ses troubles soient la conséquence d'un traumatisme et non pas liés à l'usure. Le Dr K _____ a également fait référence aux rapports du Dr D _____, chirurgien qui avait opéré l'assuré, en soulignant que ce dernier avait mis en évidence une déchirure transfixiante du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire, alors qu'une IRM effectuée préalablement n'avait pas décelé ces lésions ; le chirurgien opérateur avait également confirmé l'origine accidentelle des lésions qui avaient fait l'objet de l'intervention chirurgicale. L'avis du Dr K _____ est en outre confirmé par l'analyse faite par le Dr J _____, lequel a considéré dans son avis 19 janvier 2021 que compte tenu de l'absence de symptomatologie avant l'accident, de la chute en avant avec le bras tendu, des suites directes de l'événement, à savoir une épaule pseudo-paralytique et des lésions mises ensuite en évidence, il était pour le moins probable que l'accident ait entraîné une lésion structurelle ayant décompensé de façon déterminante une situation dégénérative préexistante. Le Dr J _____ a également souligné l'absence de dégénérescence graisseuse et une trophicité musculaire conservée, ce qui était le signe d'un traumatisme récent, et a cité des articles scientifiques soutenant cette thèse. La Cour relève en outre que le revirement de I _____ intervenu en cours de procédure ne saurait remettre en cause l'analyse initiale du Dr J _____, aucune pièce émanant de ce spécialiste n'ayant été produite afin d'expliquer pour quelles raisons il était revenu sur ses appréciations formulées lors de la procédure d'opposition devant la CNA et lors du premier procès tenu devant la Cour de céans.

La Dre L _____ a émis des critiques vis-à-vis de des conclusions de l'expert, estimant tout d'abord que la chute ne représentait pas une action vulnérante permettant d'expliquer les lésions du recourant. Ce dernier a expliqué l'événement de la manière suivante : « (...) je me suis pris un pied dans une palette et suis tombé en avant, en position latérale, le bras gauche tendu en avant. Tout le poids de mon corps s'est retrouvé sur mon bras gauche et à ce moment-là, j'ai ressenti un craquement dans mon

épaule et une vive douleur dans mon épaule gauche. ». Compte tenu du déroulement des événements, à savoir que le recourant a trébuché et est parti en avant, et du fait qu'un craquement a été perçu lors de la chute, la Cour de céans considère que l'enchaînement de ces circonstances était de nature à causer des lésions à l'épaule, cette appréciation de la situation étant soutenue par les Drs K _____ et J _____. A cela s'ajoute le fait que le recourant a indiqué ne plus avoir pu lever son épaule au-dessus de l'horizontale après sa chute, ce qui est un indice d'un traumatisme. La Dre L _____ objecte qu'une contusion pourrait avoir les mêmes effets mais elle ne démontre pas en quoi l'affirmation du Dr K _____ sur ce point ne pourrait pas être suivie.

La Dre L _____ minimise en outre les aspects en faveur d'un traumatisme, à savoir le jeune âge du recourant et relativise les conclusions du Dr D _____ quant à la nature des lésions transfixiantes. Or ce dernier, ayant opéré avec succès l'épaule du recourant, était certainement le plus à même d'évaluer la situation en raison de sa position de chirurgien opérateur et il avait indiqué qu'il était tout à fait évident que les lésions étaient en relation avec une origine traumatique.

En définitive, il apparaît qu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des conclusions du Dr K _____ qui doivent ainsi être suivies, les critiques de la Dre L _____ n'étant pas de nature à invalider l'appréciation de ce spécialiste de l'épaule et ne représentant qu'une appréciation différente de la situation. En raison de l'ensemble des éléments du dossier (chute en avant, craquement, épaule pseudo-paralytique, absence d'antécédents, jeune âge de l'assuré, déchirure transfixiante et avis du Dr D _____), il apparaît que les conclusions du Dr K _____ doivent se voir reconnaître une entière valeur probante.

Le recours doit ainsi être admis, les suites de l'événement du 16 mai 2018 étant ainsi à la charge de la CNA.

4.

4.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaire).

4.2.1 Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité

de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a et 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 p. 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 p. 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi.

4.2.2 En l'occurrence, le recourant obtient gain de cause, de sorte que ses dépens doivent être supportée par l'intimée.

L'activité utile de son avocat a consisté en la rédaction d'un mémoire de recours de 23 pages, d'une réplique de 7 pages et d'une brève détermination complémentaire de 2 pages. Au vu des critères précités, de la teneur des pièces de procédure déposées par le recourant, de la complexité moyenne de l'affaire, du fait que le recourant obtienne gain de cause, la Cour de céans fixe les honoraires de son avocat à un montant de 2000 frs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis et la décision sur opposition rendue le 21 juin 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée.

2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La CNA versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 22 mars 2024