

S2 23 29

ARRET DU 10 FÉVRIER 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Procap Suisse, Bienne

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée, représentée par Maître Antoine Schöni, avocat, Bienne

(aggravation de l'état de santé ; valeur probante de l'avis du médecin-conseil de
l'assurance)

Faits

A. X _____, ressortissant portugais né en 1958, marié et père de deux enfants majeurs, travaillait en qualité de relieur d'imprimerie auprès de A _____ SA, à B _____, depuis le 1^{er} décembre 2010. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), lorsqu'il a été victime d'une chute sur le côté gauche le 19 mai 2014. Une entorse acromio-claviculaire de stade II a été diagnostiquée et traitée conservativement (pièces CNA 49, 51 et 52). Le cas a été pris en charge par la CNA et l'assuré a pu reprendre son travail en plein le 3 novembre 2014.

Le 22 avril 2016, l'intéressé a subi une fenestration C7-D1 gauche et une excision d'une hernie discale C7-D1 à gauche qui provoquait des cervicobrachialgies C8 gauches. A la consultation post-opératoire du 6 juin 2016, il ne présentait plus de douleurs dans le membre supérieur gauche et avait entièrement récupéré sa force (pièce CNA 67).

B. Le 10 octobre 2016, l'assuré a glissé en descendant d'une échelle et s'est blessé à l'épaule droite. Une rupture massive traumatique des tendons supra et infra-épineux ayant été diagnostiquée, ce dernier a été opéré le 25 octobre suivant par le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a procédé à une suture des tendons supra et infra-épineux, à une ténodèse du long chef du biceps, à une bursectomie et à une acromioplastie minima par arthroscopie de l'épaule droite. Un arrêt de travail total a été prescrit et la CNA a accepté d'allouer les prestations d'assurance légales (pièces CNA 1, 2, 3, 7 et 11).

Dans un rapport intermédiaire du 22 février 2017, le Dr C _____ a fait état d'une évolution favorable après suture de la coiffe de l'épaule droite et cervicobrachialgies des deux côtés et a indiqué qu'une reprise du travail était envisagée pour le mois de mai 2017 (pièce CNA 29).

C. Le 23 février 2017, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI). Lors de l'entretien d'assessment du 28 mars suivant, il a expliqué que le port de charges avec le membre supérieur droit était difficile, qu'il manquait de force et qu'il avait de la difficulté à lever le bras au-dessus de l'épaule, même si ce geste restait possible (pièces CNA 30 et 38). A ce stade, l'OAI n'a pas constaté de raison laissant penser que l'assuré ne pourrait pas reprendre son activité professionnelle à l'imprimerie.

D. La CNA a soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le Dr D _____, qui a estimé, le 9 mai 2017, qu'un retour durable vers une pleine capacité de travail dans une activité au-dessus du plan de l'épaule droite, nécessitant des mouvements répétitifs et en porte à faux du bras ainsi que le port de charges lourdes, pouvait être compromis (pièce CNA 57).

Un séjour à la E _____ a dès lors été mis en place du 31 mai au 28 juin 2017. A son terme, les médecins ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail au-dessus du plan des épaules, pas de port de charges moyennes répété, pas de port de charges lourdes et pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des coudes. Ils ont estimé qu'un traitement de physiothérapie pourrait encore permettre une amélioration des aptitudes fonctionnelles et que la stabilisation médicale n'aurait lieu que dans un délai de 3 mois. Ils ont toutefois proposé une reprise à 50% dans la profession habituelle, avec des activités adaptées, à compter du 2 août 2017 (pièce CNA 80).

L'intéressé ayant été licencié pour le 31 octobre 2017, la CNA lui a signifié qu'elle poursuivrait le versement des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2018, puis examinerait sa capacité de travail, respectivement de gain, dès cette date (pièce CNA 83). A cette fin, un examen auprès du médecin d'arrondissement a été organisé le 26 septembre 2017. Dans son rapport du même jour, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté un tableau d'épaule droite pseudo-paralytique avec une élévation active n'atteignant pas l'horizontale et un important déficit de la rotation externe. Il a estimé qu'une activité requérant des sollicitations du bras droit autrement qu'à hauteur d'établi n'était pas exigible et que la comorbidité cervicale dégénérative pouvait impacter négativement le rendement dans une activité ne permettant pas les changements de position. Le Dr F _____ a de plus évalué le degré de l'atteinte à l'intégrité présentée par l'assuré à 15%, correspondant à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale selon la table 1 des barèmes d'indemnisation de la CNA. Le 3 octobre 2017, ce spécialiste a précisé qu'il n'avait pas observé de limitations incapacitantes imputables à l'événement d'octobre 2016 ayant touché le membre supérieur gauche. Pour les seules suites accidentelles, il a conclu à une capacité de travail proche de 100% dans une activité légère principalement mono-manuelle gauche ou dans une activité légère à hauteur d'établi n'exigeant pas de sollicitations du bras droit au-dessus de la poitrine et permettant des pauses fréquentes (pièces CNA 90 à 92).

Par décision du 4 octobre 2017, la CNA a reconnu à l'intéressé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% (pièce CNA 94). Non contestée, cette décision est entrée en force.

Le 20 novembre 2017, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'il n'était plus possible d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 10 octobre 2016, de sorte qu'elle confirmait la fin du paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2018. Elle a ajouté qu'elle examinait encore si elle pouvait lui allouer d'autres prestations d'assurance (pièce CNA 109).

Avant de statuer, la CNA a demandé un avis complémentaire à son service médical, par le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans son appréciation du 26 janvier 2018, ce médecin d'arrondissement a confirmé qu'en considérant les seules suites accidentelles, l'intéressé pouvait théoriquement mettre en valeur une capacité de travail de 100%, sans baisse de rendement, dans une activité principalement mono-manuelle gauche ou dans une activité légère à hauteur d'établi n'exigeant pas de sollicitations du bras droit au-dessus de la poitrine. Il a expliqué que le rendement dans une activité adaptée était impacté uniquement par les limitations douloureuses dues à la comorbidité dégénérative cervicale, non couverte par la CNA (pièce CNA 122).

Après avoir effectué une recherche de postes de travail adaptés dans sa base de données et calculé le revenu avec invalidité, la CNA a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, le 30 janvier 2018 (pièces CNA 123 à 125).

L'assuré s'y est opposé le 23 février 2018, estimant que la CNA avait oublié de tenir compte du problème à l'épaule gauche et contestant le revenu d'invalidité, à son sens trop élevé dès lors qu'il approchait de l'âge de la retraite et qu'il devait changer d'activité (pièce CNA 128). Le 15 mars suivant, il a remis un rapport du Dr C _____ du 2 mars 2018 attestant la persistance d'omalgies à droite, de cervicobrachialgies à gauche et de séquelles d'une intervention chirurgicale aux cervicales, en raison desquelles il se demandait si le patient pouvait réellement reprendre une activité même adaptée à 100%, ainsi qu'un certificat médical du 10 janvier 2018 de son médecin traitant, le Dr H _____, médecin généraliste FMH qui déclarait que l'intéressé souffrait de douleurs aux épaules et de cervicalgies l'empêchant d'exécuter des travaux de force, de porter des charges avec les bras au-dessus de la poitrine et d'effectuer des mouvements répétitifs avec les bras durant toute la journée (pièces CNA 132 et 133).

Par décision sur opposition du 12 juillet 2018, la CNA a admis partiellement l'opposition sur la question du revenu d'invalidé, en choisissant de le calculer sur la base des salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des tâches physiques ou manuelles simples et en appliquant un abattement de 15% pour tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce. Elle a dès lors admis le droit à une rente d'invalidité de 14% dès le 1^{er} février 2018 (pièce CNA 140).

Par écriture du 10 septembre 2018, X _____ a recouru céans à l'encontre de la décision sur opposition du 12 juillet précédent (cause S2 18 95). Par jugement du 26 février 2019, le Tribunal de céans a rejeté le recours (pièces CNA 152 et 162). Non contestée, cette décision est entrée en force.

E. En parallèle, l'OAI a refusé à l'intéressé tout droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à une rente d'invalidité par décisions séparées du 28 août 2018, au motif que, depuis le 26 septembre 2017, on pouvait exiger de sa part l'exercice à plein temps et avec un rendement normal de n'importe quelle activité légère et adaptée (pas de port de charges de plus de 5-10 kg, pas de travaux lourds, travaux à hauteur d'établi, pas de travaux au-dessus du plan des épaules, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs au-dessus du plan des coudes, pas de travaux avec des vibrations) et que cette capacité de travail résiduelle lui permettrait de gagner un revenu (selon l'ESS et avec un abattement de 10%) de seulement 12% inférieur à son revenu antérieur, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (pièces CNA 157 et 158).

F. Le 26 septembre 2019, la Caisse cantonale de chômage a annoncé une rechute de l'accident du 10 octobre 2016 à la CNA, motif pris que l'assuré présentait une contusion des épaules gauche et droite. Le lendemain, cette dernière a informé l'intéressé qu'elle ne pouvait pas encore se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance et l'a prié de patienter (pièce CNA 167).

Le 18 novembre 2019, le Dr G _____ a estimé que les troubles au niveau de l'épaule gauche invoqués dans l'annonce de rechute étaient imputables à l'accident du 19 mai 2014, mais qu'une aggravation objectivable depuis la dernière appréciation du 26 janvier 2018 n'était que tout au plus possible (pièce CNA 173).

G. Le 22 juin 2022, l'assuré, représenté par Procap Suisse, a informé la CNA que son état de santé s'était dégradé dans le courant de l'année 2021, avec une récurrence de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle. Il a ajouté que, dans un projet de décision du 26 avril 2022, l'OAI avait revu sa position et lui

avait reconnu un degré d'invalidité de 55%. A cet égard, il a joint à son courrier un rapport final du SMR (Dresse I _____) du 20 avril 2022, retenant une péjoration clinique au niveau des épaules, documentée par le Dr C _____ et impliquant que même les travaux sans contraintes physiques devaient être proscrits, et lui reconnaissant une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée (position de travail alternée, pas de port de charges, travaux lourds proscrits, travaux à hauteur d'établi, pas de travaux au-dessus du plan des épaules, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs au-dessus du plan des coudes, pas de travaux avec des vibrations), ainsi qu'un rapport du 1^{er} avril 2021 du Dr C _____, soulignant notamment une péjoration des symptômes, une perte progressive de la mobilité de l'épaule droite ainsi qu'une rupture massive de la coiffe de cette épaule avec la présence d'une omarthrose débutante et préconisant une réévaluation du cas (pièces CNA 179 et 194).

Le 13 septembre 2022, le Dr G _____ a estimé qu'il était pour le moins probable que les troubles invoqués soient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 10 octobre 2016, qu'il en allait de même s'agissant de l'exigibilité au moment de la clôture du cas, qu'une aggravation objectivable liée à l'accident mentionné ci-avant était tout au plus possible, une rupture itérative non réparable étant déjà connue lors de son appréciation du 26 janvier 2018, et que l'IPAI ne devait pas être modifiée, l'épaule mobile jusqu'à l'horizontale relevée par le Dr C _____ correspondant à un taux de 15%, soit à l'indemnité déjà octroyée (pièce CNA 181).

Le 19 septembre 2022, la CNA a informé l'intéressé que les conclusions et les limitations formulées par son médecin-conseil le 26 janvier 2018 restaient identiques, de sorte qu'elle ne pouvait pas lui allouer de prestations d'assurance supplémentaires (pièce CNA 182).

Le 12 octobre 2022, l'assuré a soutenu qu'il ressortait de son dossier AI que ses séquelles post-traumatiques s'étaient aggravées et a prié la CNA de revoir sa position (pièce CNA 184).

Dans une appréciation du 31 octobre 2022, le Dr G _____ a rappelé que la seule atteinte à la santé qui concernait la CNA était celle au niveau de l'épaule droite, de type pseudo-paralytique à la suite de ruptures itératives de la coiffe des rotateurs et pour laquelle aucune aggravation n'avait été reconnue dans l'appréciation du 26 janvier 2018. Ce médecin a ajouté que le Dr C _____ n'avait pas fait état d'une aggravation de la situation concernant le membre supérieur droit, notamment quant à la fonction ou à

l'aggravation d'une omarthrose, et qu'il n'avait fait aucune proposition thérapeutique, à l'instar de la mise en place d'une prothèse. Le Dr G _____ a conclu qu'il n'était pas possible de reconnaître une aggravation notable pouvant justifier une modification de l'IPAI et de l'exigibilité (pièce CNA 188).

Par décision du 7 novembre 2022, la CNA a confirmé la teneur de son courrier du 19 septembre précédent (pièce CNA 190).

L'intéressé s'est opposé à cette décision en date du 8 décembre 2022, arguant qu'il ressortait tant de l'avis du Dr C _____ du 1^{er} avril 2021 que du rapport final du SMR du 20 avril 2022 qu'il présentait désormais une impotence fonctionnelle de l'épaule droite liée à l'accident de 2016 et que, dans ces circonstances, l'incapacité de travail de 50% retenue par le SMR concernait bien des séquelles post-traumatiques de cet accident (pièce CNA 191).

Par décision sur opposition du 21 février 2023, la CNA a écarté les griefs de l'assuré et confirmé sa décision du 7 novembre 2022, en précisant que l'appréciation médicale détaillée du 31 octobre 2022 du Dr G _____ présentait une pleine et entière valeur probante, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter (pièce CNA 197).

H. X _____ a recouru céans le 27 mars 2023 à l'encontre de la décision sur opposition du 21 février précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à l'octroi de prestations d'assurance-accidents pour les suites de l'aggravation annoncée le 22 juin 2022 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire. Il a en substance réitéré les arguments développés à l'appui de son opposition et maintenu que le rapport final du SMR du 20 avril 2022 devait prévaloir.

Dans sa réponse du 12 juin 2023, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a réaffirmé que l'appréciation médicale détaillée du 31 octobre 2022 du Dr G _____, qui avait pris en compte les éléments produits par l'intéressé, avait pleine valeur probante selon la jurisprudence topique, si bien qu'elle était fondée à se baser sur cet avis.

Le 31 août 2023, le recourant a précisé que la CNA répondait de deux accidents, soit celui à l'origine des problèmes à l'épaule gauche et l'autre concernant l'épaule droite, si bien qu'il était erroné de se limiter à la question de l'épaule droite. Il a ajouté que sa situation s'était aggravée au niveau de ses deux épaules et a joint un rapport du 29 août précédent du Dr C _____. Ce médecin a posé les diagnostics d'omalgies droites

avec re-rupture de la coiffe après suture d'une lésion massive traumatique en 2006 (*recte* : 2016) et omarthrose débutante, de lésion partielle de la coiffe de l'épaule gauche, d'opération cervicale en avril 2016 et de dépression et a conclu que la situation des deux membres supérieurs de son patient s'était aggravée et que les signes d'omarthrose s'étaient péjorés. En outre, une note d'honoraires s'élevant à un montant de 2137 fr. 30 (TVA et débours compris) était annexée à l'écriture du 31 août 2023.

Le 4 octobre 2023, l'intimée a relevé que le rapport du Dr C _____ du 29 août précédent ne contenait pas d'éléments nouveaux par rapport à celui du 1^{er} avril 2021 et qu'il n'était pas de nature à remettre en doute les conclusions motivées du Dr G _____, tout en précisant que ce nouveau rapport avait été établi postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'il n'était de toute manière pas déterminant dans la présente procédure.

L'échange d'écritures a été clos le 5 octobre 2023.

Considérant en droit

1.

Selon l'article 1 alinéa 1 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 27 mars 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 21 février précédent, reçue le 23 février 2023 par le mandataire du recourant, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 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 le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents supplémentaires en lien avec l'aggravation alléguée de son état de santé par rapport à la situation prévalant au moment de la précédente décision d'octroi de prestations du

18 août 2018, confirmée sur recours le 26 février 2019 par l'autorité de céans (cause S2 18 95).

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. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La lettre f de cette liste mentionne les déchirures de tendons. La jurisprudence considère qu'une rupture de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.5).

Dans la mesure où l'assurance-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGa, soit l'événement du 10 octobre 2016, le litige doit être examiné sur la base de l'article 6 alinéa 1 LAA, même en présence d'une lésion corporelle au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

2.3 L'article 17 alinéa 1 LPGa prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V368 consid. 2 et la référence). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel complet du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017

du 18 août 2017 consid. 4.2). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est en soi resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 113 V 273 consid. 1a et les références, 112 V 387 consid. 1b). Par contre, il n'y a pas de motif de révision lorsqu'on est en présence d'une évaluation simplement différente d'une situation qui est pour l'essentiel restée la même, à l'instar d'une appréciation différente des effets sur la capacité de travail d'un état de santé resté essentiellement inchangé (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_552/2007 du 17 janvier 2008 consid. 3.1.2 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

2.4 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité

consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, 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 et 135 V 465 consid. 4.4). 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'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n°

U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

2.5 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations d'assurance supplémentaires, au motif que la situation était identique à celle prévalant en 2018, lors du prononcé de la dernière décision de prestations en force, et ce conformément à l'avis de son médecin-conseil.

Dans son appréciation du 13 septembre 2022, complétée le 31 octobre suivant, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement, a en effet rappelé que la seule atteinte à la santé qui concernait la CNA était celle au niveau de l'épaule droite, de type pseudo-paralytique à la suite de ruptures itératives de la coiffe des rotateurs, et estimé que s'il était pour le moins probable que les troubles invoqués soient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 10 octobre 2016, une aggravation objectivable liée à l'accident mentionné ci-avant était cependant tout au plus possible, une rupture itérative non réparable de la coiffe des rotateurs étant déjà connue lors de son appréciation du 26 janvier 2018. Ce spécialiste a ajouté que le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, n'avait pas fait état d'une aggravation de la

situation concernant le membre supérieur droit, notamment quant à la fonction ou à l'aggravation d'une omarthrose, et qu'il n'avait fait aucune proposition thérapeutique, à l'instar de la mise en place d'une prothèse, de sorte qu'il n'était pas possible de reconnaître une aggravation notable pouvant justifier une modification de l'IPAI et de l'exigibilité.

L'intimée a ainsi choisi de régler le cas d'assurance du recourant en se basant principalement sur l'avis de son médecin-conseil, sans recourir à une expertise externe (art. 44 LPGA). Dès lors, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4), l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes et des doutes, mêmes minimes, quant à la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, exigent de procéder à des investigations complémentaires.

3.2 A la lecture du dossier, force est de constater que les rapports des 13 septembre 2022 et 31 octobre suivant du Dr G _____ sont en contradiction avec l'avis du Dr C _____ du 1^{er} avril 2021 ainsi que, dans une moindre mesure, avec le rapport final du SMR du 20 avril 2022 (Dresse I _____), qui se fonde sur l'avis du Dr C _____. En effet, dans son rapport – extrêmement succinct – du 13 septembre 2022, le Dr G _____ a nié le droit du recourant à une IPAI supérieure à 15%, motif pris que, selon le Dr C _____, l'épaule était mobile jusqu'à l'horizontale, ce qui correspondait à 15% d'IPAI, soit le taux octroyé en 2018. Or, une lecture attentive de l'avis du Dr C _____ montre bien plutôt que ce spécialiste a indiqué que la situation de son patient n'était pas restée identique (épaule mobile jusqu'à l'horizontale) mais s'était péjorée et qu'il avait perdu progressivement la mobilité de son épaule droite en raison de la rupture massive de la coiffe des rotateurs avec la présence d'une omarthrose. Par ailleurs, le Dr G _____ soutient, dans son appréciation du 31 octobre 2022, que le Dr C _____ n'aurait aucunement fait état d'une aggravation de la situation, notamment quant à la fonction ou à l'aggravation d'une omarthrose, et qu'il n'avait fait aucune proposition thérapeutique susceptible de prouver la péjoration alléguée, à l'instar de la mise en place d'une prothèse. Or, s'il est vrai que le Dr C _____ n'a pas formulé de proposition thérapeutique, il ressort en revanche expressément de son rapport du 1^{er} avril 2021 que l'imagerie médicale par rayons X réalisée avait mis en évidence des signes d'omarthrose débutante. A cet égard, la Cour relève qu'une simple lecture du dossier permet de constater que ce médecin traitant n'avait fait précédemment état que d'omalgies (cf. not. rapport du 2 mars 2018, pièce 132), et non d'omarthrose. Cette dernière pathologie est du reste confirmée par le Dr C _____ dans son rapport du 29 août 2023, qui, bien que postérieur à la décision

litigieuse, est néanmoins étroitement lié à l'objet du litige. Dès lors que le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate, le Dr G _____ aurait dû se prononcer non seulement sur l'omarthrose débutante relevée par le Dr C _____ mais aussi sur son origine, traumatique ou dégénérative, ce qu'il n'a pas fait. En outre, le Dr G _____ ne dit rien des nouvelles limitations fonctionnelles posées par le SMR dans le rapport final du 20 avril 2022 (position de travail alternée, pas de port de charges, travaux lourds proscrits, travaux à hauteur d'établi, pas de travaux au-dessus du plan des épaules, pas de mouvements répétitifs avec les membres supérieurs au-dessus du plan des coudes, pas de travaux avec des vibrations), alors même que ces limitations, principalement dues à l'état de l'épaule droite du recourant, diffèrent sensiblement de celles retenues par le médecin-conseil dans son rapport du 26 janvier 2018 (activité principalement mono-manuelle gauche ou dans une activité légère à hauteur d'établi n'exigeant pas de sollicitations du bras droit au-dessus de la poitrine).

Au vu de ces développements et compte tenu des exigences strictes posées par la jurisprudence en matière d'appréciation de l'avis d'un médecin interne à l'assurance, sans recours à une expertise externe, une pleine valeur probante ne saurait être reconnue à l'avis interne du Dr G _____.

3.3 Ainsi, en l'état du dossier, la Cour de céans constate que l'instruction médicale est insuffisante et contradictoire, que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique et qu'un doute subsiste quant à l'aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la précédente décision de prestations entrée en force. La CNA aurait dû remédier aux lacunes de l'instruction qu'elle a menée et ne pouvait pas attendre du Tribunal qu'il la complète à sa place. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire conformément à ce qui précède, puis nouvelle décision sur ce point.

4.

4.1 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

4.2 Aux termes de l'article 61 lettre g LPGa, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Eu égard à ce qui précède, X _____ a obtenu gain de cause en l'espèce et a droit à des dépens.

4.2.1 Le montant des dépens 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 ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LTar, 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 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 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.

Le Tribunal fédéral a en outre retenu qu'une partie représentée par l'avocat d'une assurance de protection juridique avait également droit à une indemnité pour ses dépens (ATF 122 V 278 ; VSI 1997, 33), de même que celle représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (ATF 126 V 11 consid. 2 ; SVR 1997 IV n° 110 p. 341 ; VSI 2000, 294). Il a également exposé qu'une indemnisation distincte d'avocats employés auprès d'associations, d'une part, et d'avocats exerçant leur métier en profession libérale, d'autre part, n'était pas arbitraire (SVR1999, IV n° 28,

p. 85) et, dans le cadre d'un recours de droit public, a admis qu'il n'était pas arbitraire de traiter différemment le statut d'avocat indépendant de celui d'avocat employé par une assurance de protection juridique, ce dernier profitant de l'infrastructure de l'assurance et de sa possibilité de faire de la publicité, si bien qu'il est dédommagé de manière appropriée pour son travail et que la société reçoit pour ses prestations des primes des assurés (ATF 120 Ia 169).

4.2.2 En l'occurrence, le recourant, représenté initialement par Me Séverin Tissot-Daguette puis par Me Franziska Lüthy, tous deux avocats auprès du service juridique de l'association Procap Suisse, a déposé le 31 août 2023 une note d'honoraires totalisant la somme de 2137 fr. 30 pour un temps de travail de 6h45. S'il est vrai que les postes indiqués dans cette note n'apparaissent pas d'emblée excessifs, la Cour relève toutefois que les avocats précités exercent leur activité auprès d'une association et non de manière libérale. Eu égard à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 4.2.1) et compte tenu de l'ampleur du dossier, des questions juridiques soulevées, de la teneur des pièces de procédure déposées, soit uniquement la décision litigieuse et un rapport médical postérieur à cette décision, la Cour fixe les dépens à un montant arrondi de 1400 fr., débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis, la décision entreprise annulée et le dossier retourné à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens du considérant 3.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera à X _____ une indemnité de 1400 francs pour ses dépens.

Sion, le 10 février 2025