

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 MM. Tinguely, juge, et Farron, assesseur
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant,

et

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

Art. 4 LPGa ; 6 al. 1 et 2 let. f LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé pour D._____ en qualité de chauffeur poids lourd à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2018. À ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après CNA ou intimée).

Le 1^{er} février 2025, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite.

Par déclaration de sinistre du 3 février 2025, son employeur a annoncé l'évènement à la CNA en ces termes (sic) :

« Notre collaborateur était en train de décharger de la marchandise dans un magasin lorsque la roue d'un rolle s'est bloqué et notre collaborateur s'est fait mal (il était en train de pousser le rolle). »

Dans un rapport de consultation du 3 février 2025, la Dre C._____, médecin assistante auprès de l'Hôpital F._____, a diagnostiqué une possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs, sans lésion osseuse à la radiographie. Elle a mentionné que l'assuré ressentait des douleurs à l'épaule droite après un effort de traction au travail. Elle a joint à son envoi le rapport de radiographie dressé le 1^{er} février 2025.

Le même jour, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a délivré un certificat médical attestant que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} février 2025 pour cause d'accident.

Le rapport de l'échographie de l'épaule droite établi le 5 février 2025 a conclu à une désinsertion partielle de la moitié bursale du tendon sus-épineux sur sept millimètres de longueur avec une fine bursite sous acromio-deltoïdienne d'accompagnement.

Le 10 février 2025, en réponse à un questionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué s'agissant du déroulement de l'accident du 1^{er} février

2025, qu'alors qu'il déchargeait un camion, il a tiré puis poussé très fort un roll en raison du blocage d'une des roues. A la question « S'est-il produit quelque chose de particulier ? », il a répondu « oui ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) pratiquée le 25 mars 2025 a mis en évidence une pantendinopathie de la coiffe des rotateurs sans déchirure, une arthrose acromio-claviculaire avec discret caractère inflammatoire ainsi qu'une abondante bursite sous acromio-delhoïdienne.

Répondant le 2 juin 2025 à un questionnaire médical de la CNA, la Dre J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de pantendinopathie de la coiffe, conflit sous-acromial à droite et bursite. Concernant les circonstances de l'accident, elle a mentionné que, le 1^{er} février 2025, l'assuré avait forcé une charge et ressentait depuis lors des douleurs à l'épaule droite avec une impotence fonctionnelle. Sur certificat médical daté du même jour, elle a attesté une incapacité de travail totale pour cause d'accident.

Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 3 juin 2025 a fait ressortir une pantendinopathie de la coiffe des rotateurs, une lésion quasi transfixiante de la face bursale du supra-épineux, une arthrose acromio-claviculaire avec discret caractère inflammatoire, ainsi qu'une abondante bursite sous acromio-delhoïdienne.

Dans un questionnaire médical complété le 16 juin 2025, la Dre J._____ a retenu le diagnostic de lésion quasi transfixiante du sus-épineux droit et indiqué qu'une opération était prévue le 17 juin 2025. À l'appui de son envoi, elle a notamment joint son rapport de consultation du 16 juin 2025, dans lequel elle a constaté la résurgence des douleurs handicapantes au quotidien malgré les infiltrations de cortisone. Le protocole opératoire dressé le 17 juin 2025 a confirmé le diagnostic posé.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur pour une appréciation brève. Le 25 août 2025, ce

médecin a constaté la présence d'une atteinte sclérotique et kystique sur zone d'insertion du sus-épineux mettant en évidence une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs laquelle signalait une atteinte prépondérante en lien avec l'usure. Il a indiqué qu'il existait une rupture du cintre gléno-huméral plaidant également en faveur d'une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs, laquelle n'avait cependant pas perdu sa fonction, la musculature n'étant pas atrophique.

Par courrier du 28 août 2025, la CNA a annoncé à l'assuré que les prestations de l'assurance-accidents ne lui seraient pas octroyées au motif que l'évènement du 1^{er} février 2025 ne consistait pas en un accident et que les documents médicaux à sa disposition montraient une lésion due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

Dans un courriel du 18 septembre 2025, l'assuré a demandé à la CNA une « réponse form[elle] concernant l'évènement du 1^{er} février 2025 ».

Le 30 septembre 2025, l'assuré a adressé une lettre à la CNA pour contester le refus de prestations. Il a soutenu, en substance, que se blesser à l'épaule en manœuvrant un roll chargé de boissons sur lequel une roue s'était bloquée, était constitutif d'un accident de travail. Son employeur n'avait pas procédé à un contrôle adéquat des équipements rendant le roll utilisé le 1^{er} février 2025 défectueux. Il a, en outre, rappelé qu'un événement similaire, survenu en 2019, avait provoqué une blessure à l'épaule gauche et avait été reconnu comme un accident. L'intéressé s'est plaint de l'absence de réponse à sa demande de décision formelle adressée par courriel le 18 septembre 2025. Enfin, il a indiqué que son licenciement, avec effet au 30 novembre 2025, résultait de l'accident du 1^{er} février 2025 ainsi que d'une négligence médicale, et a fait état d'une dégradation de sa santé psychologique à la suite de cet évènement. À l'appui de son écriture, il a notamment joint les documents suivants :

- Un rapport de consultation du 30 janvier 2025 dans lequel, le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a

noté concernant les épaules de l'assuré les observations suivantes (sic) :

« Cicatrice antérieure à l'épaule gauche de 5 cm calme. Pas de limitation de la mobilité à l'examen global des amplitudes articulaires ni de douleur annoncée. Tous les tests de coiffe sont tenus des deux côtés. »

- Une déclaration de sinistre concernant un accident survenu le 28 juin 2019 dont le déroulement est décrit comme suit (sic) :

« Notre collaborateur déchargeait un rouleau de bois et en le descendant sur la plaque de déchargement le rouleau est parti tout seul et notre collaborateur s'est fait mal en le retenant. »

- Une capture d'écran reproduisant le résultat d'une recherche sur la définition d'un accident professionnel et sur l'appréciation, par l'intelligence artificielle, des circonstances de l'évènement du 1^{er} février 2025.

Dans son appréciation médicale du 28 octobre 2025, le Dr K._____ a retenu les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec rupture quasi transfixiante dans une région « plurikystique », arthrose acromio-claviculaire droite turgescente, status après réparation arthroscopique au niveau de l'épaule gauche et arthroscopie réparatrice de l'épaule droite réalisée le 17 juin 2025. Invité à se prononcer sur l'existence d'une lésion corporelle due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, il s'est déterminé comme suit (sic) :

« Présence d'une atteinte sclérotique et kystique sur la zone d'insertion du sus-épineux, mettant en évidence une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs, signant une atteinte prépondérante en lien avec l'usure, sur l'imagerie standard il existe une rupture du cintre gléno-huméral également en faveur d'une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs qui cependant n'a pas perdu sa fonction, la musculature n'est pas atrophique.

Cette atteinte est chronique et est due à des facteurs extrinsèques que sont une arthrose acromio-claviculaire turgescente créant un conflit avec la coiffe mais également du fait de l'atteinte diffuse de toute la coiffe des rotateurs d'un probable problème et facteur intrinsèque tendineux affaiblissant cette coiffe, la chronicité peut également être constatée du fait d'une lésion polykystique osseuse au niveau de l'insertion de la coiffe des rotateurs. Sur le plan de

l'imagerie, il n'y a pas de signe au niveau de la coiffe d'atteinte aigue, ni épanchement au niveau de l'articulation gléno-humérale. »

Par décision du 7 novembre 2025, la CNA a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents, au motif que les troubles dont il souffrait n'étaient imputables ni à un accident, ni à une lésion corporelle assimilée à un accident.

Le 5 décembre 2025, l'assuré a fait savoir par courriel à la CNA qu'il s'opposait à la décision susmentionnée et a sollicité un entretien personnel auprès de son agence à Lausanne.

Un collaborateur de la CNA a procédé à l'audition de l'assuré et établi un procès-verbal le 23 janvier 2026. L'assuré a soutenu que l'évènement du 1^{er} février 2025 consistait en un accident de travail et déclaré qu'il ne souffrait d'aucun trouble à l'épaule droite avant cette date. Il a confirmé l'exactitude des faits exposés dans le questionnaire du 10 février 2025. A l'appui de ses déclarations, il a remis les pièces médicales suivantes :

- Un rapport IRM du 1^{er} octobre 2025, lequel a conclu à des remaniements post-opératoires habituels du tendon du supraépineux, avec un hypersignal T2 mais une épaisseur préservée, une rupture partielle de l'infra-épineux (environ 50 % de l'épaisseur des fibres) sans désinsertion des fibres supérieures, proche de la jonction avec le supra-épineux étendue sur environ 0,8 cm en antéropostérieur, une arthrose acromio-claviculaire à caractère inflammatoire, ainsi qu'un épaississement synovial du récessus axillaire évoquant des signes de synovite gléno-humérale.
- Un rapport du 15 décembre 2025 établi par la Dre J._____ pour l'assurance-maladie de l'assuré, dans lequel elle a indiqué, dans l'anamnèse, que la lésion du sous-épineux était d'origine post-traumatique. En raison de la persistance des douleurs, elle a exprimé des doutes quant au fait qu'il puisse reprendre son activité habituelle et envisagé, en théorie, la reprise d'une activité à des fins

thérapeutiques, excluant le port de charges lourdes. L'IRM du 1^{er} octobre 2025 ne mettait en évidence ni lésion, ni problème au niveau des ancrs, mais révélait une capsulite rétractile en sus de l'inflammation de la coiffe des rotateurs. Ce médecin a également relevé l'existence d'un facteur psychologique important et estimé qu'un suivi auprès d'un psychologue s'avérerait nécessaire.

Par décision sur opposition du 27 janvier 2026, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a confirmé le refus d'allouer des prestations motif pris que l'évènement du 1^{er} février 2025 ne constituait ni un accident, en l'absence de cause extérieure extraordinaire, ni une lésion corporelle assimilée à un accident. Se fondant sur l'appréciation du Dr K. _____ du 28 octobre 2025, elle a retenu qu'au vu de toutes les pièces médicales du dossier, l'atteinte à l'épaule était chronique et due au degré de la probabilité prépondérante à l'usure. Elle a considéré que l'avis de la Dre J. _____ selon lequel l'atteinte était d'origine post-traumatique n'emportait pas conviction, dès lors qu'aucun accident n'était établi en l'absence d'un facteur extraordinaire. Cet avis reposait sur le seul adage « *post hoc, ergo propter hoc* » et ne permettait pas d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance sociales.

B. Le 16 février 2026, B. _____ a adressé un courrier à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal indiquant sa volonté de recourir à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Il a indiqué qu'il avait rendez-vous auprès d'une médecin spécialisée en rhumatologie le 10 mars 2026 et qu'il serait en mesure de former « une opposition véritable » à la suite de cette consultation. Dans ce sens, il a requis une prolongation du délai afin de motiver son écriture. Pour appuyer sa demande, il a joint une attestation de la Dre N. _____, spécialiste en rhumatologie, qui confirmait la date de la consultation du 10 mars 2026

Par ordonnance du 18 février 2026, la juge instructrice a rejeté la demande du recourant tendant à l'octroi d'un délai supplémentaire au-delà du 10 mars 2026. Elle lui a imparti un délai de dix jours pour compléter son recours en indiquant ses moyens et ses conclusions, avec la précision

qu'à défaut de réponse dans le délai fixé, le recours pourrait être réputé retiré ou déclaré irrecevable.

Dans un courrier du 20 février 2026, le recourant a indiqué qu'il entendait recourir contre la décision sur opposition du 27 janvier 2026. Se fondant sur le rapport de consultation du Dr L._____, il a en substance soutenu qu'avant l'évènement du 1^{er} février 2025, il ne présentait aucun problème de mobilité au niveau de ses jambes et de ses bras, que les troubles à son épaule droite étaient apparus à la suite de cet accident. Il a précisé qu'il attendait un deuxième avis rhumatologique, lequel ne pourrait être obtenu avant le 10 mars 2026, en faisant valoir le droit de se défendre. Pour appuyer sa position, il a notamment transmis, le résultat de recherches effectuées au moyen de l'intelligence artificielle sur la qualification de l'évènement du 1^{er} février 2025, ainsi que des extraits de sites internet de cabinet de radiologie, d'hôpitaux et du magazine « planète santé » relatifs à la capsulite rétractile, au syndrome de l'épaule gelée, à la rupture de la coiffe des rotateurs et à l'épaule douloureuse.

Le 6 mars 2026, dans sa réponse, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité, constatant que le recourant n'avait pas exposé en quoi la décision sur opposition litigieuse serait erronée et n'avait pris aucune conclusion. Elle a relevé l'absence d'élément nouveau déterminant pour s'écarter de cette décision et a produit le dossier du recourant.

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) Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (dans ce sens également l'art. 79 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il suffit que le tribunal puisse déduire de l'acte de recours ce que souhaite le recourant et pour quels motifs la décision contestée est, d'après lui, erronée sur le plan factuel ou juridique. Si les conclusions font défaut, le tribunal examinera s'il peut les déduire de la motivation. Les exigences du droit fédéral relatives aux conclusions et à la motivation du recours sont limitées au minimum pour éviter tout formalisme excessif et garantir la simplicité de la procédure (Jean Métral, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 43 s. *ad* art. 61 LPGA).

En l'espèce, bien que l'acte de recours ne contienne aucune conclusion, il comporte une maigre motivation qui porte sur l'existence d'un accident à l'origine des atteintes. Il en découle, de manière implicite mais suffisamment claire, que le recourant a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 27 janvier 2026. Déposé en temps utile devant le tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi, le recours est dès lors recevable à la forme.

2. Le litige porte sur le caractère accidentel de l'évènement du 1^{er} février 2025, respectivement sur l'existence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur

cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 6.1).

Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2018, n° 25 *ad* art. 4 LPGa). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, *in* : *Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du 27 septembre 1993) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993). En revanche, le fait pour un magasinier stagiaire de décharger avec l'aide d'un collègue, des containers de 165 kilos ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (TFA U 100/06 du 30 mai 2006 consid. 4.2), de même que la rotation effectuée dans la précipitation pour retenir un patient sur le point de choir n'est pas inhabituelle pour un infirmier (TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5 ; pour une casuistique : Stéphanie Perrenoud, *op.cit.*, n° 29 *ad art.* 4 LPGA) ; Jean-Maurice Frésard/Margot Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 98 p. 924).

d) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, *op. cit.*, n° 30 *ad art.* 4 LPGA ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 99 p. 925).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice

d'une présomption d'exactitude (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références citées).

4. En outre, le droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1).

a) Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque 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).

b) 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_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).

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de tendons, pour autant que la lésion en cause ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGa, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

b) Le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2017). Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans l'hypothèse où une telle lésion est imputable à un accident, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident ne constitue plus, même très partiellement, la cause naturelle et adéquate de la lésion. En revanche, en l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al.2 LAA, à moins qu'il ne prouve que cette lésion est due principalement à l'usure ou à une maladie. Cela étant, lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident n'est pas une cause, même très partielle, d'une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe par ailleurs pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même apportée (ATF 146 V 51 consid. 9 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.2).

6. 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 LPGa), 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).

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 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

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 asséculo-logique. 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).

7. a) En l'espèce, l'intimée considère que l'évènement du 1^{er} février 2025 n'est pas constitutif d'un accident au sens des art. 4 LPG et 6 al. 1 LAA, à défaut de cause extérieure extraordinaire. Quant au recourant, il estime que les conditions d'un accident sont remplies dès lors qu'il s'est

blessé à l'épaule en poussant un roll chargé de boissons dont une roue s'était bloquée, ce blocage étant, selon lui, imputable à la défectuosité du chariot mis à disposition par son employeur.

b) Il résulte de la déclaration d'accident du 3 février 2025 ainsi que du questionnaire complété le 10 février 2025, qu'alors qu'il déchargeait des marchandises dans un magasin, le recourant s'est blessé en poussant « très fort » un roll sur lequel une roue s'était bloquée.

aa) Le blocage d'un roll lors de son déplacement ne saurait être qualifié d'évènement inhabituel. Il s'agit d'une circonstance courante dans le cadre ordinaire des opérations de déchargement de marchandises, indépendante de l'entretien du matériel par l'employeur. L'évènement du 28 juin 2019 auquel le recourant s'est référé dans son opposition, ne conduit pas à une autre considération. Il ressort du dossier que lors de ce précédent sinistre, le roll était « parti tout seul » après avoir été descendu sur la plaque de déchargement, ce qui constituait un mouvement imprévu du chariot, soit un facteur extérieur distinct de la simple résistance provoquée par le blocage d'une roue. L'effort fourni par le recourant pour pousser un roll momentanément bloqué s'inscrivait dans l'exécution de son activité habituelle et ne relevait pas d'une intensité manifestement excessive. Dans ces circonstances, le blocage de la roue ne constitue pas un facteur extérieur extraordinaire au sens de la jurisprudence, de sorte que l'évènement du 1^{er} février 2025 ne peut être qualifié d'accident.

bb) Le recourant a produit le résultat d'une recherche effectuée au moyen de l'intelligence artificielle, selon lequel une blessure survenue en raison du blocage d'une roue d'un roll de boissons serait reconnu, en Suisse, comme un accident professionnel. Cette appréciation ne saurait toutefois être suivie. En effet, elle ne repose sur aucune analyse des conditions légales et jurisprudentielle applicables à la notion d'accident en droit suisse, en particulier s'agissant du facteur extraordinaire, comme développé au considérant précédent. Ainsi, dépourvue de raisonnement juridique tenant compte des circonstances concrètes du cas d'espèce, la déduction livrée par l'intelligence artificielle n'est pas pertinente.

cc) Au demeurant, le recourant n'a indiqué la survenance d'aucun incident. Sa description constante de l'évènement litigieux ne comportait aucun facteur extérieur extraordinaire qui aurait pu causer sa blessure. Il n'a effectué aucun mouvement involontaire ou imprévu : il n'a pas glissé, ne s'est pas encoublé, n'a pas heurté d'objet ou encore n'a pas tenté d'éviter une chute. Il ne ressort pas non plus d'évènement particulier des rapports médicaux, ni des certificats médicaux délivrés par ses médecins traitants qui ont attesté d'une incapacité de travail pour cause d'accident sans aucune motivation.

c) Par conséquent, en l'absence de cause extérieure extraordinaire, l'évènement du 1^{er} février 2025 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGa, de sorte que l'intimée n'est pas tenue de prêter en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA.

8. Il convient dès lors d'examiner si une prise en charge se justifie sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA.

a) Pour nier le droit aux prestations, l'intimée s'est fondée sur les appréciations du Dr K._____. Dans son appréciation du 25 août 2025, ce médecin a constaté une atteinte sclérotique et kystique sur zone d'insertion du sus-épineux mettant en évidence une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs, imputable de manière prépondérante à l'usure. Il a également noté une rupture du cintre gléno-huméral, laquelle témoignait également d'une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs. Dans sa seconde appréciation du 28 octobre 2025, le Dr K._____ a précisé que cette atteinte « [était] due à des facteurs extrinsèques que sont une arthrose acromio-claviculaire turgescente créant un conflit avec la coiffe mais également du fait de l'atteinte diffuse de toute la coiffe des rotateurs d'un probable problème et facteur intrinsèque tendineux affaiblissant cette coiffe ». Il a souligné que la chronicité pouvait également être constatée compte tenu d'une lésion polykystique osseuse au niveau de l'insertion de la coiffe des rotateurs. Ce médecin a encore relevé qu'il ne ressortait des

imageries aucun signe d'une atteinte aiguë au niveau de la coiffe, ni épanchement de l'articulation gléno-humérale.

Ces appréciations remplissent l'ensemble des critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'un rapport médical. Elles reposent sur l'ensemble des pièces du dossier, tiennent compte des examens d'imageries, rappellent le contexte médical et ne contiennent aucune contradiction. Le Dr K. _____ a motivé de manière convaincante et détaillée les raisons pour lesquelles il considérait que les troubles constatés sur l'épaule droite du recourant étaient dus, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'usure.

b) Les rapports des médecins traitants versés au dossier ne permettent pas non plus de douter de la valeur probante des appréciations précitées. Ils convergent quant aux diagnostics retenus et ne mettent pas en évidence d'élément objectif propre à démontrer l'existence, même partiellement, d'une lésion imputable, de manière prépondérante, à l'évènement du 1^{er} février 2025.

Ainsi, le jour de l'évènement litigieux, la Dre C. _____ a relevé un antécédent de rupture de la coiffe des rotateurs à gauche et indiqué que le recourant consultait en raison de la survenance de douleurs à l'épaule droite après un effort de traction au travail. L'anamnèse et l'examen clinique (cf. rapport du 3 février 2025) n'ont révélé aucune douleur au repos et à la palpation, mais le recourant en présentait à la mobilisation, sans limitation sur la rotation interne et externe. Elle a posé le diagnostic de « possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs » et noté l'absence de lésion osseuse à la radiographie du 1^{er} février 2025. Le rapport de l'échographie du 5 février 2025 a conclu à une désinsertion partielle de la moitié bursale du tendon sus-épineux sur sept millimètres de longueur, avec une fine bursite sous acromio-deltoïdienne d'accompagnement. Quant à l'IRM de l'épaule droite du 25 mars 2025, elle a mis en évidence une pantendinopathie de la coiffe des rotateurs sans déchirure et une arthrose acromio-claviculaire avec discret caractère inflammatoire, le tout associé à une abondante bursite sous acromio-deltoïdienne. L'arthro-IRM du 3 juin

2025 a confirmé les constatations susmentionnées. La Dre J._____ a repris ces diagnostics dans son rapport du 2 juin 2025 puis proposé une chirurgie le 16 juin 2025, en sollicitant la prise en charge par l'assurance-accidents sans toutefois en motiver la demande. L'intervention a été pratiquée le 17 juin 2025.

Dans son rapport du 15 décembre 2025, la Dre J._____ a indiqué que le recourant présentait une lésion du sous-épineux d'origine « post-traumatique ». Toutefois, cette seule mention, eu égard aux circonstances du cas d'espèce, ne saurait suffire à faire douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr K._____ quant à l'origine des lésions. Cette simple affirmation n'est en effet, ni étayée, ni motivée. La Dre J._____ a simplement mentionné dans l'anamnèse un diagnostic « post-traumatique », sans objectiver un lien causal avec l'évènement survenu onze mois plus tôt, adoptant ainsi un raisonnement de type *post hoc, ergo propter hoc*, à l'instar du recourant. Ce dernier a déclaré n'avoir jamais souffert de l'épaule droite avant l'évènement du 1^{er} février 2025 en se référant au rapport du Dr L._____ du 30 janvier 2025, lequel n'avait pas observé de douleurs au niveau de la coiffe des rotateur des deux côtés. Toutefois, de jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). En outre, comme l'a déjà retenu le Tribunal fédéral, on peut entendre par une affection « post-traumatique », des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (TF 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 ; 8C_555/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1.1). Par ailleurs, sur l'IRM réalisée le 1^{er} octobre 2025, la Dre J._____ a relevé l'absence de lésion et de problème au niveau des ancrs en notant une inflammation de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'une capsulite rétractile. Dites constatations abondent, d'une part, dans le sens d'un processus dégénératif et d'autre part, la nouvelle atteinte observée ne constitue pas une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

c) Il y a dès lors lieu d'accorder une pleine valeur probante aux appréciations du Dr K._____ et de retenir que l'intimée a établi à satisfaction que l'atteinte est due de manière prépondérante à l'usure. Il s'ensuit que c'est à bon droit qu'elle a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents dès lors que les lésions assimilées au sens de l'art. 6 al. 2 LAA sont dues de manière prépondérante à l'usure.

9. Il résulte de ce qui précède que l'intimée était fondée à refuser de prester pour les troubles de l'épaule droite du recourant.

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 janvier 2026 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. 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).

La greffière :