

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Di Ferro Demierre et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____, à Q***, recourant,

et

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

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

En fait :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, était employé, dès le 10 juin 2024, en tant que grutier au bénéfice d'un contrat de mission de trois mois auprès de F._____ SA et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les risques d'accidents professionnels et non-professionnels.

Le 17 juin 2024, alors que l'assuré s'apprêtait à embarquer dans le véhicule de transport d'entreprise dont il avait saisi la poignée de portière, le chauffeur dudit véhicule a accéléré et provoqué la chute de l'intéressé, entraînant des blessures au genou et à l'épaule droite (cf. déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 juin 2024).

Dans une déclaration de sinistre LAA du 29 juillet 2024, l'employeur a annoncé une rechute ayant entraîné une incapacité de travail dès le 23 juillet 2024. Était joint un certificat d'incapacité de travail établi par le médecin traitant de l'assuré, le Dr G._____, médecin assistant auprès d'E._____, à R***, attestant d'une incapacité de travail de 100 %, initialement du 23 au 28 juillet 2024.

Par courrier du 21 août 2024, la CNA a émis des réserves quant à la suite de la prise en charge et informé l'assuré qu'elle allait procéder à l'instruction du cas.

Dans un formulaire rempli le 16 septembre 2024, l'assuré a précisé les circonstances de l'accident du 17 juin précédent.

Le 27 septembre 2024, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a transmis à la CNA un extrait du dossier médical de l'assuré, dont il ressort notamment qu'il avait consulté le Dr G._____ en dates des 5 et 24 juillet 2024 en raison de douleurs à l'épaule droite. L'examen ostéoarticulaire pratiqué lors de la première consultation avait mis en évidence une abduction passive douloureuse à partir de 100°, alors

que la radiographie de l'épaule droite réalisée le 24 juillet 2024 n'avait révélé aucune fracture ni montré de signes de luxation ou d'arthrose. Le patient, qui décrivait cependant toujours des omalgies à droite, plus fortes après le travail et pendant la nuit, s'était vu prescrire un traitement de physiothérapie.

Dans un rapport du 17 octobre 2024 à la CNA, le Dr G. _____ a rappelé que, depuis l'accident du 17 juin 2024, l'assuré présentait des douleurs au niveau de l'épaule droite, devenant très fortes surtout pendant la nuit. Il avait commencé la physiothérapie en parallèle avec un traitement antalgique de Paracétamol et Ibuprofène, jusqu'ici sans amélioration évidente. Ces douleurs avaient imposé un arrêt de travail à 100 %, renouvelé à plusieurs reprises, courant actuellement jusqu'au 31 octobre 2024. A l'examen clinique de l'épaule droite, le praticien n'avait pas constaté de déficit sensitivo-moteur, mais avait toutefois noté quelques limitations des mouvements à cause de la douleur. La radiographie de l'épaule droite n'avait pas montré de signes de fracture ou luxation, mais une atteinte au niveau des tendons des muscles n'avait cependant pas pu être écartée, ce qui avait motivé le praticien à demander la réalisation d'une échographie musculosquelettique, prévue à brève échéance. Le Dr G. _____ envisageait également une prise en charge en rhumatologie pour des investigations supplémentaires, ainsi qu'une éventuelle infiltration locale au niveau de l'épaule droite. Il relevait en outre une situation financière difficile en raison de l'incapacité de travail actuelle « post-accident » et espérait une issue favorable pour l'assuré quant aux prestations de l'assurance-accidents.

Le 21 octobre 2024, le cas de l'assuré a été soumis au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation brève du 28 octobre suivant, la Dre A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'accident du 17 juin 2024 n'avait occasionné aucune lésion structurelle objectivable, mais uniquement une contusion antérieure simple de l'épaule et que l'arthrose gléno-humérale inférieure constatée, jusqu'ici sans plainte de la part de

l'assuré, provenait probablement d'une atteinte préexistante. Elle a estimé que l'accident avait terminé de déployer ses effets après un mois.

Par décision du 1^{er} novembre 2024, la CNA a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 21 août 2024. Se fondant sur l'appréciation médicale de la Dre A._____, la CNA a retenu que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 17 juin 2024 pouvait être considéré comme atteint depuis le 17 juillet 2024 au plus tard.

Par pli du 2 décembre 2024, l'assuré, alors représenté par le syndicat H._____, a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant implicitement à son annulation et à la reprise du versement des prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement à un complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise. Il a produit une lettre établie le 31 octobre 2024 par la consultation en médecine générale d'E._____, selon laquelle l'échographie musculosquelettique pratiquée avait retrouvé une déchirure transfixiante incomplète du supra-épineux, une tendinose du muscle subscapulaire avec lame d'épanchement synovial dans la gaine et une bursite sous-acromiale. Des investigations supplémentaires, en rhumatologie, voire en chirurgie orthopédique étaient par ailleurs envisagées.

Le 6 janvier 2025, l'assuré a complété son opposition en produisant copies de certificats attestant de la prolongation de son incapacité de travail, ainsi qu'un rapport d'IRM de l'épaule droite réalisée le 17 décembre 2024, dans lequel les Drs K._____ et L._____, spécialistes en radiologie, ont fait état de ce qui suit :

« [...]

Description :

Tendons :

- Supra-épineux : Tendinose compliquée d'une fissuration partielle de la face articulaire et intra-substance du tendon sans composante transfixiante clairement visible.
- Infra-épineux : Tendinose sans déchirure. Kyste en formation à l'insertion du tendon infra-épineux.
- Subscapulaire : Épaississement en hypersignal T2 du tendon avec une petite déchirure partielle des fibres les plus crâiales
- Petit-rond : Involution graisseuse de grade IV selon Goutallier.

- Long biceps : Subluxation [*recte* : subluxation] médiale modérée avec tendinose avec lame d'épanchement dans sa gaine, témoignant d'une ténosynovite.

Trophicité musculaire : Normale

Épanchement articulaire : Non

Bourse sous-acromio-deltoïdienne : Bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Labrum glénoïdien : Déchirure dégénérative du labrum supérieur avec formation d'un kyste para-labral mesuré à 6 mm

Surfaces articulaires glénohumérales : Normales

Articulation acromio-claviculaire : Arthrose acromio-claviculaire avec composante congestive

Synoviale : Normale

Parties molles péri-articulaires : Normales

Structures ostéo-médullaires : Normales

Conclusions :

Tendinopathie fissuraire des rotateurs de la coiffe (cf. description), prédominant aux supra-épineux et long biceps sans composante transfixiante. Bursite sous-acromio-deltoïdienne. »

Par écrit du 30 janvier 2025, l'assuré a produit un nouveau certificat d'incapacité de travail ainsi qu'un compte-rendu d'entretien du même jour avec le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux termes duquel l'assuré avait donné son consentement en vue d'une opération visant la réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Le 4 février 2025, l'assuré a produit un rapport du 30 janvier 2025 du Dr P._____ dans lequel celui-ci a posé les diagnostics, relatifs à l'épaule droite, de lésion de la partie haute du subscapulaire et de la partie articulaire antérieure du supra-épineux avec instabilité multidirectionnelle du long chef du biceps et tendinopathie du long chef du biceps, ainsi que d'arthrose acromio-claviculaire. Une intervention chirurgicale de réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs et ténotomie ou ténodèse du long chef du biceps, pour laquelle l'assuré avait donné son consentement, était prévue dans les meilleurs délais.

Invitée à se déterminer à nouveau au sujet du cas de l'assuré, la Dre A._____ a demandé, le 6 février 2025, la production de pièces médicales encore manquantes au dossier.

Par courrier du 27 février 2025, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle devait encore procéder à des éclaircissements, notamment en lien avec d'éventuels antécédents à l'épaule droite.

Lors d'un entretien téléphonique du 28 février 2025, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il n'avait aucun antécédent à l'épaule droite et que les consultations médicales de 2021 et 2022 étaient uniquement en lien avec l'épaule gauche.

Par courrier et courriel des 3 et 5 mars 2025 adressés à la CNA, I._____, fille de l'assuré, a demandé une réévaluation du dossier de son père au motif que la CNA aurait rendu sa décision de suppression des prestations sur la base d'un avis erroné de sa médecin-conseil. Selon elle, la Dre A._____ aurait tenu compte, dans son appréciation, d'antécédents à l'épaule gauche, alors que le sinistre ne concernait que l'épaule droite, pour laquelle l'assuré n'avait jamais consulté préalablement à l'accident.

Par courriel du 6 mars 2025, la CNA a requis du CHUV la production de pièces médicales encore manquantes.

Par courrier du 10 mars 2025, l'assuré a exposé à la CNA qu'il n'avait aucun antécédent médical concernant son épaule droite avant l'accident du 17 juin 2024, hormis un soutien normal de physiothérapie lui ayant permis de traiter ses douleurs, qui ne s'étaient par ailleurs plus jamais manifestées, en sorte qu'il n'y avait pas de doute quant au lien de causalité entre cet événement et l'état actuel de son épaule droite. Il a joint les documents suivants :

- des rapports des 22 décembre 2021, 2 juin, 9 novembre et 7 décembre 2022 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, selon lesquels l'assuré présentait des omalgies gauches chroniques avec probable tendinopathie fissuraire et bursite ;
- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 22 novembre 2022 des Drs C._____ et L._____, spécialistes en radiologie.

Le 24 mars 2025, l'assuré a produit une attestation médicale du 17 mars 2025 des Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, et G._____, aux termes de laquelle l'accident du 17 juin 2024 avait immédiatement provoqué des douleurs à l'épaule droite. Les examens d'imagerie avaient mis en évidence une lésion de la partie supérieure du muscle sous-scapulaire droit et de la partie articulaire antérieure du muscle supra-épineux droit avec instabilité du long chef du muscle biceps droit, pour laquelle l'assuré avait été opéré en date du 3 mars 2025. Ils précisait encore qu'à leur connaissance, l'intéressé n'avait pas présenté de pathologie musculosquelettique symptomatique au niveau de l'épaule droite avant l'accident du 17 juin 2024.

Le 7 avril 2025, l'assuré a encore produit les pièces suivantes :

- un rapport d'échographie de l'épaule gauche du 10 janvier 2022 des Drs F._____ et L._____, spécialistes en radiologie ;
- un rapport d'échographie de l'épaule droite du 18 janvier 2022 des Drs V._____ et B._____, notant la présence d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec une tendinopathie calcifiante du long chef du biceps ;
- un rapport d'infiltration de l'épaule gauche du 12 février 2023 des Drs J._____ et L._____ ;
- un rapport d'échographie de l'épaule droite du 28 octobre 2024 des Drs M._____, N._____ et S._____, spécialistes en radiologie, faisant état d'une déchirure transfixiante incomplète du supra-épineux, d'une tendinose du subscapulaire et du LCB [long chef du biceps] avec lame d'épanchement synovial dans la gaine du dernier et de bursite sous-acromiale.

Le 9 avril 2025, le dossier de l'assuré a été soumis à nouveau au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation médicale du 30 avril 2025, la Dre A._____ a confirmé sa position après examen des nouvelles pièces médicales versées au dossier. Elle a considéré que l'accident du 17 juin 2024 n'avait probablement entraîné aucune lésion structurelle objectivable, mais uniquement une décompensation aiguë

provisoire pour une durée d'un mois, et que le sinistre précité avait fini de déployer ses effets à un mois du traumatisme, soit dès le 17 juillet suivant.

Par décision sur opposition du 1^{er} mai 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 1^{er} novembre précédent.

B. Par acte du 28 mai 2025, D._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens que le droit aux prestations pour les suites de l'accident du 17 juin 2024 lui était reconnu au-delà du 21 août 2024. Pour le recourant, les rapports de ses médecins avaient démontré que les atteintes subies par son épaule droite étaient une conséquence directe de l'accident précité, ce qui devait amener l'intimée à prester. Il a fait valoir, à cet égard, que le Dr P._____ avait précisément indiqué, dans son compte rendu d'entretien d'information préopératoire, que l'intervention chirurgicale de réparation de la coiffe des rotateurs, réalisée le 3 mars 2025, devait être prise en charge par l'assurance-accidents. Le recourant a en outre annoncé qu'il produirait, dans les meilleurs délais, un rapport détaillé du médecin précité. Etaient annexées plusieurs pièces médicales, toutes déjà produites dans le cadre de la procédure d'opposition.

Dans sa réponse du 12 juin 2025, l'intimée a renoncé à se déterminer et s'est entièrement référée aux considérants de la décision sur opposition attaquée.

Le 16 juin 2025, le recourant a été informé de la possibilité de consulter son dossier auprès du greffe du tribunal.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale

du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 21 août 2024 pour les suites de l'accident du 17 juin 2024.

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

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

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

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

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

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

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

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

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA,

aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 17 juin 2024 au 21 août suivant, au motif que ses troubles à l'épaule droite n'étaient plus, au-delà du 17 juillet 2024, en lien de causalité avec cet événement.

b) Dans la décision entreprise, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du 30 avril 2025 de sa médecin-conseil. Au terme de son examen du cas, la Dre A. _____ a noté que le recourant, qui était suivi depuis plusieurs années au CHUV pour différents problèmes douloureux à l'épaule gauche, avait également consulté dès janvier 2022 concernant son épaule droite et qu'une échographie de cette épaule, réalisée le 18 janvier 2022, avait mis en évidence une calcification du tendon subscapulaire évoquant une tendinopathie calcifiante et des calcifications intra et péri-tendineuses du biceps pouvant s'intégrer dans le même cadre. Un traitement de physiothérapie avait alors permis un soulagement temporaire des douleurs à l'épaule droite. La médecin-conseil a ensuite observé que, dans les suites de l'accident du 17 juin 2024, le recourant avait consulté en date du 5 juillet 2024 en raison d'une douleur à l'épaule droite en abduction passive à partir de 100°, sans toutefois qu'il ne soit fait mention d'un

accident avant la consultation du 24 juillet suivant. L'assuré avait d'ailleurs poursuivi son activité pendant plusieurs semaines après l'événement, une incapacité de travail n'étant attestée qu'à compter du 24 [recte : 23] juillet 2024. Par la suite, une échographie de l'épaule droite, réalisée le 28 octobre 2024, avait montré une déchirure transfixiante incomplète du supra-épineux, une tendinose du sub-scapulaire et du LCB avec épanchement synovial dans la gaine de ce dernier et une bursite sous-acromiale. Une IRM de l'épaule droite, pratiquée le 17 décembre 2024, avait, quant à elle, mis en évidence une tendinopathie d'insertion de la coiffe sur la grande tubérosité, une arthropathie inflammatoire acromio-claviculaire, une synovite de la gouttière du LCB, à savoir le même type de lésions que celles de l'épaule gauche.

Compte tenu de l'absence de consultation objectivant une impotence fonctionnelle dans les suites immédiates de l'accident, de l'absence de certificat d'arrêt de travail pendant plusieurs semaines, de l'âge et du métier de l'assuré, d'au moins un antécédent douloureux à l'épaule droite correspondant à une pathologie dégénérative de la coiffe – pouvant par ailleurs redevenir asymptomatique –, ainsi que du suivi pour une omalgie gauche chronique pour des atteintes similaires, la Dre A._____ a conclu que le sinistre du 17 juin 2024 n'avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas provoqué de lésion structurelle aiguë traumatique objectivée, mais uniquement une décompensation aiguë provisoire pour une durée d'un mois.

c) Il convient de relever, en premier lieu, que le rapport de la Dre A._____ traite de manière convaincante et circonstanciée le point litigieux, à savoir la question de la causalité naturelle des atteintes à l'épaule droite avec l'accident du 17 juin 2024. Les conclusions de la médecin-conseil, qui s'est prononcée en pleine connaissance du dossier, en particulier des rapports d'imagerie et des rapports des médecins traitants, sont claires, motivées et exemptes de contradiction.

On observera ensuite qu'aucun document médical au dossier ne remet en cause l'appréciation de la médecin-conseil, et que le recourant n'a

pas produit de rapport médical dans la présente procédure, bien qu'il l'ait annoncé dans son acte de recours et disposé de plusieurs mois pour procéder.

En particulier, il y a lieu de constater que les rapports des 31 octobre 2024 de la consultation en médecine générale d'E._____ et du 17 mars 2025 des Drs T._____ et G._____ ne se prononcent aucunement sur la question de la nature dégénérative ou traumatique des atteintes qu'ils constatent, pas plus que sur celle du lien de causalité avec l'accident du 17 juin 2024. Dans le second rapport susmentionné, les médecins se contentent d'indiquer que le recourant ne présentait pas, à leur connaissance, de pathologie musculosquelettique symptomatique à l'épaule droite avant l'accident. Outre que cette affirmation relève d'un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*), il va également à l'encontre des pièces du dossier, le recourant ayant fait l'objet d'une échographie de l'épaule droite le 18 janvier 2022, dont le rapport mentionne la présence d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec une tendinopathie calcifiante du long chef du biceps.

Les autres griefs du recourant ne sauraient davantage être suivis. En particulier, il convient de souligner que l'argument tiré du compte-rendu d'entretien préopératoire du 30 janvier 2025, aux termes duquel le Dr P._____ aurait affirmé que l'opération devait être prise en charge par l'assurance-accidents, procède d'une lecture erronée de la part du recourant et ne lui est d'aucun secours. La case cochée indique en effet que l'intervention sera « prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins ou l'assurance-accident ». Il en va de même des critiques du recourant à l'encontre de l'appréciation de la Dre A._____, en tant qu'il se prévaut d'une erreur de la part de la médecin-conseil de la CNA, en ce sens que celle-ci aurait fondé son appréciation sur des rapports médicaux relatifs à son épaule gauche. Cette médecin fait effectivement état de rapports médicaux concernant l'épaule gauche, mais se contente de les mentionner

comme tels, et rien n'indique qu'elle aurait confondu les deux épaules, ce que le recourant ne prétend, ni ne démontre. En définitive, la médecin-conseil ne fait que souligner que le recourant a souffert d'atteintes à l'épaule gauche en 2021 et 2022, qui sont similaires à celles ayant conduit à la prise en charge de son épaule droite en 2024 et 2025.

Il convient, dès lors, de constater que les éléments dont se prévaut le recourant ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions de la Dre A._____, qui doivent être suivies.

d) Il découle de ce qui précède, qu'en considérant que l'accident du 17 juin 2024 avait cessé de déployer ses effets au 17 juillet suivant, et en mettant un terme au versement de ses prestations au 21 août 2024 pour les suites dudit événement, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} mai 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- D. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :