C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 7 octobre 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourant,

et

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

_____

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, droitier, exerce depuis 2013 l'activité de monteur en chauffage et de dessinateur auprès de E._____ Sàrl, à B***, dont il est également l'associé-gérant. À ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents, professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 24 décembre 2024, l'assuré a glissé alors qu'il s'apprêtait à descendre un escalier pour le saler et est lourdement tombé au bas des sept marches de l'escalier. Il a présenté des douleurs au niveau du genou gauche, ainsi qu'une mobilité réduite et une inflammation de l'épaule droite.

L'assuré a consulté le service d'orthopédie des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (EHNV) le 26 décembre 2024, où la Dre F._____ a posé les diagnostics de contusions de l'épaule droite et du genou gauche. Les radiographies effectuées n'ont pas montré de fracture, mais un pincement médial au niveau du genou et une arthrose acromio-claviculaire. Une totale incapacité de travailler a été attestée dès le 26 décembre 2024.

Par courrier du 15 janvier 2025, la CNA a déclaré prendre en charge les suites de l'accident non professionnel du 24 décembre 2024.

Une imagerie du genou gauche du 10 février 2025 a montré un important pincement fémoro-tibial interne et une ostéophytose tricompartimentale modérée.

Une radiographie de l'épaule droite du 14 février 2025 a exclu la présence d'une lésion traumatique et a retrouvé une omarthrose légère à modérée, à prédominance acromio-claviculaire et acromiale, ainsi qu'une sclérose trochitérienne.

Dès le 25 février 2025, l'incapacité de travail de l'assuré a été de 80 %.

Dans un rapport du 4 mars 2025, la Dre G._____, médecin généraliste traitante, a fait savoir qu'une arthro-IRM faite le 13 janvier 2025 avait montré une déchirure transfixiante du supra-épineux (Patte 1), une déchirure quasi transfixiante du long chef du biceps, une déchirure non transfixiante incomplète du subscapulaire, une désinsertion du labrum antérieur (probablement chronique), des signes de traumatisme récent sous forme de synovite et bursite sous-acromio-deltoïdienne et une arthropathie inflammatoire acromio-claviculaire. L'IRM du genou gauche réalisée le 8 janvier 2025 avait mis en évidence une déchirure complexe avec un fragment luxé du ménisque médial, une arthrose bi-compartimentale touchant particulièrement le compartiment fémoro-tibial médial, ainsi qu'un épanchement articulaire et une synovite. La Dre G._____ a transmis les deux rapports des IRM précitées, établis les 9 et 14 janvier 2025 par le Dr J._____, spécialiste en radiologie. L'assuré était suivi par le Dr K._____ pour son épaule droite et par le Dr L._____ pour son genou gauche, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par courrier du 24 mars 2025, la CNA a annoncé qu'elle réexaminait son obligation d'allouer des prestations et mettait fin, à titre préventif, au versement des frais de traitement et des indemnités journalières au 25 mars 2025.

Le 6 mai 2025, l'assuré a subi une opération de l'épaule droite, sous forme d'une réparation de la coiffe (tendons du sous-scapulaire, supra-épineux, infra-épineux), d'une synovectomie partielle, d'une ténodèse du long chef du biceps, d'une décompression sous-acromiale et d'une acromioplastie limitée (rapport du 28 mai 2025 du Dr K._____ et de la Dre F._____ et protocole opératoire du 2 juin 2025). L'incapacité de travail de l'assuré a été totale à la suite de cette intervention.

Dans un rapport du 2 juin 2025, le Dr K._____ a retenu les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite traumatique (tendon du supra-épineux, partiellement sous-scapulaire), de ténosynovite/lésion partielle du long chef du biceps de l'épaule droite et d'os acromial de l'épaule droite.

La radiographie du 12 juin 2025 a montré un ancrage trochitérien, une absence de calcification intra-articulaire, ainsi qu'une omarthrose légère à modérée à prédominance acromio-claviculaire pouvant entraîner une périarthrite scapulohumérale (PSH).

L'incapacité de travail de l'assuré a été de 90 % dès le 20 août 2025.

Dans une appréciation du 21 août 2025, le Dr M._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que la relation de causalité entre l'accident et les lésions de l'épaule droite et du genou gauche était possible « sans plus », étant donné que tant l'épaule que le genou présentaient un caractère maladif et dégénératif. Il a estimé que les séquelles de l'accident ne jouaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus aucun rôle au niveau du tableau clinique depuis le 24 février 2025.

Par courrier du 27 août 2025, la CNA a indiqué qu'elle était tenue de « clore le cas au 25 mars 2025 et de mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement) ».

Par courrier du 31 août 2025, l'assuré a sollicité une décision formelle de la part de la CNA. Il a jugé prématuré d'affirmer que les troubles à son genou n'étaient pas en lien avec l'accident alors qu'il n'avait pas encore été opéré. Il a souligné que l'opération de son épaule droite avait été décidée par ses médecins comme conséquence directe de l'accident. Il a reproché au Dr M._____ de se limiter à des formulations vagues et à

l’évocation d’un état dégénératif, sans examen clinique direct et sans tenir compte des rapports de ses spécialistes traitants.

Dans un courriel du 1er septembre 2025, le Dr L._____ a fait savoir à la CNA qu’il suivait l’assuré pour un problème de maladie et que le cas accident était traité par son confrère, le Dr K._____, pour une problématique d’épaule.

Dans une appréciation du 8 octobre 2025, le Dr M._____ a constaté que les bilans iconographiques initiaux montraient d'emblée des lésions dégénératives au niveau du genou, avec en particulier une gonarthrose tricompartimentale déjà bien évoluée. Il a confirmé que l'atteinte du genou gauche n’était que possiblement en lien avec l'événement accidentel, qu’elle se limitait à une contusion et avait cessé de déployer ses effets dès le 24 février 2025, au degré de la vraisemblance prépondérante. Au niveau de l'épaule droite, il a relevé la présence d’une atteinte dégénérative avec déjà des signes d'omarthrose, d'arthrose acromio-claviculaire et une dégénérescence de la coiffe. Il a maintenu le diagnostic de contusion scapulaire droite et indiqué qu’aucune lésion traumatique n’avait été identifiée, tant cliniquement qu’à l’iconographie. A la question de savoir si le dommage sur lequel avait porté l’opération du 6 mai 2025 était imputable à l’accident, il a répondu ce qui suit :

> « Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'intervention du 06.05.2025 a concerné l'épaule droite. Cette chirurgie répare une situation traumatique antérieure et non pas une quelconque lésion traumatique. Aucun stigmate d'élément traumatique sur l'ensemble du dossier. »

Par décision du 15 octobre 2025, la CNA a refusé de prendre en charge l’opération du 6 mai 2025 et mis fin à ses prestations au 25 mars 2025.

L’assuré s’est opposé à cette décision par acte du 5 novembre 2025, concluant à la reprise des prestations dès le 25 mars 2025. Il a contesté les conclusions du Dr M._____ en relevant que ce médecin n’était pas chirurgien orthopédiste, qu’il ne l’avait pas examiné

personnellement, qu'il avait ignoré les IRM des 8 et 13 janvier 2025 montrant l'existence d'une lésion traumatique et écarté l'avis du Dr K._____, qui l'avait opéré et qui avait confirmé le caractère traumatique des lésions. Il a en outre constaté que les affirmations du Dr M._____ ne reposaient pas sur un examen radiologique comparatif antérieur à l'accident. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise externe par un chirurgien orthopédiste. Il a estimé que la décision de la CNA était prématurée puisque son état de santé était loin d'être stabilisé, l'opération du genou n'ayant pas encore pu être réalisée, puisque son épaule devait être suffisamment consolidée pour lui permettre l'utilisation des béquilles. Il a soulevé des critiques en lien avec le traitement de son dossier et s'est réservé le droit de compléter son opposition à réception de rapports médicaux actualisés des Drs K._____ et L._____.

Par courriel du 7 novembre 2025, la CNA a imparti à l'assuré un délai pour compléter la motivation de son opposition, notamment par les rapports médicaux actualisés des Dr K._____ et Dr L._____.

Par courrier du 17 novembre 2025, la CNA, se référant à la « demande de prolongation de délai du 5 novembre 2025 », a accordé à l'assuré un délai pour compléter la motivation de son opposition.

Par courrier du 19 novembre 2025, l'assuré a précisé n'avoir jamais sollicité de demande de prolongation de délai.

Par courrier du 26 novembre 2025, la CNA a expliqué que la « prolongation de délai » accordée était en lien avec l'annonce de l'assuré selon laquelle il allait compléter son opposition par des rapports médicaux actualisés. Elle l'a invité à faire savoir si la production de ces pièces était toujours d'actualité.

L'incapacité de travail de l'assuré a été fixée à 50 % dès le 26 novembre 2025.

L'assuré a réitéré ses griefs par courrier du 13 décembre 2025.

Par décision sur opposition du 14 janvier 2026, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Elle a retenu que l'évènement accidentel du 24 décembre 2024 n'avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, engendré aucune lésion structurelle (osseuse, cartilagineuse ou ligamentaire), mais de simples contusions et avait, tout au plus, passagèrement décompensé un état antérieur dégénératif et maladif parfaitement documenté tant au niveau du genou gauche (gonarthrose tricompartimentale en particulier) que de l'épaule droite (omarthrose, arthrose acromio-claviculaire, dégénérescence de la coiffe des rotateurs). A deux mois de sa survenance, soit le 24 février 2025, cet événement ne jouait plus aucun rôle dans l'évolution des troubles présentés par l'assuré (*statu quo sine*). Elle a relevé que l'assuré contestait ces éléments en y opposant sa propre appréciation, mais sans fournir d'éléments médicaux à l'appui de sa position. Elle a précisé que les rapports du Dr K._____ au dossier ne se prononçaient pas sur les questions de causalité et que la seule utilisation du terme post-traumatique relevait de l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci), qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité. Elle a ajouté qu'elle ne prétendait pas que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. En l'absence de tout élément médical concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions du spécialiste en traumatologie qu'était le Dr M._____, elle a considéré qu'il y avait lieu de leur accorder entière valeur probante et de renoncer à tout examen personnel, de même qu'à toute expertise.

B. Par acte du 26 janvier 2026, A._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et implicitement à l'octroi des prestations d'assurance au-delà du 25 mars 2025, respectivement au renvoi du dossier à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. Il a reproché à la CNA de s'être fondée sur l'appréciation du Dr M._____ et de s'écarter de l'avis des Drs K._____ et L._____, sans avoir mis en œuvre une expertise indépendante, alors que le dossier faisait état de lésions objectivées par IRM, d'une intervention chirurgicale lourde,

d’une incapacité de travail prolongée et d’une atteinte au genou non encore traitée. Il a considéré la fin des prestations comme prématurée puisque sa situation n’était pas stabilisée. Selon lui, il n’était pas médicalement soutenable d’exclure le lien de causalité avant même l’intervention chirurgicale au genou et sans tenir compte de l'ensemble de l'évolution clinique. Il a émis des critiques relativement à l’instruction de son dossier et a fait valoir une violation de son droit d’être entendu en lien avec le fait qu’il n’avait été informé de manière claire qu’en septembre 2025 de la clôture de son dossier au 25 mars 2025. Il a requis la mise en œuvre d’une expertise médicale judiciaire indépendante, confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique, afin de déterminer de manière objective l'existence et l’étendue du lien de causalité entre l'accident du 24 décembre 2024 et ses atteintes à la santé.

Dans ses déterminations du 23 février 2026, la CNA a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

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 a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 25 mars 2025, singulièrement s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 24 décembre 2024 et les troubles présentés par le recourant au niveau de l'épaule droite et du genou gauche au-delà du 25 mars 2025.

3. **a)** Il convient en premier lieu d'examiner la violation du droit d'être entendu dont se plaint le recourant.

b) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et les références).

c) En l'occurrence, les critiques du recourant relatives à la conduite de l'instruction, à « l'information tardive de la clôture du dossier » ainsi que, plus généralement, à des atteintes à son droit d'être entendu, doivent être écartées.

Il convient en particulier d'observer que le recourant a été dûment informé par l'intimée, le 24 mars 2025, qu'il était mis fin, à titre préventif, aux prestations de l'assurance-accidents dès le 25 mars 2025. Il faut considérer, dans ce contexte, qu'il a été prévenu suffisamment à l'avance, sachant que son intervention chirurgicale à l'épaule droite était planifiée (et s'est déroulée) le 6 mai 2025. Pour le reste, il n'apparaît pas que l'instruction de son cas ait été marquée par de quelconques retards, ni d'autres manquements. Bien plutôt, la durée de l'instruction jusqu'à la décision formelle dénote une volonté de l'intimée d'instruire le dossier de la manière la plus complète possible en s'efforçant, parfois après relances, d'obtenir des renseignements auprès des médecins traitants du recourant.

Il n’est par ailleurs pas déterminant que plusieurs gestionnaires aient traité successivement le dossier de l’assuré.

4. **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).

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).

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).

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 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 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 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

5. **a)** 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).

b) 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 ; 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).

c) 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

6. **a)** Il convient de préciser en préambule que le fait que la situation médicale du recourant n'était pas encore stabilisée, notamment en lien avec l'opération du genou gauche qui n'avait pas encore été réalisée, n'empêchait pas la CNA de statuer sur les questions relatives à la causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant. Il s'agit en revanche de déterminer si c'est à juste titre que la CNA a considéré, sur la base des appréciations du Dr M._____, que l'accident n'entraînait plus de conséquences sur la santé de l'assuré au-delà du 24 février 2025 et que son état correspondait, à cette date, à celui qu'il aurait eu sans l'accident (*statu quo sine*), de sorte qu'elle était légitimée à mettre fin à ses prestations au 25 mars 2025.

b) Le Dr M._____ a d'abord fait une appréciation extrêmement succincte le 21 août 2025, puis a établi une appréciation plus complète le 8 octobre 2025. Dans celle-ci, il souligne que l'assuré présentait un état dégénératif déjà avant l'accident, tant au niveau de l'épaule droite que du genou gauche. Il ressort en effet de la radiographie du 26 décembre 2024 que son genou gauche présentait une gonarthrose tricompartimentale majorée en fémoro-tibial interne et l'IRM du 13 janvier 2025 a mis en évidence des signes d'omarthrose, d'arthrose acromio-claviculaire, de tendinopathie chronique des tendons infra-épineux et du long chef du biceps, ainsi qu'un labrum glénoïdien d'aspect très dégénératif. Le Dr M._____ estime qu'en raison de cet état dégénératif préexistant, l'accident du 24 décembre 2024 n'a causé qu'une contusion scapulaire droite et une contusion du genou gauche, lesquelles ont cessé de déployer leurs effets le 24 février 2025, au degré de la vraisemblance prépondérante.

aa) S'agissant de l'épaule droite, le médecin d'arrondissement retient qu'aucune lésion traumatique n'a été identifiée tant cliniquement qu'à l'iconographie. Cela étant, il omet de tenir compte des conclusions du Dr J._____, qui a procédé à l'IRM du 13 janvier 2025 et qui a conclu à la

présence de signes de traumatisme récent sous forme de synovite et de bursite sous-acromio-deltoïdienne. Le radiologue a en effet constaté, au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, une prise de contraste et un épanchement témoignant d'une bursite probablement post-traumatique et, au niveau de la synoviale, des épaississements multiples témoignant d'une synovite réactionnelle post-traumatique (rapport du 14 janvier 2025). Le Dr M._____ se contente d'indiquer, parmi les faits pertinents ressortant des pièces du dossier, que la synovite et la bursite sous-acromio-deltoïdienne sont sans caractère spécifique à son sens. Il ne motive cependant pas pour quelles raisons il s'écarte des conclusions du Dr J._____, pourtant spécialiste en radiologie, et ne les cite d'ailleurs même pas dans son appréciation, quand bien même il s'agit d'éléments importants pour se prononcer sur la causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule. C'est par conséquent de manière manifestement erronée que le Dr M._____ retient qu'il n'y a « aucun stigmate d'élément traumatique sur l'ensemble du dossier », puisqu'il passe totalement sous silence les conclusions du spécialiste en radiologie.

L'appréciation du Dr M._____ apparaît, pour le reste, très peu motivée. En particulier, il n'expose pas pour quels motifs la présence de troubles dégénératifs suffit à exclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. En effet, il s'écarte sur ce point du Dr K._____, qui qualifie la lésion de la coiffe des rotateurs de traumatique dans son rapport du 2 juin 2025, tout en constatant également les troubles dégénératifs présents. Cela étant, dans la mesure où aucun des deux médecins n'apporte d'explications motivées aux conclusions qu'il retient, il n'est pas possible de faire prévaloir l'avis de l'un sur celui de l'autre.

La motivation de l'appréciation du Dr M._____ relative à l'épaule droite peine en outre à convaincre au vu des incohérences qu'elle contient. D'une part, le médecin d'arrondissement indique, très probablement en raison d'une erreur de plume, que l'intervention du 6 mai 2025 « répare une situation traumatique antérieure et non pas une quelconque lésion traumatique ». D'autre part, on ne peut que s'étonner

que le Dr M._____ affirme que l'intervention du 6 mai 2025 a, au degré de la vraisemblance prépondérante, concerné l'épaule droite, alors que l'on dispose du protocole opératoire y relatif et que c'est donc, de manière certaine, que cette chirurgie a porté sur l'épaule droite.

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que l'appréciation du Dr M._____ est peu convaincante et, surtout, insuffisamment motivée au regard des rapports des Drs J._____ et K._____. Or, comme déjà mentionné ci-dessus (consid. 5b), les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération seulement lorsqu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions.

bb) L'appréciation du Dr M._____ est encore plus succincte s'agissant des troubles présentés par le recourant au genou gauche, puisqu'il ne motive quasiment pas son point de vue et n'explique notamment pas pour quelles raisons la déchirure du ménisque médial – dont il ne fait d'ailleurs même pas mention dans sa motivation – s'inscrit, selon lui, dans le contexte des lésions dégénératives du genou, au degré de la vraisemblance prépondérante. Cela étant, il semble que l'ensemble des troubles du genou seraient effectivement d'origine dégénérative au vu du courriel du Dr L._____ du 1er septembre 2025. Ce médecin, chez qui l'assuré est suivi pour sa problématique de genou selon les rapports de la Dre G._____ du 4 mars 2025 et du Dr K._____ du 2 juin 2025, précise en effet qu'il suit l'assuré pour un problème de maladie et que le cas accident, qui concerne l'épaule, est traité par le Dr K._____. Ce courriel est toutefois extrêmement succinct et le Dr L._____ ne mentionne même pas la partie du corps concernée. Les éléments du dossier peinent dès lors à emporter conviction, notamment en l'absence d'une appréciation motivée du lien de causalité entre l'accident et les troubles du genou, et notamment la lésion du ménisque médial. La cause devra par conséquent être complétée sur ce point.

c) Il découle de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au

moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4s.). L'intimée est invitée à mettre en œuvre une expertise externe au sens de l'art. 44 LPGA sur la question de la causalité entre l'accident du 24 décembre 2024 et les troubles que l'assuré a présentés à l'épaule droite. La CNA est également invitée à obtenir une appréciation motivée du lien de causalité entre l'accident et les troubles du genou gauche, au besoin également par le biais d'une expertise. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

7. **a)** Le recours est par conséquent admis et la décision sur opposition du 14 janvier 2026 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA) ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (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 admis.

II. La décision sur opposition rendue le 14 janvier 2026 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction

complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Il n’est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président : La greffière :

Du

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

- M. A._____,
- 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 :