

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Sauter

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à C***, recourant, représenté par Me Marlyse Cordonier, avocate
à Genève,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a été engagé par l'agence de placement D._____ Sàrl, par contrat de mission, pour travailler au sein de l'entreprise F._____ SA en qualité de centraliste à béton pour une durée maximale de trois mois dès le 6 novembre 2023. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 20 novembre 2023, l'assuré a reçu un plateau en bois sur l'avant-bras droit/l'épaule droite (cf. déclaration de sinistre du 11 décembre 2023).

Un rapport d'échographie du 21 novembre 2023 a mis en évidence une déchirure musculaire du fléchisseur ulnaire du carpe droit.

La CNA a pris en charge le cas (traitement médical et indemnités journalières) dès le 23 novembre 2023.

L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 21 novembre 2023 au 21 janvier 2024. Il a repris une activité professionnelle auprès d'un nouvel employeur – soit G._____ SA – le 22 janvier 2024.

Le 7 mai 2024, l'assuré a informé la CNA de la recrudescence de douleurs au niveau du muscle de l'avant-bras droit, impliquant une nouvelle incapacité de travail à 100 % à partir de cette date (cf. déclaration de rechute du 14 mai 2024).

Dans le cadre de l'instruction de la rechute, la CNA a recueilli la documentation médicale suivante :

- un rapport d'électroneuromyographie (ci-après : ENMG) du 9 janvier 2024 relevant une absence de lésion nerveuse et de syndrome canalaire ;

- un rapport d'échographie du coude droit du 5 juin 2024 mettant en évidence une absence d'élément susceptible d'expliquer la symptomatologie ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'avant-bras droit du 3 juillet 2024 relevant une absence de lésion osseuse traumatique récente ou de stigmat de lésion osseuse traumatique ancienne, le respect des masses musculaires de l'avant-bras, l'absence d'anomalie de forme ou de signal ou de lésion intrinsèque, d'anomalie des parties molles sous-cutanées et d'épanchement intra-articulaire du coude ou de l'articulation radio-carpienne, en limite de champ d'exploration ;
- un rapport médical du 13 septembre 2024 de la Dre J._____, médecin du sport spécialisée en médecine physique et réadaptation, exposant que les douleurs de l'avant-bras droit ne semblaient pas en lien avec un syndrome des loges chroniques à l'effort ;
- un rapport de scintigraphie osseuse du 12 novembre 2024 relevant une absence d'anomalie scintigraphique ;
- un compte-rendu de consultation du 20 novembre 2024 du Dr K._____, médecin du sport, exposant que l'assuré présentait des douleurs chroniques atypiques, mal expliquées dans un contexte d'accident du travail, tout en spécifiant que l'on se trouvait devant une absence de pathologie et de diagnostic identifié ;
- un rapport d'échographie du coude droit du 9 décembre 2024 mettant en évidence une absence d'anomalie franche expliquant de façon certaine les symptômes, tout en relevant un épaissement du nerf ulnaire au coude avec des douleurs pouvant s'y rapporter.

Dans une appréciation médicale du 6 janvier 2025, le Dr L._____, médecin-praticien et médecin d'assurance de la CNA, a retenu le diagnostic de contusion simple au coude droit dont l'évolution naturelle se fait habituellement vers la guérison en l'espace d'un mois. Il exposait que l'événement initial avait cessé de déployer ses effets au 20 décembre 2023, précisant que les symptômes allégués en rapport avec la rechute ne paraissaient pas imputables à celui-ci.

Par décision du 13 janvier 2025, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 14 octobre 2024, au motif que l'assuré n'avait plus besoin de traitement pour les suites de son accident du 20 novembre 2023.

Le 11 février 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée. Pour l'essentiel, il contestait le diagnostic de contusion simple au coude droit et les dates d'arrêt de travail retenues par le Dr L._____ dans son appréciation médicale du 6 janvier 2025, reprochant à ce dernier de n'avoir pas pris le temps nécessaire pour examiner son dossier.

Un rapport d'échographie du coude droit du 18 février 2025 a relevé une absence de signe échographique de souffrance du nerf ulnaire droit dans son tunnel, avec néanmoins subluxation lors des manœuvres dynamiques et une absence de tendinopathie des épicondyliens médiaux et latéraux.

Un rapport d'ENMG du 18 février 2025 a mis en évidence un bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire droit en amont du coude.

L'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale le 3 mars 2025 (neurolyse et transposition du nerf ulnaire au coude droit).

Dans une appréciation médicale du 23 avril 2025, le Dr L._____ a retenu le diagnostic de contusion du coude droit, et, dix-huit mois plus tard – sur la base du rapport d'ENMG du 18 février 2025 –, de bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire droit en amont du coude. Il exposait que cette dernière atteinte pouvait avoir des origines diverses, notamment une fracture ancienne, une arthrose avec ostéophyte, des pathologies endocriniennes, des activités répétitives prolongées en flexion du coude ou une instabilité du nerf ulnaire. En définitive, il retenait que le lien de causalité entre l'atteinte présentée par l'assuré (compression du nerf ulnaire), l'intervention chirurgicale qui s'en est suivie et l'accident du 20 novembre 2023 n'était que possible. Pour le surplus, le Dr L._____

réaffirmait sa position en ce sens, d'une part, que l'évènement initial avait cessé de déployer ses effets au 20 décembre 2023 et, d'autre part, que les symptômes allégués par l'assuré en rapport avec la rechute ne paraissaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'évènement initial.

Par décision sur opposition du 30 avril 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 13 janvier 2025. Dans sa motivation, la CNA se référait pour l'essentiel aux appréciations du Dr L._____.

B. **a)** Par acte du 6 juin 2025, B._____, par l'entremise de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 30 avril 2025, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, et, principalement, à son annulation (*recte* : sa réforme) en ce sens que la CNA soit condamnée à reprendre le versement des prestations dues au titre de l'assurance-accidents (frais de traitement et indemnités journalières) depuis le 15 octobre 2024. En substance, l'assuré contestait les conclusions du Dr L._____, au motif qu'elles ne permettaient pas de déterminer de manière fiable si l'accident du 20 novembre 2023 était au moins partiellement à l'origine de ses douleurs actuelles et de sa compression du nerf ulnaire. Il exposait qu'une analyse approfondie du dossier et une anamnèse complète permettrait de rechercher la cause de la compression du nerf ulnaire. Enfin, l'assuré alléguait que les faits n'avaient pas été établis de manière juridiquement correcte, de sorte que l'appréciation médicale du Dr L._____ ne pouvait pas se voir attribuer une pleine valeur probante. Pour le surplus, il sollicitait un délai de trente jours pour compléter son recours sur la base d'une appréciation médicale du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, récemment consulté. Etaient jointes à l'appui de son recours, vingt-sept pièces dont la plupart figuraient déjà à son dossier.

Les 26 juin et 30 septembre 2025, l'assuré a produit trois pièces complémentaires, notamment un rapport du Dr H._____ du 26 septembre

2025, lequel relevait que les recherches diagnostiques effectuées jusqu'à maintenant n'avaient pas mis en évidence l'étiologie de la symptomatologie douloureuse de l'assuré et que le diagnostic à investiguer était celui de séquelles d'une avulsion partielle au niveau des racines du plexus brachial.

Par courrier du 29 octobre 2025, la CNA a sollicité la production, par l'assuré, des résultats des différents examens radiologiques (rapports et images) réalisés après le dépôt du recours, ainsi que des recherches diagnostiques effectuées, afin de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause sur les critiques formulées dans le mémoire de recours.

Par courrier du 1^{er} décembre 2025, l'assuré a produit un chargé de pièces complémentaires comprenant :

- des rapports d'IRM de l'épaule droite, de l'avant-bras droit, de l'avant-bras gauche, de l'épaule et du bras droit et du rachis cervical des 25 juillet, 19 août, 28 août, 4 septembre et 17 novembre 2025 ;
- un rapport d'échographie du coude et de l'avant-bras droit du 25 septembre 2025 ;
- un rapport de radiographie du thorax du 17 novembre 2025.

b) Par réponse du 6 janvier 2026, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. En substance, la CNA se référait à une appréciation médicale complémentaire du Dr L. _____ du 20 décembre 2025 – laquelle n'était pas jointe à son envoi – retenant que les dernières investigations en imagerie – soit celles postérieures au dépôt du recours – apportaient des informations complémentaires sans toutefois remettre en question l'appréciation initiale et suggéraient une origine multifactorielle malade.

c) Par réplique du 6 février 2026, l'assuré a confirmé les conclusions prises au pied de son mémoire de recours et sollicité une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Pour l'essentiel, il alléguait que si les examens complémentaires ne démontraient pas

d'élément traumatique objectivable, ils n'apportaient pas non plus d'éléments plaidant en faveur d'une origine malade.

d) Par duplique du 18 février 2026, la CNA a persisté dans ses conclusions.

e) Par courrier du 18 mars 2026, la CNA a, à la demande du juge instructeur, produit l'appréciation médicale du Dr L. _____ du 20 décembre 2025.

f) Par courrier du 20 avril 2026, l'assuré a déposé des déterminations complémentaires par lesquelles il a confirmé la teneur de sa réplique du 6 février 2026, ainsi que les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

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'espèce, il n'est pas contesté que le recours, interjeté en temps utile et selon les formalités prévues par la loi, est recevable (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et 61 let. b LPGA notamment).

2. Le litige a pour objet la question de savoir si le recourant peut, en lien avec les troubles qu'il présente au bras droit, prétendre à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 14 octobre 2024, singulièrement la question de

savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés au niveau du bras droit.

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).

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). 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_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) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives

se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

e) 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).

4. 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. 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).

5. a) En l'espèce, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un événement traumatique le 20 novembre 2023 à la suite duquel il a présenté des troubles au niveau de son bras droit. Elle a toutefois mis un terme au versement des prestations au 14 octobre 2024, au motif que le recourant n'avait plus besoin de traitement pour les suites de l'accident. A fortiori, l'intimée a considéré que les troubles persistants au bras droit au-delà de la date précitée ne se trouvaient plus en lien de causalité avec l'accident litigieux.

b) Cela étant, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes subsistant au bras droit du recourant à l'accident litigieux au-delà du 14 octobre 2024.

aa) Dans ses appréciations des 6 janvier et 23 avril 2025, le médecin-conseil de l'intimée a notamment estimé, d'une part, que l'événement traumatique n'avait entraîné qu'une contusion simple (déchirure musculaire du fléchisseur ulnaire du carpe) du coude droit, laquelle évolue naturellement vers la guérison en l'espace d'un mois, et, d'autre part, que les symptômes allégués en lien avec la rechute ne paraissaient pas imputables à l'évènement initial. Enfin, le Dr L. _____ a retenu, s'agissant du diagnostic de bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire droit en amont du coude mis en évidence sur le tard, que cette atteinte pouvait avoir des origines diverses et que le lien de causalité entre la symptomatologie présentée par le recourant (compression du nerf ulnaire), l'intervention chirurgicale qui s'en est suivie et l'accident du 20 novembre 2023 était tout au plus possible. Sur la base de ces éléments,

le médecin-conseil de l'intimée a considéré que l'événement initial avait cessé de déployer des effets le 20 décembre 2023.

bb) Il n'y a pas lieu, en l'état du dossier, de s'écarter du raisonnement de l'intimée mettant un terme aux prestations au 14 octobre 2024, ce d'autant qu'il se base sur les rapports d'examens figurant au dossier et les appréciations médicales de son médecin-conseil. Les rapports d'échographie ont relevé une absence d'élément susceptible d'expliquer la symptomatologie (cf. rapport du 5 juin 2024), respectivement d'anomalie franche expliquant de façon certaine les symptômes (cf. rapport du 9 décembre 2024), de signe échographique de souffrance du nerf ulnaire droit dans son tunnel, de tendinopathie des épicondyliens médiaux et latéraux (cf. rapport du 18 février 2025) ou d'anomalie notable (cf. rapport du 25 septembre 2025). Les rapports d'ENMR des 9 janvier 2024 et 18 février 2025 ont mis en évidence une absence de lésion nerveuse et de syndrome canalaire, ainsi qu'une atteinte sous la forme d'un bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire droit en amont du coude. Les rapports d'IRM ont relevé une absence de lésion osseuse traumatique récente ou de stigmat de lésion osseuse traumatique ancienne, le respect des masses musculaires de l'avant-bras, une absence d'anomalie de forme ou de signal ou de lésion intrinsèque, d'anomalie des parties molles sous-cutanées et d'épanchement intra-articulaire du coude ou de l'articulation radio-carpienne, en limite de champ d'exploration (cf. rapport du 3 juillet 2024), respectivement d'anomalie spécifique des éléments examinés (cf. rapport du 25 juillet 2025), d'anomalie significative (cf. rapport du 19 août 2025), d'anomalie de forme ou de signal des structures myotendineuses de la partie proximale de l'avant-bras (aspect superposable au côté controlatéral, cf. rapport du 28 août 2025) ou d'anomalie décelable du corps musculaire du biceps (cf. rapport du 4 septembre 2025). Le rapport de scintigraphie osseuse du 12 novembre 2024 a mis en évidence une absence d'anomalie scintigraphique. Enfin, le rapport de radiographie du thorax du 17 novembre 2025 a relevé une absence d'opacité parenchymateuse, d'anomalie médiastinale et de la trame osseuse. Pour le surplus, les rapports médicaux des 13 septembre et 20 novembre 2024 des Drs J._____ et K._____ ont retenu que les

douleurs de l'avant-bras droit du recourant ne semblaient pas en lien avec un syndrome des loges chroniques à l'effort et que l'on se trouvait devant une absence de pathologie et de diagnostic identifié. Ainsi, il n'a pas été possible, sur la base des différents rapports médicaux et d'examens établis, de mettre en évidence l'existence d'une atteinte objective permettant d'expliquer les douleurs persistantes du recourant, si ce n'est un bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire droit en amont du coude. S'agissant de cette dernière atteinte, il ressort de l'appréciation médicale du Dr L. _____ du 23 avril 2025, que celle-ci, mise en évidence sur le tard – soit quinze mois environ après l'accident annoncé –, peut avoir des origines diverses et qu'elle ne peut pas, dans ces circonstances, être rattachée de manière probable à l'événement du 20 novembre 2023. Dans ces conditions, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant que le lien de la causalité entre la symptomatologie présentée par le recourant et l'accident était tout au plus possible.

c) Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise préalablement par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

d) En définitive, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les douleurs du recourant subsistant au-delà du 14 octobre 2024 à l'accident annoncé. C'est donc à juste titre que l'intimée a, sur la base du résultat des différents examens et des appréciations probantes des 6 janvier et 23 avril 2025 de son médecin-conseil, mis un terme aux prestations au 14 octobre 2024.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse 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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 avril 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marlyse Cordonier (pour 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 :