

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Chevalley et Mme Boesch, assesseurs
Greffier : M. Frattolillo

Cause pendante entre :

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, avocat à
Lausanne

ainsi que

A. _____, à S***, tiers intéressé, représenté par Me Yvan Henzer, avocat
à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), né en ***, était employé depuis 2017 en tant qu'ouvrier auprès de l'entreprise D._____ Sàrl à T***. A ce titre, il était assuré contre les risques d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 juin 2022, l'assuré a été victime d'une glissade sur un chantier à V*** et a subi une lésion du genou gauche et de l'épaule droite (cf. déclaration de sinistre du 20 juin 2022). Dès le 17 juin 2022, il a présenté une incapacité totale de travail. La CNA a pris en charge le cas (courrier du 18 juillet 2022).

Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche du 22 juillet 2022, la Dre F._____, spécialiste en radiologie, a conclu à un remaniement d'allure séquellaire, post-opératoire du segment moyen du ménisque interne, déjà visible sur l'examen comparatif, ainsi qu'à des signes de péri-méniscite « mais parfaite continuité du ligament latéral interne ».

Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 12 août 2022, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu ce qui suit :

« Tendinite distale du supra-épineux, siège d'une minime déchirure partielle de sa face articulaire, prenant moins de 20% de l'épaisseur tendineuse.
Tendinite modérée du long chef du biceps en portion intra-articulaire.
Bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée.
Légère poussée congestive acromio-claviculaire.
Très vraisemblable lésion labrale circonférentielle de type SLAP IX [Superior Labrum from Anterior to Posterior], à investiguer plus précisément par Arthro-IRM. »

Le 22 août 2022, l'assuré a glissé dans des escaliers et a subi une « torsion/foulure » de la cheville et du genou droits (déclaration de rechute du 5 septembre 2022).

Dans un rapport du 23 août 2022, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que, à la suite de sa chute du 15 juin 2022, l'assuré avait subi un traumatisme direct du genou gauche entraînant des douleurs à l'épaule droite. A titre d'antécédents chirurgicaux, il a relevé un status post amygdalectomie, un status post réduction ouverte ostéosynthèse du poignet gauche et un status post arthroscopie méniscectomie partielle interne du genou gauche réalisée à deux reprises. Il a également relaté les résultats des IRM des 22 juillet et 12 août 2022. Il a conclu à une bonne amélioration de la symptomatologie au niveau du genou gauche, avec persistance des douleurs invalidantes pour ses activités de la vie quotidienne au niveau de l'épaule droite.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 20 septembre 2022, la Dre F._____ a conclu à l'absence d'anomalie compartimentale interne, d'ulcération significative des différentes surfaces cartilagineuses et d'épanchement intra-articulaire. Elle a également retenu une tendinopathie interstitielle insertionnelle du semi-membraneux et du semi-tendineux située plus crânialement à la hauteur du corps musculaire du semi-membraneux.

Dans un rapport du 28 septembre 2022, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rappelé qu'il suivait l'assuré depuis plusieurs années pour des douleurs de l'épaule droite consécutives à deux traumatismes en 2016 et 2018, qui étaient sous contrôle au repos et persistantes à l'effort, mais dont l'assuré s'était accommodé pour poursuivre son activité professionnelle dans la maçonnerie. En lien avec l'épaule droite, il a posé les diagnostics de décompensation post-traumatique d'une lésion partielle du tendon supra-épineux droit et d'une lésion de type SLAP le 15 juin 2022, superposée à une lésion partielle du supra-épineux droit avec décompensation d'une lésion labrale de type SLAP post-traumatique le 19 juin 2018, elle-même superposée à un status post lésion labrale post-traumatique de type SLAP de l'épaule droite en 2016, traitée de

manière conservatrice. Il a également diagnostiqué une gonalgie droite post-traumatique du 15 juin 2022.

Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite et d'infiltration articulaire gléno-humérale droite sous scopie du 1^{er} novembre 2022, la Dre L._____, spécialiste en radiologie, a conclu ce qui suit :

« Petite déchirure partielle de la face profonde et distale du tendon du supra-épineux d'environ 10%.
Petite bursite sous-acromio-deltoïdienne.
Tendinopathie modérée du long chef du biceps en intra-articulaire.
Déchirure du labrum postérieur sur toute sa hauteur en rapport avec une lésion labrale de type SLAP 8 et associée à plusieurs microkystes.
Déchirure du labrum antéro-supérieur de type SLAP 2 A.
Chondropathie gléno-humérale importante avec une atteinte du cartilage glénoïdien postérieurement et associée à plusieurs microgêodes sous-chondrales.
Petite poussée congestive acromio-claviculaire. »

Dans un rapport du 7 décembre 2022, le Dr K._____ a, sur la base d'une arthro-IRM de l'épaule droite, posé le diagnostic de chondropathie gléno-humérale débutante. Il a conclu que le résultat des réparations labrales dans les cas d'omarthrose était souvent décevant et qu'un traitement conservateur devait être privilégié, la problématique principale étant représentée par les douleurs à l'effort, et ainsi par son aptitude au travail sur les chantiers.

Dans un rapport du 13 décembre 2022, le Dr J._____ a constaté qu'un mois après la prise en charge infiltrative intra-articulaire par infiltration par corticoïdes au genou gauche l'évolution initiale des douleurs avait été bonne, mais qu'elles avaient récidivé sur la face médiale du genou gauche.

Le 21 décembre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans une appréciation du 18 janvier 2023, le Dr M._____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA, a relevé que la santé de l'assuré au niveau de l'épaule droite et du genou gauche était, au degré

de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'événement du « 16 juin 2022 » et que les sinistres y relatifs avaient déjà été pris en charge par la CNA (sinistre 01.30905.12.9 pour une atteinte du genou gauche du 30 décembre 2011 ; sinistre 01.31233.14.0 pour une atteinte du genou gauche du 26 janvier 2014 ; sinistre 23.40418.16.9 pour une atteinte de l'épaule droite du 20 janvier 2016). Concernant l'atteinte à la santé causée par l'événement du 16 juin 2022, il a estimé qu'elle correspondait, selon la vraisemblance prépondérante, à une contusion du genou gauche et de l'épaule droite, dont l'évolution naturelle habituelle se faisait vers une guérison dans un délai de quatre à six semaines. Il a conclu que l'événement du 16 juin 2022 avait cessé de produire ses effets au 1^{er} août 2022, les examens d'imagerie effectués depuis l'événement n'ayant pas démontré d'aggravation ou de lésion aiguë autre que les éléments séquellaires déjà appréciés antérieurement et ne devant pas être réévalués.

Le 9 février 2023, sur demande de la CNA, le Dr M. _____ a complété son appréciation du 18 janvier 2023 et a retenu que les troubles du genou gauche et de l'épaule droite n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les sinistres 01.209005.12.9, 01.31233.14.0 ou 23.40418.16.9. Concernant l'épaule droite, il a estimé que le siège était une tendinite distale du supra-épineux, siège d'une minime déchirure partielle de sa face articulaire, une tendinite modérée du long chef du biceps en portion intra-articulaire et une probable lésion labrale circonférentielle de type SLAP IX, à relier à des lésions dégénératives.

Dans un rapport du 25 avril 2023, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu, sur la base notamment d'une radiographie face Neer du même jour, que l'assuré présentait une subluxation postérieure statique de sa tête humérale décompensée à la suite d'un traumatisme au mois de juin 2022. Il a ajouté que le traitement conservateur, sous forme de physiothérapie et d'infiltrations, avait permis une amélioration mais qu'elle n'était pas compatible avec la reprise d'un travail de force et que,

du point de vue chirurgical, un recentrage de la tête humérale aurait des résultats très aléatoires étant donné qu'il s'agissait probablement d'un phénomène dégénératif.

Dans une « appréciation brève » du 26 avril 2023, le Dr M. _____ a réitéré ses conclusions des 18 janvier et 9 février 2023.

Dans une appréciation du 27 avril 2023, le Dr M. _____ a, sur demande de la CNA, complété ses appréciations des 18 janvier et 9 février 2023 et a conclu ce qui suit :

« La santé de la personne assurée au niveau de l'épaule droite ainsi qu'au genou gauche était, au degré de la vraisemblance prépondérante déjà altérée avant l'événement du 15.06.2022, néanmoins il s'agit de sinistres déjà pris en charge par la Suva :

- 30.12.2011 : atteinte du genou gauche n°01.30905.12.9
- 26.01.2014 : atteinte du genou gauche n°01.31233.14.0
- 20.01.2016 : atteinte de l'épaule droite n°23.40418.16.9

L'atteinte à la santé causée par l'événement du 15.06.2022 correspond, selon la vraisemblance prépondérante à des contusions du genou gauche et de l'épaule droite. L'évolution naturelle habituelles (sic) de ces atteintes à la santé se fait vers la guérison dans un délai de 4 à 6 semaines. En l'occurrence l'événement du 15.06.2022 a cessé de produire ses effets au 01.08.2022. En effet, les examens d'imagerie effectués depuis l'événement n'ont pas démontré d'aggravation par de nouvelles lésions aiguës, autres que les éléments séquellaires déjà appréciées antérieurement et qui n'ont pas à être réévalués.

Par ailleurs, les troubles du genou gauche actuels ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec le sinistre 01.30905.12.9 et/ou le 01.31233.14.0. Les troubles de l'épaule droite actuels s'exprimant actuellement ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec le sinistre 23.40418.16.9. En effet l'épaule est le siège d'une tendinite distale du supra-épineux, siège d'une minime déchirure partielle de sa face articulaire et d'une tendinite modérée du long chef du biceps dans sa portion intra-articulaire et une probable lésion labrale circonférentielle de type SLAP IX de l'épaule droite à relier à une atteinte dégénérative.

Le 15.06.2022, M. A. _____ chutait de sa hauteur, et présentait un traumatisme du genou et de l'épaule droits. Comme nous l'avons dit, la santé de la personne assurée au niveau des régions corporelles affectées par l'événement, étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'événement qui nous concerne, de manière manifeste, mais cela relève de cas Suva. Les atteintes à la santé causées par l'événement du 15.06.2022 correspondent à des contusions simples. L'évolution habituelle

naturelle de ce type d'atteinte à la santé évolue vers la guérison en l'espace de 4 à 6 semaines. En conséquence, elles ont cessé de déployer leurs effets à compter du 01.08.2022, au degré de la vraisemblance prépondérante ; il n'y a pas de limitations fonctionnelles imputables et la capacité de travail est entière à compter du 01.08.2022. Pour conclure, les suites de l'événement ne jouent donc plus aucun rôle, au degré de la vraisemblance prépondérante dès le 01.08.2022. »

Par décision du 3 mai 2023, la CNA a mis fin aux prestations de l'assuré pour le même jour au motif que ses troubles au genou gauche et à son épaule droite étaient guéris et ne nécessitaient plus de traitement médical. Elle a également considéré que l'assuré était pleinement apte au travail à partir du 4 mai 2023 dans son activité d'ouvrier.

Le 30 mai 2023, l'assuré, désormais représenté par Orion Assurance de Protection Juridique SA, a formé une opposition conservatoire contre cette décision pour sauvegarder ses droits et pouvoir consulter son dossier, tout en demandant un délai au 30 juin 2023 pour compléter ses motifs et conclusions ou retirer son opposition. En substance, l'assuré a fait valoir que, selon ses médecins, il présentait toujours des séquelles de l'accident du 15 juin 2022 et qu'il n'avait pas les capacités physiques pour reprendre son travail. La CNA a accepté la prolongation de délai le 1^{er} juin 2023.

Le 12 juin 2023, Philos Assurance Maladie SA (ci-après : Philos ou la recourante), assureur-maladie de l'assuré, a formé une opposition provisoire à la décision du 3 mai 2023 dans le but de protéger ses droits.

Le 23 juin 2023, Philos a complété son opposition en relevant que, selon son médecin-conseil, l'incapacité de travail de l'assuré était vraisemblable et que le courrier du 25 avril 2023 du Dr N. _____ ne semblait pas avoir été pris en considération.

Par courrier du 20 juillet 2023, Philos a communiqué à l'assuré qu'elle avançait ses indemnités journalières en l'attente de la prise de position de la CNA.

Le 23 août 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Yvan Henzer, a demandé à la CNA de lui faire parvenir une copie complète de son dossier.

Le 31 août 2023, l'assuré a complété son opposition du 30 mai 2023. En substance, il a contesté l'appréciation du 2 mai 2023 du Dr M._____ selon laquelle il était guéri et apte à reprendre le travail. En se fondant sur les avis de plusieurs spécialistes, il a affirmé être en incapacité de travail et que l'atteinte à sa santé était en lien de causalité avec l'événement du 15 juin 2022. A titre subsidiaire, il a fait valoir que si les troubles étaient dus à un état préexistant, leur origine devait être recherchée du côté des précédents accidents pris en charge par la CNA, et il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire. A l'appui de son opposition, il a notamment produit les rapports suivants :

- un rapport du 17 juin 2023 du Dr J._____, par lequel ce spécialiste a posé le diagnostic de contusion du genou gauche avec probable atteinte nociceptive et a émis un mauvais pronostic quant à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % en précisant que cela était dû à des « douleurs +++ » (douleurs face médiale et latérale du genou gauche dès vingt minutes de marche ou lors de la montée/descente d'escaliers), dont il était certain qu'elles étaient liées à l'événement du 15 juin 2022. Il a également mentionné une atteinte nociceptive post-traumatique du nerf saphène à la face médiale du genou gauche à titre d'atteinte due de manière prépondérante à une maladie ou un état dégénératif ;
- un rapport du 23 juin 2023 du Dr K._____, par lequel ce spécialiste a émis un pronostic réservé quant à une pleine reprise de l'activité professionnelle étant donné que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts (max 2-5 kg), pas de mobilisation répétée de l'épaule droite, ni de mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Concernant le lien de causalité entre l'atteinte et l'événement accidentel, le médecin a répondu ce qui suit (sic) :

« - Pour chaque diagnostic, je vous prie de m'indiquer si le lien de causalité entre l'accident précité et l'atteinte actuelle est certain, probable (>50%), possible (50% ou moins) ou exclu. Pour quelles raisons médicales objectives ?

La chondropathie gléno-humérale est d'origine dégénérative. Le lien de causalité de la lésion labrale et tendineuse doit être défini dans le cadre d'une expertise. Je vous propose de vous adresser à qui de droit pour répondre à cette question.

- Selon vous, le statu quo a-t-il été atteint ? Si oui, à quelle date ? Si non pour quelles raisons médicales objectives.

L'imagerie de contrôle du 31.10.2022 n'ayant pas montré d'aggravation significative des différentes lésions structurelles par rapport à l'imagerie du 09.03.2016, on peut estimer que le statu Quo a été atteint. Pour ce qui est de la durée, ceci doit également être évalué dans le cadre d'une expertise.

- Selon vous, les atteintes présentées par le patient pourrait-elle être dues à une maladie ou à un autre événement que l'accident précité ? Si oui, laquelle/lequel et pourquoi ? Dans quelle mesure cet élément étranger influence-t-il l'état de santé actuel du patient ?

La chondropathie gléno-humérale est d'origine dégénérative. L'imagerie de contrôle du 31.10.2022 n'ayant pas montré d'aggravation significative des différentes lésions structurelles par rapport à l'imagerie du 09.03.2016, on peut considérer que l'accident du 15.06.2022 a décompensé un état pré-existant.

- Le cas échéant, les atteintes actuelles sont-elles dues de manière prépondérante à une maladie ou un état dégénératif ?

L'attente actuelle est liée à une décompensation traumatique d'un état pré-existant.

- Que pensez-vous de l'appréciation du médecin-conseil ? Vous voudrez bien justifier votre position au moyen d'éléments médicaux objectif

Je n'ai pas trouvé d'incohérence dans le rapport du médecin conseil d'assurance, si ce n'est que la durée après laquelle l'accident cesse de déployer ses effets devra être défini dans le cadre d'une expertise. »

Dans une appréciation médicale du 8 janvier 2024, le Dr M._____ a repris le contenu de son appréciation du 27 avril 2023 en ajoutant ce qui suit :

« Le rapport du Dr J._____ a été lu et apprécié, néanmoins sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte actuelle, ce médecin a affirmé que le lien était certain mais à la question d'en donner les raisons médicales objectives, il n'y a aucune réponse.

Quant au rapport du Dr K._____, il reconnaît qu'il existe des lésions dégénératives et a fixé des limitations fonctionnelles. Toutefois, il s'accorde que la chondropathie gléno-humérale est d'origine dégénérative. Ne pouvant se démarquer.

Quant au lien de causalité de la lésion labrale avec l'évènement, il propose la mise en œuvre d'une expertise.

Il est à noter que ce confrère ne trouve pas d'incohérence dans le rapport précédemment rédigé, si ce n'est la durée après laquelle l'évènement cesse de déployer ses effets.

On notera qu'il ne s'agit pas d'une opposition mais qu'il préférerait que celle-ci soit définie par une expertise tierce.

Il n'y a donc pas vraiment d'arguments à opposer à ma première appréciation.

Aussi, l'évènement du 15.06.2022 n'a pas entraîné de lésion labrale supplémentaire tendineuse de l'épaule droite autre qu'une décompensation passagère d'une situation antérieure et pour lesquelles les conclusions antérieures doivent être conservées.

Le status (sic) quo étant atteint, les doléances actuelles présentées par l'assuré ne sont plus en lien au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'évènement du 15.06.2022.

La situation actuelle correspond à l'évolution naturelle de l'état antérieur.

En conséquence, je confirme en totalité l'appréciation médicale de mai 2023. »

Par décision sur opposition du 18 janvier 2024, la CNA a rejeté les oppositions et confirmé sa décision du 3 mai 2023. Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, elle a retenu que les troubles actuels de l'assuré étaient de nature dégénérative et qu'aucun élément ne permettait de mettre en doute son appréciation médicale. En particulier, elle a relevé que les rapports des Dr N._____ et K._____ confirmaient l'existence d'une atteinte dégénérative de l'épaule droite et que les nouvelles atteintes en lien avec le nerf saphène, voire une atteinte nociceptive décrites par le Dr J._____ dans son rapport du 17 juin 2023 n'étaient pas mentionnées dans ses rapports du 30 août 2022, voire du 13 décembre 2022.

B. Par acte du 15 février 2024, Philos Assurances Maladie SA a interjeté un recours à l'encontre de cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant,

préalablement, à l'autorisation de compléter son recours après production par la CNA et l'assurance-invalidité de leurs dossiers respectifs, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à ce que la CNA soit condamnée à prendre en charge les troubles de l'épaule droite et du genou gauche au-delà du 3 mai 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. En substance, la recourante a d'abord remis en question les qualifications du Dr M. _____ qui, selon elle, en tant que médecin praticien, n'avait pas les compétences nécessaires pour se prononcer sur une question de causalité pour des lésions du genou et de l'épaule. A cet égard, elle a requis de l'intimée qu'elle précise sa spécialité, son lieu de pratique et son titre FMH (Fédération des médecins suisses). Elle a également critiqué ses motivations basées sur des considérations générales et abstraites, son raisonnement succinct et l'absence d'analyse de l'accident de 2018, pour lequel le Dr K. _____ a signalé que les douleurs n'avaient jamais complètement disparu. Elle en a donc inféré une absence de valeur probante des appréciations du Dr M. _____ et une obligation de l'intimée de prendre à sa charge les troubles de l'épaule droite et du genou gauche au-delà du 3 mai 2023 comme suites de l'accident du 15 juin 2022, voire comme rechute/séquelle tardive des accidents antérieurs pris en charge par l'intimée. A l'appui de son recours, la recourante a produit un bordereau de pièces contenant notamment :

- un procès-verbal non-daté du médecin-conseil de la recourante, dans lequel il a indiqué qu'une incapacité de travail d'un point de vue maladie pouvait être admise et que la décision de l'intimée pouvait être contestable étant donné qu'elle ne semblait pas tenir compte de la lettre du 25 avril 2023 ;
- un « rapport de visite APG » du 3 août 2023 consécutif à une visite de la recourante chez l'assuré et à un appel téléphonique, lors desquels l'assuré a indiqué à la recourante, entre autres, ne pas avoir eu d'antécédents à l'épaule droite et avoir eu un accident au genou gauche avec blessures aux ménisques il y a plusieurs dizaines d'années ;

- le dossier en matière d'assurance-invalidité de l'assuré au 23 août 2023 dans lequel figurait notamment un rapport de consultation du 10 juillet 2019 du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie, indiquant que l'assuré souffrait de douleurs chroniques de la cheville gauche des suites d'une entorse sévère sur son lieu de travail malgré des infiltrations et une note interne de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) relevant que l'assuré avait droit une rente pour une incapacité totale de travail du 19 juin 2018 au 31 janvier 2020 liée à une lésion partielle du supra-épineux droit avec décompensation d'une lésion labrale de type SLAP post-traumatique du 19 juin 2018 ayant amené à la décision 25 mars 2021 de l'OAI d'octroi d'une rente d'invalidité limitée, pour la période allant du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020.

Par courrier du 20 mars 2024, l'assuré a pleinement souscrit aux conclusions de la recourante.

Par réponse du 18 avril 2024, l'intimée, désormais représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 18 janvier 2024. En substance, elle a estimé que l'analyse de son médecin-conseil était complète et était confortée par les avis des différents spécialistes, en particulier les Dr N._____ et K._____, quant à la nature dégénérative de l'atteinte de l'épaule et que l'examen des rapports concernant le genou gauche montrait que l'assuré n'avait plus consulté le Dr J._____ après le 13 décembre 2022 et que les atteintes que ce dernier évoquait dans son rapport du 23 juin 2023 n'étaient pas mentionnées auparavant.

Par réplique du 18 juin 2024, la recourante a réitéré sa demande en lien avec la spécialité du Dr M._____. Elle a également relevé que les conclusions de l'intimée étaient générales et abstraites se basant sur des concepts théoriques, que celles du Dr N._____ manquaient de précision, que le Dr K._____ estimait que le *statu quo* devait être évalué dans le cadre d'une expertise et que l'intimée n'avait pas rempli son devoir d'instruction à satisfaction.

Par courrier du 19 août 2024, l'assuré n'a pas formulé d'observations supplémentaires et a renvoyé à l'écriture de la recourante.

Par duplique du 19 août 2024, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a rappelé que le Dr M. _____ était un médecin praticien, qu'en tant que médecin d'assurance de la CNA, il était, par sa fonction et sa position, un spécialiste en matière d'accidents et que son avis était confirmé par le Dr N. _____ et fondé sur l'intégralité du dossier.

Par courrier du 8 avril 2025, la juge instructrice a imparti un délai au 29 avril 2025 à l'intimée pour produire les dossiers des sinistres 01.30905.12.9, 01.31233.14.0 et 23.40418.16.9, conformément à la demande de la recourante, ainsi que le dossier relatif à un événement accidentel du 19 juin 2018 concernant également l'assuré (n° de sinistre 25.47283.18.2).

Par courrier du 2 mai 2025, la juge instructrice a informé les parties que les dossiers requis avaient été produits.

Par écriture complémentaire du 1^{er} juillet 2025, la recourante a maintenu ses positions et a notamment relevé que l'analyse du Dr M. _____ omettait de prendre en considération les suites de l'accident de 2018.

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) L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1). A cet égard, un assureur-maladie a la qualité pour recourir contre une décision de refus de traitement médical ou d'indemnités journalières de l'assureur-accidents, au motif que l'atteinte n'est pas d'origine accidentelle (JEAN MÉTRAL, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n°36 *ad* art. 59 LPGA).

c) En l'occurrence, la recourante est l'assureur-maladie de l'assuré dont les prestations au sens de la LAA ont été interrompues par la décision sur opposition du 18 janvier 2024 de l'intimée. Cette interruption impliquant une obligation de prester de la recourante, elle a qualité pour recourir contre la décision précitée.

d) En outre, 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 aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 3 mai 2023 des suites de l'accident du 15 juin 2022, singulièrement si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

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.

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_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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) 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).

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 citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3). 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 ; 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 ; 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).

5. a) En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations à compter du 3 mai 2023, au motif que les troubles de l'assuré étaient, au-delà de cette date, à mettre sur le compte d'atteintes dégénératives et, par conséquent, n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 15 juin 2022. Elle s'est fondée sur les appréciations du 27 avril 2023 et du 8 janvier 2024 du Dr M._____.

Dans les appréciations précitées, le Dr M._____ a tout d'abord rappelé que la santé de l'assuré au niveau de l'épaule droite et du genou gauche était déjà altérée avant l'événement du 15 juin 2022 par des sinistres déjà pris en charge par l'intimée (n° 01.30905.12.9 pour l'accident du 30 décembre 2011, 01.31233.14.0 pour l'accident du 26 janvier 2014 et 23.40418.16.9 pour l'accident du 20 janvier 2016). Selon lui, l'atteinte causée par l'événement du 15 juin 2022 correspond à des contusions du genou gauche et de l'épaule droite, dont la guérison naturelle habituelle se fait dans un délai de quatre à six semaines. Dès lors que les examens d'imagerie n'ont pas démontré d'aggravation par de

nouvelles lésions aiguës, autres que les éléments séquellaires déjà appréciés antérieurement et qui n'ont pas à être réévalués, il a estimé que l'accident avait cessé de produire ses effets au 1^{er} août 2022, et que les rapports des Dr J._____ et K._____ ne comportaient pas d'arguments médicaux objectifs susceptibles de mettre en doute son appréciation. Pour ce qui est du lien entre les troubles au genou gauche et les événements accidentels pris en charge par l'intimée, le Dr M._____ considère qu'ils ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec les accidents antérieurs de 2011 et 2014. Pour l'épaule droite, il nie le lien de causalité pour le moins probable avec l'événement de 2016, au motif que la tendinite distale du supra-épineux, la minime déchirure partielle de sa face articulaire, la tendinite modérée du long chef du biceps dans sa portion intra-articulaire et la probable lésion labrale circonférentielle de type SLAP IX sont liées à une atteinte dégénérative.

b) Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que l'absence de spécialisation FMH du Dr M._____ affaiblit la valeur probante de ses appréciations et suscite des interrogations quant à ses compétences pour se déterminer sur la causalité pour des lésions au genou et à l'épaule.

Les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les références citées). Dans la mesure où la recourante n'apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute les compétences du Dr M._____, l'absence de spécialisation n'est pas suffisante pour remettre en question la valeur probante de ses avis médicaux. De même, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle semble prétendre que les médecins-conseils n'occupent une position de spécialistes qu'à l'égard des médecins généralistes. En effet, il ne suffit pas de mentionner qu'un spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur contredise un médecin d'assurance pour remettre en question les compétences de ce dernier.

Le grief de la recourante relevant l'absence de compétence du Dr M._____ doit donc être écarté.

c) La recourante critique en outre les appréciations du Dr M._____ au motif qu'elles se fondent sur des considérations générales et abstraites et qu'elles sont succinctes. On ne saurait la suivre.

aa) Concernant l'événement accidentel du 15 juin 2022, le Dr M._____ a démontré que les atteintes à la santé étaient selon le degré de la vraisemblance prépondérante des contusions du genou gauche et de l'épaule droite, dont l'évolution naturelle habituelle se faisait vers la guérison dans un délai de quatre à six semaines, ce qui est confirmé par les pièces médicales au dossier. En effet, pour l'épaule droite, si le Dr K._____ a tout d'abord retenu le diagnostic de décompensation post-traumatique du supra-épineux droit et d'une lésion de type SLAP en septembre 2022, il a finalement fait état d'une atteinte d'origine dégénérative avec un *statu quo* atteint, à la suite de l'IRM du 31 octobre 2022 mettant en évidence une chondropathie gléno-humérale débutante, respectivement l'absence d'aggravation significative (cf. rapport du 23 juin 2023). L'origine dégénérative de l'atteinte à l'épaule droite est confirmée par le Dr N._____ (cf. rapport du 25 avril 2023). A cet égard, le fait que le Dr K._____ estime que le moment exact du *statu quo* doit être déterminé dans le cadre d'une expertise ne suffit pas à remettre en cause l'appréciation du Dr M._____, dès lors que le Dr K._____ ne fait pas état d'éléments qui auraient été omis par le médecin de la CNA.

Concernant le genou gauche, l'analyse du Dr M._____ est également confortée par les rapports des 20 septembre et 13 décembre 2022 du Dr J._____, dans lesquels il a retenu, comme le médecin-conseil de l'intimée, que l'assuré avait subi une contusion avec une bonne amélioration de la symptomatologie et une bonne évolution,

malgré une douleur sur la face médiale du genou. Dans son rapport du 17 juin 2023, il a évoqué, en sus de la contusion, une atteinte nociceptive du nerf saphène la qualifiant alternativement de « probable » ou « possible ». En se prononçant sur le lien de causalité entre cette nouvelle atteinte potentielle, le spécialiste a cependant fourni des informations contradictoires, en confirmant tout d'abord l'existence d'un tel lien, avant d'indiquer qu'elle était due de manière prépondérante à une maladie ou un état dégénératif. Dès lors que le Dr J. _____ n'apporte pas d'éléments médicaux permettant d'attester cette nouvelle atteinte, la conclusion du Dr M. _____ selon laquelle il n'existe pas de raisons médicales objectives démontrant le lien de causalité entre l'accident du 15 juin 2022 et la nouvelle atteinte au genou gauche ne prête pas flanc à la critique et peut être avalisée. Au surplus, on relèvera que l'origine malade des atteintes à la santé de l'assuré a également été évoquée par le médecin-conseil de la recourante dans le procès-verbal produit dans le cadre de la présente procédure (pièce n° 7 du bordereau de pièces de la recourante). Il convient également de relever, à l'instar de l'intimée, que l'assuré n'a plus consulté le Dr J. _____ depuis le 13 décembre 2022, et que celui-ci n'a pas fourni d'éléments concernant le *statu quo sine*, confortant l'idée d'une contusion ayant cessé de déployer ses effets.

Il s'ensuit que les appréciations du Dr M. _____, fondées sur une analyse approfondie et circonstanciée des différentes pièces médicales liées à l'événement du 15 juin 2022, emportent la conviction de la Cour. Il a y donc lieu de constater que le *statu quo* a dans tous les cas été atteint le 3 mai 2023.

bb) Dans un dernier moyen, la recourante allègue que l'intimée aurait dû également examiner la question de la relation de causalité entre les troubles au-delà du 3 mai 2023 et les accidents de 2012, 2014, 2016 et 2018. La recourante se plaint ainsi d'un examen succinct du lien de causalité entre les atteintes à la santé de l'assuré et les précédents accidents couverts par l'intimée et de l'absence d'examen de l'événement de 2018. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans d'examiner ce grief plus avant, dès lors qu'il excède manifestement l'objet

du litige. En tout état de cause, la recourante n'a pas fait état d'éléments médicaux attestant que les atteintes de l'assuré seraient la conséquence d'une rechute.

Enfin, la recourante ne saurait tirer aucun argument de la rente d'invalidité octroyée le 25 mars 2021 par l'OAI, étant donné que l'octroi d'une telle rente n'est pas corrélé à la survenance d'un accident, respectivement un lien de causalité naturelle et adéquat, et que la décision sur opposition attaquée ne traite pas de la question d'une éventuelle rente invalidité au sens des art. 18 ss LAA.

d) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des appréciations du Dr M._____ qui sont fondées sur une analyse complète, détaillée et circonstanciée du cas d'espèce et qui sont, pour le surplus, confirmées par plusieurs autres spécialistes. L'intimée pouvait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles subsistant au-delà du 3 mai 2023 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 15 juin 2022, étant précisé que sur cette question, l'appréciation du Dr M._____ n'est pas sérieusement mise en doute par les avis des Drs K._____ et J._____.

C'est donc à juste titre que l'intimée a cessé de prester au 3 mai 2023.

6. Vu ce qui précède, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, la réquisition de mise en œuvre d'une expertise n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. **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 à la partie recourante ou à l'assuré, qui n'obtiennent 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 18 janvier 2024 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 :

- Philos assurance maladie SA,
- Me Radivoje Stamenkovic (pour Casse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Me Yvan Henzer (pour A. _____),
- 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 :