

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de contrôleur de qualité auprès de la société T._____SA, à [...], dès le 1^{er} mai 1992. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou l'intimée).

Le 6 juin 2022, l'assuré a été victime d'un accident à son domicile, dans son garage. Une étagère a cédé et une jante est tombée sur son épaule droite. Il a dans un premier temps bénéficié d'un traitement conservateur de kinésithérapie, massothérapie et reboutage. Ces thérapies s'étant révélées inefficaces, il a consulté le Dr T._____, médecin praticien, lequel a prescrit une arthro-IRM et l'a adressé au Dr C._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Une arthro-IRM a été réalisée le 2 septembre 2022 par le Dr R._____. Dans son rapport médical du même jour, ce médecin a indiqué qu'il n'y avait pas d'anomalie significative du signal et de la morphologie de la tête humérale et de la glène, ni d'anomalie apparente des couvertures cartilagineuses gléno-humérales. L'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire était calme. L'aspect du bourrelet glénoïdien ainsi que la morphologie et le signal du tendon du sous-scapulaire étaient normaux. La partie postérieure du tendon supra-épineux était lésée, sans signe de rétraction significative des fibres myotendineuses. Les tendons de l'infra-épineux, du teres minor et du long biceps étaient de morphologie et de signal normaux. Il en allait de même de l'aspect de l'insertion du triceps, du pectoral et du court biceps. Le Dr R._____ n'a pas relevé d'anomalie dans l'échancrure spino-glénoïdienne ni dans la structure des muscles de la coiffe des rotateurs et du deltoïde. Il a conclu à une rupture transfixiante de la partie postérieure des tendons supra-épineux sans rétraction significative des fibres myotendineuses, sans argument pour

une atteinte labrale, avec une trophicité musculaire préservée et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire calme.

Dans un rapport médical du 4 octobre 2022 établi à la suite d'une consultation du jour précédent, le Dr C._____ a indiqué que l'assuré n'avait aucun antécédant de maladie ou d'opération orthopédique. À l'examen clinique, il avait relevé l'absence de douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire, de l'apophyse coracoïde, de l'articulation acromio-claviculaire et du tendon sus-épineux. La palpation du tendon du long chef du biceps avait provoqué une douleur modérée. Son patient ne présentait aucune atrophie musculaire. Les amplitudes de mouvement passive et active ainsi que les forces de rotation interne et externe avec abduction étaient « ok ». Le test de Hawkins, le Bear Hug test et le Speed test étaient négatifs. Le test du sus-épineux était positif, l'assuré présentant des douleurs sans faiblesse. Au vu de cet examen clinique et de l'arthro-IRM du 2 septembre 2022, le Dr C._____ a diagnostiqué une rupture du tendon sus-épineux sans rétraction à l'épaule droite. Il a prescrit des séances de physiothérapie et une série d'infiltrations de cortisone.

L'assuré a adressé une déclaration d'accident à la CNA le 17 janvier 2023, laquelle mentionne notamment que lors d'une manipulation de jantes de voiture sur une étagère, celle-ci a cédé, entraînant la chute d'une jante sur son épaule droite. Le même jour, il a envoyé le courriel suivant à la Caisse (sic) :

« Bonjour [...],

Comme discuter avec vous l'année dernière je vous transmet ma déclaration d'accident.

En effet je suis allez consulter mon médecin généraliste Dr T._____ à [...] sur conseil de ma physio qui n'arrivait pas à me soulager de ma douleur à l'épaule droite

Mon généraliste m'a pris rendez-vous au centre de l'imagerie à [...] pour un IRM.

Suite au résultat il m'as pris rendez-vous chez un médecin spécialisé en chirurgie-Orthopédie Dr C._____ à [...] qui mas donner une

série de
9 séances de physiothérapie.

Tous ces rendez-vous ont été pris en charge par mon assurance maladie car mon médecin traitant et le chirurgien mon demander si j'étais tomber sur l'épaule !!!

C'est que au dernier rendez-vous que je leur ai parler du choc sur mon épaule suite à l'écroulement de l'étagère de mon garage.

Ils m'ont conseillé de déclarer à l'assurance accident car comme il n'y a pas d'amélioration je devrais certainement me faire opéré dans le courant de l'année.

Je vais faire deux infiltrations prochainement et une série de physio si cela ne vas pas mieux l'opération sera le dernier recours.

(...) »

Sur prescription du Dr C._____, l'assuré s'est soumis à une radiographie de l'épaule droite réalisée le 6 novembre 2023 par le Dr Y._____, médecin spécialiste en radiologie. Ce médecin a relevé une sclérose de la grande tubérosité humérale pouvant évoquer une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs et une diminution de l'épaisseur de l'espace sous-acromial. Les rapports de l'articulation gléno-humérale droite étaient normaux, sans signe arthrosique, la minéralisation osseuse était dans les limites physiologiques et il n'y avait aucune lésion osseuse suspecte ni de calcification abarticulaire.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2023 établi sur requête de la CNA, le Dr C._____ a indiqué que la situation avait évolué défavorablement et que les douleurs persistaient malgré le traitement conservateur mis en place, de sorte qu'une chirurgie avait été prévue le 25 janvier 2024 pour une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs.

L'assuré a annoncé cette opération à la CNA par l'envoi d'un formulaire d'annonce de rechute complété le 15 janvier 2024.

Le 25 janvier 2024, l'assuré a subi l'intervention annoncée. Dans le protocole opératoire du même jour, le Dr C._____ a rappelé les diagnostics de déchirure du tendon sus-épineux et sous-épineux, de lésion

labrale de type SLAP et de tendinopathie du tendon du long chef du biceps, d'origine post-traumatique. Il a indiqué avoir pratiqué une synovectomie partielle, une bursectomie sous-acromiale, une acromioplastie, une tenotomie du tendon du long chef du biceps et une réparation de la coiffe (tendons sus-épineux et sous-épineux).

Par certificats médicaux des 25 janvier et 4 mars 2024, le Dr C. _____ a attesté que l'assuré était en incapacité de travail totale jusqu'au 24 avril 2024.

La CNA a soumis le cas à son médecin d'assurance, le Dr N. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 28 mars 2024. Ce médecin a relevé qu'il n'y avait pas de rapport initial ni de description du mécanisme de l'événement, hormis la mention d'un choc direct par le Dr C. _____ et que seules des douleurs étaient alléguées depuis le mois de juin 2022. Selon lui, les atteintes décrites n'ont pas pu être créées par l'accident évoqué sur la base du dossier en sa possession, particulièrement chez un homme de cinquante-neuf ans. Il a dès lors répondu par la négative à la question de savoir si le dommage sur lequel a porté l'opération du 25 janvier 2024 était imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident. Le Dr N. _____ a ajouté que l'événement accidentel avait cessé ses effets au 5 octobre 2022.

Par décision du 3 avril 2024, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance allouées à l'assuré, le versement des indemnités journalières et la prise en charge des traitements prenant fin dès cette date. Elle a précisé que l'intervention du 25 janvier 2024 et ses suites ne seraient pas prises en charge. Se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, la Caisse a considéré que les troubles persistants à l'épaule droite de l'assuré n'avaient plus aucun lien avec l'événement accidentel du 6 juin 2022, la date de rétablissement de l'état de santé antérieur à cet événement ayant été arrêtée au 5 octobre 2022.

Lors d'un entretien du 18 avril 2024 auprès de la Caisse, l'assuré a formé opposition contre la décision susmentionnée, estimant que l'appréciation du médecin d'assurance était lacunaire. Il a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi de pleines prestations d'assurance.

Par décision sur opposition du 14 mai 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a considéré qu'en l'absence de tout élément contraire au dossier, il y avait lieu de se fonder sur l'appréciation du Dr N. _____ et de retenir qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre le choc d'une jante sur l'épaule droite de l'assuré et les atteintes subies par celui-ci. Elle a également suivi son médecin d'arrondissement pour fixer la fin des effets de l'événement accidentel au 5 octobre 2022. La Caisse a pour le surplus affirmé que les mécanismes propres à entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs étaient ceux comportant notamment une rotation externe ou interne forcées de manière passive, un fort étirement en levant le bras ou une blessure concomitante à une luxation de l'épaule, alors que les contusions directes de l'épaule ou les mouvements de force mal coordonnés n'étaient pas susceptibles de provoquer une telle lésion.

B. Par acte du 13 juin 2024 remis à la Poste suisse le lendemain, K. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant implicitement à son annulation et à la prise en charge des suites de l'événement accidentel du 6 juin 2022 au-delà du 5 octobre 2022. Il a réitéré les explications contenues dans son opposition du 18 avril 2024, en ajoutant qu'il n'avait pas souhaité se faire opérer au cours de l'année 2023, parce qu'il ne voulait pas être en arrêt de travail plusieurs semaines alors qu'il venait d'obtenir un nouveau poste. La douleur ayant augmenté au fil du temps, il avait repris rendez-vous avec le Dr C. _____ en fin d'année 2023 et tous deux avaient convenu qu'il se ferait opérer en janvier 2024.

Dans sa réponse du 28 juin 2024, la CNA a conclu au rejet du recours, soutenant que le recourant n'avait allégué aucun nouvel élément. Elle s'est pour le surplus intégralement référée à sa décision sur opposition du 14 mai 2024.

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 porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accident postérieurement au 5 octobre 2022.

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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 l'assuré, 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, 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). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

b) 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_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) 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*). À 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_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1

; 125 V 351
consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

5. a) En l'espèce, se fondant sur l'appréciation du 28 mars 2024 du

Dr N._____, médecin d'assurance, l'intimée a considéré que « les atteintes à l'épaule droite ne sont pas en relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec le choc direct subi par l'assuré. L'événement incriminé a cessé de déployer ses effets au 5 octobre 2022 » (décision sur opposition du 14 mai 2024, p. 4, ch. 3). Le recourant fait valoir que les conclusions du médecin d'assurance seraient insuffisamment motivées pour admettre que les atteintes subies n'auraient pas été causées par l'accident du 6 juin 2022.

b) En l'occurrence, selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée par l'employeur le 17 janvier 2023, l'assuré manipulait des jantes de voiture sur une étagère lorsque celle-ci a cédé et une jante est tombée sur son épaule droite. A ce stade, il sied de préciser que dans un courriel portant la même date à son employeur, l'assuré a évoqué « l'écroulement de l'étagère de mon garage ».

Il ressort des pièces médicales versées au dossier que le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel du 6 juin 2022 des douleurs à l'épaule droite. Dans un premier temps, l'assuré a bénéficié d'un traitement conservateur de kinésithérapie, massothérapie et reboutage. Toutefois, ces thérapies s'étant révélées inefficaces, il a consulté son médecin traitant le Dr T. _____ lequel a prescrit une arthro-IRM pratiquée par le Dr R. _____ et l'a adressé au Dr C. _____. Les médecins précités ont retenu une rupture transfixiante de la partie postérieure des tendons sus-épineux, sans rétraction significative des fibres myotendineuses (cf. rapports du Dr R. _____ du 2 septembre 2022 et du Dr C. _____ du 4 octobre 2022). Dans un premier temps, le Dr C. _____ a préconisé un traitement de physiothérapie et en fonction de l'évolution une série d'infiltrations à la cortisone. Toutefois en novembre 2023, l'évolution était défavorable avec une persistance des douleurs à l'épaule droite, raison pour laquelle le Dr C. _____ a estimé que l'assuré devait bénéficier d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs (rapport du Dr C. _____ du 11 décembre 2023 à la CNA). La radiographie de l'épaule droite pratiquée le 6 novembre 2023 a ainsi mis en évidence une grande tubérosité humérale pouvant évoquer une tendinopathie (cf. rapport du Dr Y. _____ du 6 novembre 2023). Enfin, le protocole opératoire du Dr C. _____ du 24 janvier 2024 fait état d'une rupture du tendon sous-épineux, une lésion labrale de type SLAP et une tendinopathie du tendon du long chef du biceps.

Interpellé par l'intimée sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel du 6 juin 2022 et les lésions subies par le recourant, le

Dr N._____ a répondu aux questions qui lui ont été soumises par un bref rapport du 28 mars 2024. Il a commencé par relever l'absence de rapport médical initial et de description détaillée de l'accident, hormis la mention d'un choc direct, seules des douleurs étant alléguées depuis cet événement. Il a affirmé que les atteintes décrites par les médecins traitants du recourant n'avaient pas pu être provoquées par le choc d'une jante sur l'épaule, en particulier vu l'âge du patient. Il en a conclu que les lésions sur lesquelles avaient porté l'intervention chirurgicale du mois de janvier 2024 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante et que l'événement accidentel avait cessé ses effets au 5 octobre 2022.

c) aa) Au vu des pièces versées au dossier, il sied de constater que l'appréciation très succincte du Dr N._____ ne permet pas d'exclure dans le cas d'espèce l'origine traumatique de tout ou partie des lésions subies par le recourant. Pour établir que les lésions mises en évidence ont pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant, il n'est pas suffisant, comme s'est contenté de le faire le Dr N._____ dans le cadre de la présente procédure, de déplorer l'absence de rapport initial et de description du mécanisme de l'évènement, sauf par le Dr C._____ qui décrit un choc direct, d'affirmer de manière péremptoire que «les atteintes décrites sont incompatibles pour être créées par l'évènement évoqué sur la base du dossier en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante et ce particulièrement chez un homme de 59 ans » et de retenir sans explication circonstanciée que « l'évènement a cessé ses effets au 05.10.2022 » (appréciation du 28 mars 2024).

bb) Dans une telle situation, on est en droit d'attendre du médecin qui semble dans un premier temps nier l'origine accidentelle des lésions constatées tout en retenant de manière contradictoire que l'évènement a tout de même eu des répercussions, mais qu'il a cessé ses effets au 5 octobre 2022, qu'il étaye son point de vue. Si la date précitée correspond au lendemain du rapport médical établi le 4 octobre 2022 par le Dr C._____, le Dr N._____ n'a pas fait état d'élément permettant de saisir son raisonnement. Or, il appartenait au Dr

N._____ de fournir à tout le moins des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine de l'ensemble des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pas pu objectivement causer l'ensemble desdites lésions. En l'absence de telles explications, on doit admettre que l'appréciation du Dr N._____ ne convainc pas pour fonder *ex nunc* et *pro futuro* l'arrêt des prestations au 5 octobre 2022. Quand le Dr N._____ déclare que la chute de la jante sur l'épaule ne peut pas causer les « lésions décrites », il n'établit pas encore que l'accident n'aurait joué aucun rôle et qu'un état préexistant maladif en serait la cause exclusive. De même, il ne suffit pas, comme le fait le Dr N._____ d'évoquer l'âge de l'assuré pour retenir implicitement que l'événement a provoqué une aggravation passagère d'un état antérieur, dont on ne sait au demeurant même pas en quoi il consisterait. En définitive, conformément à la jurisprudence exposée au considérant 4.b ci-dessus, il incombait au Dr N._____ d'étayer son avis et de fournir des explications circonstanciées sur le processus non traumatique qu'il estimait être à l'origine de l'ensemble des atteintes constatées. De même, il lui appartenait d'indiquer précisément pour quelle(s) raison(s) le mécanisme accidentel n'avait selon lui pas pu objectivement causer lesdites atteintes.

À l'instar du Dr N._____, l'intimée a, dans la décision sur opposition entreprise, affirmé de manière péremptoire que « les mécanismes propres à entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs sont ceux comportant notamment une rotation externe ou interne forcées de manière passive, un fort étirement en levant le bras ou une blessure concomitante à une luxation de l'épaule. Ne sont notamment pas susceptibles de provoquer une telle lésion les contusions directes de l'épaule ou les mouvements de force mal coordonnées », sans toutefois indiquer les références médicales ou jurisprudentielles. Cette affirmation est d'autant moins admissible que le dossier ne contient aucun renseignement sur le déroulement précis de l'accident : aucune pièce ne renseigne sur la hauteur de la chute de la jante, sur la position de l'épaule et de la jante lors de l'impact, ni sur l'état de l'épaule immédiatement après le choc.

cc) Enfin, le dossier ne comprend aucun rapport médical initial du médecin généraliste du recourant, le Dr T._____, qu'il a pourtant consulté - à une date inconnue - lorsque la physiothérapie, les massages et le reboutage se sont révélés insuffisants pour traiter les douleurs. On ne connaît ainsi rien des constatations de ce médecin, ni des motifs qui l'ont décidé à prescrire une arthro-IRM et adresser son patient à un spécialiste. Il aurait également été en mesure de renseigner l'intimée sur les antécédents médicaux du recourant, en particulier concernant l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire mentionnée par le Dr R._____ dans son rapport du 2 septembre 2022.

Le protocole opératoire du Dr C._____ du 25 janvier 2024 mentionne certes une origine post-traumatique, sans toutefois que cet avis ne soit motivé d'une quelconque manière. Il semble au demeurant que l'intervention a été reportée en janvier 2024, car selon les explications fournies par l'assuré, ce dernier venait de commencer une nouvelle activité professionnelle. Par ailleurs, au moment où l'assuré a annoncé une rechute (compte tenu de l'intervention du 25 janvier 2024), l'intimée ne s'était toujours pas prononcée sur la prise en charge de l'événement accidentel du 6 juin 2022 et ses suites, dès lors que les frais médicaux avaient initialement été pris en charge par son assurance-maladie.

6. Il ressort des considérants qui précèdent que l'appréciation du Dr N._____ est incomplète, insuffisamment motivée et a pour le surplus été formulée sur la base d'un dossier lacunaire, l'instruction menée par l'intimée ne permettant 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), afin qu'elle complète l'instruction notamment auprès des médecins traitants du recourant et ordonne une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision.

7. **a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue par l'intimée le 14 mai 2024 annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le 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, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis

- II.** La décision sur opposition rendue le 14 mai 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____,
- 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 :