

# VD\_GERICHTE ZA25.050448 vom 13. Mai 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-05-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA25.050448](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA25.050448)

FR: VD\_GERICHTE ZA25.050448 du 13 mai 2026

IT: VD\_GERICHTE ZA25.050448 del 13 maggio 2026

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL ZA25.\*\*\* 319 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES  
Arrêt du 13 mai 2026 Composition  
: M. WIEDLER, président M. Neu, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure Greffier : M.  
Reding \*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant, et CAISSE  
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.  
\_\_\_\_\_ Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA 10J010

- 2 - En fait : A. E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, a été employé entre 2020 et 2025 par la société C. \_\_\_\_\_ SA, à Q\*\*\*. 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 21 octobre 2024, l'assuré, alors qu'il circulait à vélo, a chuté sur le côté droit après un freinage brusque. Il s'est retrouvé en incapacité totale de travailler à la suite de cet événement. Ce dernier a été annoncé le jour suivant à la CNA, laquelle a pris en charge ses suites. Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a recueilli divers documents, dont : ■ un rapport de radiographie de l'épaule droite du 22 octobre 2024 décrivant une « [a]bsence de trait de fracture ou d'arrachement osseux », une « [c]ongruence articulaire », des « [r]emaniements arthrosiques débutants de l'articulation acromio-claviculaire » et une « [a]bsence d'anomalie des tissus mous » ; ■ un rapport d'ultrason de l'épaule droite du 13 novembre 2024 concluant à une « [s]uspicion d'une lésion partielle ou d'une tendinopathie du supra-épineux accompagnée d'une bursite sous acromiale » ; ■ un rapport du 14 novembre 2024 de la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle suspectait une atteinte de la coiffe des rotateurs ; ■ un rapport non daté, reçu le 21 novembre 2024 par cette autorité, du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin praticien, lequel posait le diagnostic de suspicion d'une lésion partielle ou d'une tendinopathie du supra- épineux accompagnée d'une bursite sous acromiale ; ■ un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite du 23 novembre 2024, lequel révélait une « [d]échirure très distale du tendon supra-épineux de type rim-rent, subtotale, sans rétraction tendineuse » et une « [b]ursite relativement marquée », 10J010

- 3 - tout en spécifiant qu'une petite composante transfixiante à cette déchirure ne pouvait être exclue sur la seule base de cette imagerie ; ■ un rapport de radiographies de l'épaule droite face, Neer et axiale du 24 janvier 2025 mentionnant ce qui suit (sic) : « Respect de la trame osseuse. Rapports articulaires conservés. Pas de pincement sous- acromial. Pas de fracture décelable. Pas de calcification abarticulaire. » ; et ■ un rapport du 28 février 2025 du Dr F. \_\_\_\_\_, lequel mettait en évidence le diagnostic de lésion du tendon supra-épineux, tout en indiquant que la décision de procéder ou non à une opération allait éventuellement être prise au prochain contrôle. Dans une appréciation du 29 avril 2025, la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a déclaré que l'assuré souffrait de

lésions préexistantes à l'événement du 21 octobre 2024, à savoir une tendinopathie du sus-épineux, avec déchirure très distale du tendon supra-épineux de type « rim-vent », subtotale, sans rétraction tendineuse, une bursite relativement marquée et une tendinopathie de l'infra-épineux. Cet incident n'avait, en revanche, pas entraîné de lésion structurelle. L'intéressé avait chuté sur son épaule droite et avait décompensé, de manière très passagère, un état antérieur. Aussi, l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets le 1er mars 2025, dans la mesure où, à la consultation du 28 février 2025, il avait été constaté, d'une part, que l'assuré présentait des douleurs en fonction des exercices, lesquelles étaient maîtrisées au repos à « 2/10 », et, d'autre part, que les amplitudes articulaires s'étaient améliorées, avec une persistance de limitations en lien avec l'atteinte préexistante. Par décision du 19 mai 2025, la CNA a clos le cas de l'assuré au 9 mai 2025 au soir et a mis fin aux prestations d'assurance à cette même date. Le 2 juin 2025, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a, en substance, contesté les conclusions de la Dre G. \_\_\_\_\_, reprochant à cette dernière de ne pas l'avoir examiné personnellement. Il a, en outre, spécifié 10J010

- 4 - avoir renoncé à une opération agendée le 3 juin suivant, car il ne voulait pas que celle-ci soit mise à la charge de son assureur-maladie. Par décision sur opposition du 10 septembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. B. Par acte du 13 octobre 2025 adressé à la CNA, lequel a été transmis le 20 octobre suivant à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, E. \_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de cette décision sur opposition, concluant implicitement à son annulation. Il a notamment exposé « attend[re] [un] rendez-vous [de la CNA] afin que la lumière soit faite[...] sur [s]on affaire car [s]es douleurs [étaient] toujours là ». Dans une écriture du 30 octobre 2025, l'assuré a soutenu que son cas devait être traité comme un accident et non en tant que maladie. Son médecin traitant, lequel était « étonné que cela ne soit pas pris ainsi », avait d'ailleurs confirmé que ses douleurs dataient de l'événement d'octobre 2024. Par réponse du 20 novembre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. 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). 10J010

- 5 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 9 mai 2025. 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 10J010

- 6 - 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) 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 10J010

- 7 - 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. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du 10J010

- 8 - contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'une chute à vélo le 21 octobre 2024 et s'est blessé à l'épaule droite. L'intimée a pris en charge les suites de cet événement, sous la forme du versement d'indemnités journalières et du paiement des frais de traitement. Elle a toutefois mis fin à l'octroi de ces prestations au 9 mai 2025. Se fondant sur l'appréciation du 29 avril 2025 de la Dre G. \_\_\_\_\_, elle a estimé que les troubles encore présentés par l'assuré à cette articulation n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident, dans la mesure où le statu quo sine avait été atteint le 1er mars 2025 au plus tard. b) Cela étant, quoi qu'en dise le recourant, l'intimée a reconnu le caractère accidentel de l'événement du 21 octobre 2024, ce en tant qu'accident non professionnel (cf. art. 8 LAA). Seule est donc litigieuse la question du rapport de causalité entre les atteintes à l'épaule droite et cet accident. 10J010

- 9 - Sur ce point, la Dre G. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans l'appréciation précitée, que le recourant souffrait d'une tendinopathie du sus-épineux, avec déchirure très distale du tendon supra-épineux de type « rim-rent », subtotale, sans rétraction tendineuse, d'une bursite relativement marquée et d'une tendinopathie de l'infra-épineux, tout en exposant que ces blessures étaient préexistantes à l'accident en cause. Citant de la littérature médicale

publiée en la matière (« Rim rent tear of rotator cuff. Last revised by Lam Van Le on 16 Nov 2024 », accessible sur le site internet Radiopaedia.org), elle a expliqué que la lésion « rim-rent » était un sous-type spécifique de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs. Elle trouvait son origine tant dans des facteurs intrinsèques, soit le vieillissement des muscles de l'épaule, qu'extrinsèques, à savoir des contraintes de cisaillement sur le tendon supraspinatus dues au rétrécissement de l'arc coracoacromial ou un microtraumatisme provoqué par le contact répété de la surface articulaire des tendons supraspinatus et infraspinatus avec la partie postéro-supérieure de la glène lors de l'abduction du bras et de la rotation latérale. La médecin de l'intimée a enfin noté que sur l'IRM, l'empreinte de l'acromion au niveau de la partie distale du sus-épineux était clairement visible. Elle a, de cette façon, conclu que l'accident n'avait pas entraîné de lésion structurelle, mais uniquement décompensé, de manière très passagère, un état maladif antérieur. Cet événement avait totalement cessé de déployer ses effets dès le 1er mars 2025, étant donné qu'à la consultation du 28 février 2025, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait constaté, d'une part, que son patient présentait des douleurs en fonction des exercices, lesquelles étaient maîtrisées au repos « à 2/10 », et, d'autre part, que les amplitudes articulaires s'étaient améliorées, avec une persistance de limitations en lien avec l'atteinte préexistante. Aussi, l'appréciation du 29 avril 2025 de la Dre G. \_\_\_\_\_ ne prête pas le flanc à la critique. Son diagnostic est, en effet, principalement fondé sur les résultats de l'IRM du 23 novembre 2024, laquelle a notamment décrit une bursite sous-acromiale importante et des légères tendinopathies des tendons infra-épineux et sous-scapulaire, soit des atteintes de nature dégénérative, de même qu'une déchirure du tendon supra-épineux 10J010

- 10 - subtotale de type « rim-rent », à savoir – comme mentionné ci-dessus – une lésion occasionnée par le vieillissement de la coiffe des rotateurs, par des contraintes de cisaillement ou par un microtraumatisme dû à un frottement répété lors de l'abduction du bras et de la rotation latérale, qui sont des mécanismes d'ordre non accidentel. La date du 1er mars 2025 retenue pour le statu quo sine correspond, en outre, au moment où le Dr F. \_\_\_\_\_ a observé une baisse des douleurs au repos et une augmentation des amplitudes articulaires, mais également une persistance de limitations relatives aux troubles préexistants. Au demeurant, aucun élément au dossier ne permet de jeter le doute sur les conclusions de la Dre G. \_\_\_\_\_. Les autres rapports d'imagerie des 22 octobre et 13 novembre 2024 et du 24 janvier 2025 – dont la médecin de l'intimée a eu accès – n'ont, en particulier, pas révélé de fracture. Quant aux différents rapports des médecins traitants, aucun d'entre eux ne se prononce sur la question du lien de causalité entre l'accident d'octobre 2024 et les atteintes à l'épaule droite. On ne saurait, du reste, reprocher à la Dre G. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir personnellement examiné le recourant, dans la mesure où cette dernière disposait du dossier complet instruit par l'intimée (cf. TF 8C\_67/2024 du 15 juillet 2024 consid. 7.2 ; TF 8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient, pour finir, de rappeler que le seul fait que les douleurs de l'assuré se soient manifestées après la survenance de cet événement ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (cf. supra consid. 3b in fine). c) Dès lors, au regard de ce qui précède, force est de constater que les atteintes à l'épaule droite du recourant ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 21 octobre 2024, ce dernier ayant cessé de déployer ses effets dès le 1er mars 2025. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 9 mai 2025 et a ainsi implicitement refusé de prendre en charge l'opération initialement agendée en juin 2025. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 10 septembre

2025 par l'intimée confirmée. 10J010

- 11 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis 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 10 septembre 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 : Le greffier : 10J010

- 12 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Brance E. \_\_\_\_\_, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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 : 10J010

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.