

S2 24 44

ARRÊT DU 15 JUIN 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Garance Klay, greffière

en la cause

A._____, recourant, représenté par Maître Marie Franzetti, avocate, Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
Lucerne, intimée

(art. 4 LPG et 6 LAA ; notions d'accident et de lésion corporelle assimilée, *statu quo sine*)

Faits

A. A._____, né en 1971, exerce la profession de mécanicien-électricien au sein de SEM2I Sàrl, entreprise fournissant des prestations de services dans le domaine de l'entretien électro-mécanique et de la maintenance de machines-outils industrielles ; il en est l'associé et gérant, avec signature individuelle. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la CNA ou la Caisse).

En date du 27 juillet 2023, alors qu'il travaillait à LIEU_1 et changeait un tuyau d'aspiration des poussières faisant un angle entre le mur et le plafond, il a dû retenir dans un mouvement réflexe la partie d'un tuyau métallique située au plafond (cf. également *infra*).

A partir d'octobre 2023, il a éprouvé de vives douleurs au travail. Le Dr B._____, médecin traitant, a attesté une incapacité totale de travail dès le 13 novembre 2023 (pièces 2, 12 du dossier CNA).

Le 17 novembre 2023, l'assuré a annoncé ses troubles à la CNA. Dans sa déclaration de sinistre, il a décrit l'événement du 27 juillet 2023 comme suit : « Lors du montage d'un tuyau d'aspiration au plafond avec descente de 90°, lorsque j'ai desserré le tuyau vertical pour l'ajustement, l'ensemble lâche et je le retiens. Lors de ce geste, j'entends trois "clacs" au niveau de mon épaule droite avec une douleur importante durant trois jours puis un mieux durant l'été. Depuis le mois d'octobre, décompensation progressive lors du travail selon les mouvements et de vives douleurs qui m'empêchent de dormir, respectivement de travailler correctement... » (pièce 1 du dossier CNA).

Sur le questionnaire d'éclaircissement des faits rempli le 26 novembre 2023, A._____ a précisé avoir ressenti des troubles immédiatement. Il n'y avait pas de témoin de l'accident mais ses collègues avaient remarqué son incapacité à travailler normalement. Il a répondu par la négative à la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier, par exemple une glissade, une chute ou un heurt. Il s'était rendu le 20 octobre 2023, chez un physiothérapeute, puis, le 14 novembre 2023, chez son médecin traitant et, le 4 décembre suivant, chez un orthopédiste.

Une échographie du 1^{er} décembre 2023 a montré les éléments suivants :

Gouttière bicipitale :	le tendon du long chef du biceps montre un aspect hétérogène et il est entouré d'une importante quantité de liquide, subluxation du tendon en regard de la poulie de réflexion au-dessus du tendon sous scapulaire au repos et lors des manœuvres dynamiques en rotation externe.
Sous-scapulaire :	tendon hétérogène démontrant une déchirure au niveau de son faisceau superficiel et de son expansion tendineuse expliquant la luxation du long chef du biceps (LCB).
Sus-épineux :	perte complète de visualisation de la partie distale du tendon du muscle sus-épineux en regard de l'enthèse en rapport avec une large déchirure transfixiante intéressant toute l'épaisseur du tendon avec une rétraction du moignon d'environ 2 cm dans le plan frontal.
Sous-épineux :	d'épaisseur normale sans franche déchirure.
Bourse sous-acromiale :	bursite sous-acromiale.
Autres constatations :	aucune.

Le rapport y relatif a conclu à une large déchirure transfixiante du sus-épineux proche de l'enthèse intéressant toute l'épaisseur du tendon avec rétraction du moignon de 20 mm dans le plan frontal et à une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire sur son expansion tendineuse avec subluxation du long chef du biceps. A encore été retenue une bursite sous-acromiale (pièce 23 du dossier CNA).

Une arthro-IRM de l'épaule droite du 12 décembre 2023 a objectivé une lésion perforante de 13 mm de diamètre du tendon sus-épineux, une déchirure étendue des fibres profondes du tendon sous-scapulaire sans rétraction, permettant la luxation du long biceps et un aspect émoussé du bourrelet glénoïdien. La description faite à l'IRM a fourni les informations suivantes :

Structures osseuses :	arthrose acromio-claviculaire.
Tendon du long biceps :	luxation médiane, pas de rupture.
Tendon du sous-scapulaire :	déchirure subtotale des fibres profondes permettant la luxation du tendon long biceps.
Tendon du sus-épineux :	perforation d'environ 13 mm de diamètre à l'enthèse.
Tendon du sous-épineux :	sans anomalie.
Bourse sous-acromiale :	épanchement communiquant.
Synoviale :	non épaissie.

Bourrelet : arrondi de contours, sans déchirure ni désinsertion visible.

Muscles : infiltration adipeuse des fibres supérieures du sous-scapulaire. Atrophie mineure du sus-épineux (pièce 15 du dossier CNA).

Des tirages de l'IRM ont été versés au dossier (pièce 16 du dossier CNA).

Un rapport relatif à des radiographies de l'épaule droite du 12 décembre 2023 a conclu à une tendinite calcifiée des tendons supérieurs de la coiffe des rotateurs et à une ébauche ostéophyttaire de la glène (pièce 17 du dossier CNA).

Dans un rapport du 14 décembre 2023, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé les diagnostics d'omalgie post-traumatique à droite (LAA 27 juillet 2023) avec lésion de la coiffe des rotateurs et subluxation du long chef du biceps. A l'anamnèse, il a rapporté : « Monsieur A._____, droitier, présente des omalgies antéro-externes de plus en plus invalidantes et insomniantes depuis qu'il a retenu un tuyau d'aspiration avec son bras en position de flexion à 90° du coude et légère abduction avec son bras droit. Il a ressenti trois "clacs" très douloureux. Par la suite, amélioration des symptômes, mais actuellement, il ne peut plus continuer son travail comme mécanicien-électricien faisant des services de machine. Il est donc en arrêt de travail... ». Il a rappelé que l'échographie avait montré une large déchirure transfixiante du tendon supra-épineux et partielle du tendon sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps, bursite sous-acromiale associée (pièce 15 du dossier CNA)

Dans un rapport médical LAA du 17 décembre 2023, les indications du patient ont été restituées comme suit : « Travaillait à LIEU_2 le jeudi 27 juillet 2023 au montage d'un tuyau d'aspiration au plafond avec descente sur coude à 90 degrés. Lors du desserrage du tube vertical pour l'ajustement, il lâche et le patient retient. Ressent 3 clacs avec douleur immédiate, a continué de bosser avec des douleurs supportables. A eu des douleurs en faisant de la moto. Cet été, a eu des douleurs en vacances, puis mieux et reprise des douleurs au niveau de l'épaule et a fait 5 séances de physio sans grande amélioration. Sensation de fourmis dans les mains occasionnelle ». A été mentionné le diagnostic d'omalgie post-traumatique à droite (LAA 27.07.2023) avec lésion de la coiffe des rotateurs et subluxation du long chef du biceps (pièce 24 du dossier CNA).

Dans un rapport du 18 décembre 2023, le Dr C._____ a décrit un examen clinique inchangé depuis le 4 décembre et a rappelé que l'arthro-IRM avait montré une « lésion perforante de 13 mm de diamètre du tendon sus-épineux, déchirure étendue des fibres profondes du tendon sous-scapulaire sans rétraction permettant la luxation du long

biceps, aspect émoussé du bourrelet glénoïdien ». Il a préconisé une suture de la coiffe et une ténodèse du LCB par arthroscopie de l'épaule droite (pièce 27 du dossier CNA). Cette intervention a eu lieu le 4 janvier 2024.

B. Dans une appréciation du 9 janvier 2024, la Dresse D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé qu'on était en présence d'une lésion corporelle due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. A titre de motivation, elle a souligné que l'arthro-IRM du 12 décembre 2023 avait montré des troubles dégénératifs de deux des quatre tendons de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire) ainsi que du tendon du LCB dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire et involution graisseuse de stade I-II des muscles sus-épineux et sous-scapulaire, signant une atteinte chronique, qui correspondait à une pathologie évoluant depuis 24 à 46 mois selon la littérature (pièce 29 du dossier CNA).

Par courrier du 12 janvier 2024, la CNA a signifié à A._____ son refus de prise en charge au motif, d'une part, qu'il ne s'était pas produit d'accident et, d'autre part, que ses troubles ne répondaient pas aux conditions de prise en charge en cas de lésion corporelle assimilée à un accident (pièce 30 du dossier CNA).

Dans un mail du 16 janvier 2024, l'assuré a exprimé qu'il s'agissait à son sens d'une problématique de lésion assimilée (pièce 37 du dossier CNA).

Le 19 janvier 2024, le Dr C._____ a rappelé que, lors de l'accident du 27 juillet 2023, lorsque son patient avait retenu un objet lourd avec le bras en position abduction-flexion, il avait entendu de forts craquements, immédiatement ressentis. Selon le chirurgien, cet incident avait déchiré les tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. L'aspect péri-opératoire avait démontré une bonne qualité tendineuse et une lésion d'aspect traumatique de ces tendons. Il invitait donc la CNA à réévaluer la prise en charge de ce cas (pièce 39 du dossier CNA).

La CNA a écarté les arguments de son assuré et maintenu sa position par décision du 23 janvier 2024. Il existait certes une des lésions listées à l'article 6 alinéa 2 LAA ; toutefois, les documents médicaux montraient que celle-ci était due, de manière prépondérante, à l'usure ou à une maladie (pièce 40 du dossier CNA). Une copie de cette décision a été adressée à Atupri Caisse-maladie, laquelle a requis la consultation du dossier et formé provisoirement opposition les 24 et 31 janvier suivant (pièces 49 et 51 du dossier CNA). Generali, assurance perte de gain maladie a également requis une copie du dossier en date du 6 février 2024 (pièce 54 du dossier CNA).

Par courriel du 13 février 2024, le Dr C._____ a transmis à la CNA les images péri-opératoires du 4 janvier 2024 (pièce 58 du dossier CNA).

C. Par écriture du 22 février 2024, A._____, représenté par Me Marie Franzetti, a formé opposition à la décision du 23 janvier 2024. Il a déclaré que dès l'accident, il avait dû interrompre son activité. Sur le chantier, ses collègues de travail avaient pu constater qu'il ne pouvait plus utiliser son bras. De même, un certain nombre de mandats avaient dû être refusés, dans la mesure où l'état de son épaule ne lui permettait pas de travailler. La période de vacances et la non-utilisation de cette épaule avaient entraîné une amélioration. Cette dernière avait néanmoins été stoppée dès la reprise du travail, assortie d'une nouvelle péjoration. L'assuré a alors exprimé qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer ici la disposition relative aux lésions assimilées à une accident, ses explications démontrant clairement une cause extérieure extraordinaire liée à la chute du tuyau d'aspiration. Ce dernier avait lâché et il l'avait retenu avec la seule force de son bras droit. La puissance du choc avait impliqué un clac au niveau de son épaule. Il a rappelé la bonne qualité tendineuse soulignée par le Dr C._____ et a conclu que le *statu quo sine vel ante* n'était pas intervenu, de sorte que la CNA devait prendre à sa charge le traitement de l'état maladif éventuellement préexistant, puisqu'il s'était manifesté par l'accident et avait été aggravé par cet événement. Si la Suva n'entendait pas donner droit au rapport du Dr C._____, il lui appartenait de mettre en œuvre une expertise sur la question, la Dresse D._____ n'étant pas une spécialiste des troubles à l'épaule. Si, par impossible, il était question d'examiner le cas sous l'angle de l'article 6 alinéa 2 LAA, il estimait que les lésions qui avaient entraîné l'opération devaient être prises en charge par la CNA, car il était exclu de considérer que ces lésions soient exclusivement de nature préexistante, ou, en tout cas, dues à l'usure de manière prépondérante.

Le 28 février 2024, Atupri a retiré son opposition provisoire (pièce 66 du dossier CNA).

L'assuré a complété son opposition en date du 27 mars 2024. Il a maintenu ses conclusions en produisant un nouveau rapport du Dr C._____ du 22 mars 2024 (pièce 68 du dossier CNA). Le chirurgien orthopédiste y a répété ses propos antérieurs. Il était d'avis que, dans l'IRM, l'aspect du tendon lésé était d'origine traumatique et que la petite infiltration adipeuse, fréquente dès un certain âge, ne contredisait pas le fait qu'il s'agissait bien d'une lésion traumatique (pièce 69 du dossier CNA).

Le 15 avril 2024, la Dresse D._____ a rappelé que les examens radiologiques avaient mis en évidence une atteinte dégénérative du tendon du sus-épineux avec une

tendinopathie calcifiante ainsi qu'une ébauche ostéophytaire au niveau de la glène et une tendinopathie des sus-épineux et sous-scapulaire, dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire, atteinte dégénérative du bourrelet glénoïdien avec involution graisseuse des deux muscles des tendons susmentionnés. Après avoir évoqué les structures d'une épaule, elle a précisé l'anatomie particulière du muscle sus-épineux. Lors d'une atteinte dégénérative de cette articulation, qui se caractérise par une perte de régularité des surfaces osseuses, ces irrégularités vont se trouver en contact avec le tendon du muscle sus-épineux, situé en-dessous. A chaque mouvement du bras en abduction (le bras qui s'éloigne du tronc), le tendon va frotter sur cette zone irrégulière et se cisailer au fil du temps jusqu'à une possible rupture du tendon du muscle sus-épineux. Cela semblait avoir été le cas chez l'assuré en présence d'une arthrose acromioclaviculaire avec une rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux. Par ailleurs, d'un point de vue purement anatomique, une lésion d'un ou de plusieurs muscles de la coiffe des rotateurs ne peut avoir lieu qu'en présence d'un mouvement extrême forcé, le plus souvent en abduction et rotation externe, soit les bras tendus pour se réceptionner lors d'une chute, soit en se retenant à un objet lors d'une chute. Selon la déclaration de sinistre du 27 juillet 2023, l'assuré avait les bras en l'air et il avait dû retenir le tuyau qui avait lâché. Ce mécanisme avait été repris dans les différents rapports médicaux, tant par le Dr B._____ que par le Dr C._____. Il s'agissait donc d'un mouvement des bras en direction du corps, réduisant la mise sous tension des muscles de la coiffe des rotateurs, par rapport à la position initiale. Partant, d'un point de vue pathophysiologique, ce mécanisme n'expliquait pas les lésions des muscles sus-épineux et sous-scapulaire.

La Dresse D._____ a ensuite exposé pour quels motifs elle déduisait une atteinte dégénérative de l'IRM. L'échographie du 1^{er} décembre 2023 avait montré qu'à quatre mois de l'examen (*recte* de l'événement), l'assuré présentait encore une bursite sous acromiale, soit une inflammation d'une bourse (zone qui sert d'amortisseur). La persistance de cette inflammation à distance du traumatisme signalait une atteinte chronique et non aiguë. En effet, une contusion de l'épaule guérissait habituellement en 2-3 mois, soit, au plus tard le 27 octobre 2023 ; on ne devait dès lors plus retrouver de composante inflammatoire. La radiographie (RX) du 12 décembre 2023 avait confirmé une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs, sous la forme d'une tendinite calcifiée des tendons supérieurs de la coiffe ; ce type d'atteinte était dégénératif par définition. En effet, l'accumulation de calcium nécessitait du temps et signalait des mouvements répétés. A cette atteinte tendineuse s'associait une lésion de la glène sous la forme d'une ébauche ostéophytaire, qui était une excroissance osseuse qui se

développait au niveau des articulations, le plus souvent des suites de l'arthrose. L'arthro-IRM du 12 décembre 2023 avait montré une double tendinopathie (sus-épineux et sous-scapulaire avec atrophie graisseuse de ces 2 muscles, au minimum de stade II selon Goutallier), ce qui confirmait une atteinte chronique. Un tel niveau de dégénérescence nécessitait respectivement 56 et 36 mois d'évolution en absence de traumatisme et respectivement 35 et 31 mois d'évolution après traumatisme, étant entendu qu'un traumatisme accélère l'atrophie musculaire. Cela dit, et même si l'atteinte traumatique était retenue (ce qui n'était pas le cas à son sens), elle n'aurait pas permis d'expliquer la dégénérescence évoluée des deux muscles. L'involution graisseuse tout comme la perte de volume, relevées dans le présent cas, nécessitaient plusieurs mois d'évolution ; l'assuré ayant passé une IRM à distance d'un mois (*recte* cinq mois) du traumatisme initial, force était de constater qu'il présentait déjà des atteintes dégénératives du muscle sus-épineux. La Dresse D._____ a ajouté qu'un traumatisme engendre une perte de force, laquelle n'avait jamais été mentionnée dans les différents rapports, alors qu'une tendinopathie engendre des douleurs, ce qui correspondait aux plaintes de l'assuré et avait constitué la raison de sa prise en charge médicale. De plus, l'évolution de l'atteinte, à savoir trois jours de douleurs, puis une amélioration durant plusieurs mois avec ensuite une seconde aggravation algique, était pathognomonique d'une atteinte dégénérative et non traumatique qui, elle, ne montrait pas une évolution en dents de scie.

Pour la médecin d'arrondissement, il était finalement important de rappeler que la notion de « post-traumatique » (soit après le traumatisme), signait un lien de temporalité, mais pas forcément un lien de temporalité (*recte* causalité). Or, l'apparition de la douleur après l'événement confirmait, pour l'assuré, qu'il y avait certainement eu contusion, mais que cet événement avait démasqué une atteinte dégénérative préexistante, asymptomatique jusqu'au 27 juillet 2023.

En conclusion et à la lumière des différents arguments détaillés dans son appréciation, la Dresse D._____ a confirmé que l'assuré présentait une lésion au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA, lettre f (déchirure de tendon) dont l'étiologie était due de manière prépondérante à l'usure (pièce 73 du dossier CNA).

Par décision sur opposition du 24 avril 2024, se fondant notamment sur les explications complémentaires de la Dresse D._____, la CNA a maintenu que les lésions corporelles de son assuré étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. En outre, elle a confirmé l'absence d'accident au motif que le fait de retenir un tuyau d'aspiration ayant lâché n'avait rien d'extraordinaire dans le cadre des habitudes professionnelles de l'intéressé. Elle a souligné que, selon la jurisprudence, un

mouvement réflexe ne constitue pas en soi un facteur extraordinaire. Une copie de cette écriture a été adressée à Atupri.

D.a. A._____, représenté par Me Franzetti, a interjeté recours céans en date du 16 mai 2024. En substance, se prévalant des rapports du Dr C._____, il a répété que ses troubles étaient d'origine accidentelle. Il a ajouté que, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimée, il n'était nullement courant, dans le cadre de son activité professionnelle, de devoir retenir des matériaux lourds sis en hauteur, notamment des tuyaux chutant de manière imprévue. Il a annoncé le dépôt d'une expertise du Dr E._____, FMH médecine physique et réadaptation, médecin certifié ACT SIM, expertise initialement requise par son assurance perte de gain maladie et dans le cadre de laquelle il avait posé des questions supplémentaires relatives au lien de causalité accidentel. Le recourant a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et à ce que la CNA soit condamnée à prendre son cas en charge, notamment les traitements en lien avec l'accident du 27 juillet 2023 ainsi que les prestations légales (frais médicaux, indemnités journalières, rente, IPAI...). Subsidiairement, il a requis le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens.

Le 24 juin suivant, le recourant a transmis au Tribunal l'expertise du 30 mai 2024 du Dr E._____. Dans son anamnèse, l'expert a rapporté que, le 27 juillet 2023, alors que l'intéressé démontait un réseau de tubulure, un tuyau métallique était tombé sur lui, tuyau qu'il avait voulu rattraper avec son bras droit ; A._____ avait alors ressenti un claquement avec des douleurs importantes et une impotence fonctionnelle relative. Le Dr E._____ a souligné qu'il n'existait aucune plainte antérieure au niveau de l'épaule droite avant le traumatisme du 27 juillet 2023 et a estimé que l'affection était due de manière hautement vraisemblable aux séquelles de l'accident du 27 juillet 2023 et non pas survenue dans le cadre d'une affection dégénérative. Il a précisé avoir fondé son avis sur les éléments suivants : la déclaration de sinistre du 17 novembre 2023, l'anamnèse de l'expertise décrivant le mécanisme de l'accident du 27 juillet 2023, l'arthro-IRM du 12 décembre 2023 montrant une large déchirure du sus-épineux, une lésion partielle mais étendue du sous-scalulaire permettant une luxation du LCB, le protocole opératoire, les photos de l'arthroscopie et l'IRM du Dr C._____ du 19 janvier 2024 décrivant un tendon de « bonne qualité », non dégénératif (pièce 6). L'arthro-IRM du 12 décembre 2023 avait confirmé une atteinte multi-tendons de la coiffe des rotateurs dont le sous-scapulaire, permettant dès lors une luxation du LCB. Il a souligné que, dans la pratique, ce type de lésion du sous-scapulaire était générée par un traumatisme et

non par le fait d'une atteinte dégénérative. Se déterminant sur les constatations de troubles dégénératifs retenues par la Dresse D._____ à l'aune de l'arthro-IRM, il a relevé qu'il existait certes une arthrose acromio-claviculaire, mais que le rapport d'IRM en question ne mentionnait aucunement un aspect dégénératif des tendons. Quant à l'involution graisseuse, elle était limitée et discrète, plutôt de stade I. L'absence de réduction de l'espace sous-acromial sur la radiographie standard du 12 décembre 2023 prônait également l'absence d'une étiologie dégénérative de longue date. A son sens, le fait le plus important résidait dans la qualité du tendon du sus-épineux, lequel n'était pas dégénératif.

La CNA a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 5 septembre 2024. En premier lieu, elle a de nouveau nié l'existence d'un facteur extraordinaire lors de l'événement du 27 juillet 2023. A son sens, le port de charges, impliqué lors du montage de tuyaux d'aspiration aux plafonds, était courant dans l'activité professionnelle du recourant. Rattraper un tuyau d'aspiration n'avait ainsi rien d'extraordinaire pour ce dernier ; il s'agissait d'une « injure de métier » pour laquelle il était usuel, en matière d'assurance-accidents, de nier le caractère extraordinaire de la cause extérieure. S'agissant de l'incidence prépondérante de l'usure ligamentaire, l'intimée s'est référée à un nouveau rapport du 5 août 2024 de la Dresse D._____. Cette dernière y a notamment relevé que la relecture de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 12 décembre 2023 avec le concours du Dr F._____, médecin d'assurance et spécialiste en orthopédie, avait confirmé une atteinte de trois des quatre tendons de la coiffe des rotateurs avec la présence d'une involution graisseuse dont les stades de Goutallier pouvaient être évalués ainsi : muscle sus-épineux, stade II-III ; muscle sous-épineux, stade I ; muscle sous-scapulaire, stade II-III. La Dresse D._____ a conclu que, même si le rapport d'IRM ne mentionnait pas d'involution graisseuse minimale, celle-ci était tout de même présente et un stade I de Goutallier signalait une pathologie évoluant depuis environ 24 mois, ce qui était nettement supérieur à l'intervalle entre le traumatisme et la date de l'arthro-IRM, soit de cinq mois entre fin juillet et mi-décembre 2023. L'atteinte musculaire ne concernait pas que le muscle sus-épineux mais également les muscles sous-scapulaires et sous-épineux dans une moindre mesure. L'atteinte de trois des quatre tendons de la coiffe était par ailleurs pathognomonique d'une problématique chronique. L'intimée a encore souligné que, le 27 juillet 2023, il ne s'était pas ensuivi une perte immédiate et importante de la fonctionnalité de l'épaule, caractéristique typique d'une cause traumatique de la rupture de la coiffe des rotateurs. La situation ne s'était véritablement aggravée que trois mois plus tard, le patient ayant attendu le 14 novembre 2023 pour consulter un médecin, ce qui était manifestement incompatible

avec une atteinte d'origine traumatique. De plus, l'intimée a relevé que la déclaration d'accident du 17 novembre 2023 ne correspondait pas à celle décrite par le Dr B._____, ce dernier ayant parlé de douleurs « supportables » ; finalement, elle a rappelé que le recourant avait pu continuer de travailler après l'événement du 27 juillet 2023.

Répliquant le 24 octobre 2024, le recourant s'est prévalu d'un nouvel avis du Dr E._____ du 26 septembre 2024. Après avoir pris connaissance de la détermination de la CNA, l'expert avait confirmé ses conclusions. Le recourant a également produit un rapport du 14 octobre 2024 du Dr C._____, lequel avait maintenu les éléments de son rapport du 22 avril 2024. Il a ajouté qu'il aurait été plus judicieux que l'expertise soit réalisée par un médecin spécialisé en orthopédie. Le recourant a pris acte que la Dresse D._____ avait déclaré que l'hypothèse d'une étiologie dégénérative transitoirement aggravée par une contusion était renforcée par l'histoire médicale. Or, il estimait que cette conclusion motivait l'application de l'article 36 alinéa 1 LAA qui indiquait que les prestations pour soins ainsi que les indemnités journalières n'étaient pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'était que partiellement imputable à l'accident. A son sens, la prépondérance de l'aspect dégénératif ne pouvait pas être admise au seul motif qu'il y avait un certain nombre de tendons atteints. L'involution graisseuse avait été qualifiée de limite et discrète par le Dr E._____ ; de plus, l'espace sous-acromial et la qualité du tendon, non dégénératif, plaidant pour l'absence d'une étiologie dégénérative de longue date, méritaient également d'être pris en compte. Par ailleurs, il a prétendu que la présence d'un objet lourd, qu'il avait dû retenir en ayant les bras en l'air afin d'en éviter la chute, était un facteur extérieur ne pouvant être qualifié de quotidien ou d'habituel dans sa profession.

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 18 novembre 2024. Elle a rappelé que le recourant présentait, à une distance de cinq mois du traumatisme, une involution graisseuse de trois des quatre muscles de la coiffe des rotateurs, involution de stade II-III au niveau du muscle sus-épineux, de stade I au niveau du muscle sous-épineux et de stade II-III au niveau du muscle sous-scapulaire (cf. image SAG T1, Seq 6, Img 5 reproduite dans l'appréciation médicale du 31 juillet 2024). Par ailleurs, l'assuré avait pu continuer à travailler entre l'évènement du 27 juillet 2023 et novembre 2023, ce qu'il n'aurait pu faire en cas d'atteinte traumatique induisant une impotence fonctionnelle ou à tout le moins une perte de force. L'intimée estimait l'évaluation de la Dresse D._____ probante dans la mesure où elle reposait sur une étude complète du dossier médical, une discussion claire et des conclusions dûment motivées ; elle s'était en particulier

déterminée sur les points litigieux, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. S'agissant du « facteur extérieur », l'intimée a ajouté que, sauf preuve du contraire, un tuyau d'aspiration, en principe vide et en aluminium, ne pouvait être qualifié d'« objet lourd », comme l'avait soutenu le Dr C._____, étant précisé qu'il n'appartenait en toute hypothèse pas aux médecins de se prononcer sur la notion d'accident.

L'échange d'écritures a été clos le 19 novembre 2024.

Le 9 janvier 2025, le recourant a encore adressé au Tribunal un article écrit par les Drs Alexandre Lädermann et Alec Cikes publié dans le « Guide pour le médecin généraliste et le médecin-conseil d'assurance » le 22 février 2023, article lui ayant été transmis par le Dr C._____. L'étude traitait des causes traumatiques *versus* dégénératives de la coiffe des rotateurs ; sur cette base, le recourant concluait à une origine traumatique des troubles. Il a par ailleurs contesté la légèreté supposée du tuyau qu'il avait dû retenir et en a joint une photo afin d'en illustrer l'ampleur. Le texte médical déposé indiquait notamment : « certains articles laissent supposer que l'immense majorité des lésions de la coiffe sont d'origine dégénérative mais, en réalité, la prévalence traumatique varie entre 46-62 % ».

Dans une détermination du 20 janvier 2025, l'intimée a souligné que, comme l'indiquait son titre, l'article versé en cause était relatif aux déchirures de la coiffe des rotateurs. Quant à la photographie produite, dénotant « l'ampleur de la pièce », elle ne constituait pas un argument pertinent.

D.b. Le 18 novembre 2025, le Tribunal a informé les parties du fait qu'il estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, laquelle serait confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Les parties ont été invitées à faire valoir leurs éventuels motifs de récusation et leurs questions à l'intention de l'expert.

Le Dr G._____ a rendu son rapport en date du 22 janvier 2026. Dans son anamnèse, il a relaté précisément le déroulement de l'événement du 27 juillet 2023 et ses suites en termes de douleurs rapportées et de traitements et examens médicaux mis en œuvre. Il a retenu les diagnostics de « status après arthroscopie de l'épaule droite le 04.01.2024 avec suture des tendons sus-et sous-scapulaire et ténotomie/ténodèse du long biceps avec évolution favorable » et de « status après troubles dégénératifs anciens ostéo-articulaires et de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite révélés (et non pas causés) par un effort brusque en élévation le 27.07.2023 ». Il a notamment pris acte qu'en

décembre 2023, le bilan radiologique, une échographie et une IRM de l'épaule droite avaient montré essentiellement des lésions ne pouvant être que l'aboutissement de troubles dégénératifs évoluant sur plusieurs années, notamment un conflit sous-acromial chronique avec remaniements scléro-bosselés, une arthrose acromioclaviculaire, une arthrose gléno-humérale avec ostéophyte débutante de la glène, une tendinopathie perforante du sus-épineux avec amyotrophie graisseuse avancée du corps musculaire correspondant, une tendinopathie interstitielle du sous-scapulaire avec amyotrophie graisseuse débutante et une tendinopathie du long biceps avec subluxation antérieure dans le cadre d'une tendinopathie de voisinage du sus-épineux et du sous-scapulaire. L'expert a souligné que le seul aspect opératoire des tendons – mis en avant par le chirurgien – était peu probant et que l'arthroscopie ne permettait pas une visualisation des structures musculo-tendineuses en profondeur, contrairement à l'IRM. Par ailleurs, s'il admettait qu'une lésion du sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long biceps évoquait souvent une lésion traumatique, cela n'était toutefois le cas que si elle survenait de façon isolée et non pas dans le cadre de lésions concomitantes beaucoup plus étendues de la coiffe des rotateurs et de lésions articulaires acromioclaviculaires et gléno-humérales, comme dans le cas de ce patient. De surcroît, les lésions traumatiques isolées du sous-scapulaire et du long biceps nécessitaient une action vulnérante très différente, notamment une rotation interne vive contre résistance, ce qui n'avait pas été le cas. Par souci de clarté, il a encore fait un petit rappel physiopathologique général des troubles de la coiffe des rotateurs en page 12 de son expertise.

L'expert a ensuite pris position sur les questions du Tribunal et des parties. Il a notamment répondu que les rapports de la Dre D._____ avaient une valeur probante supérieure à ceux des Drs C._____ et E._____ pour les raisons développées dans son rapport. L'expert a listé les motifs pour lesquels il concluait que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite de ce patient et l'événement du 27 juillet 2023 était ici très peu probable et a souligné que l'épaule droite de ce patient était certainement déjà dans un état précaire bien avant l'événement. La symptomatologie aurait pu débuter n'importe quand, soit spontanément par la dynamique des lésions dégénératives elles-mêmes, soit en réponse à des événements ordinaires ou extraordinaires de la vie tels que des confusions bénignes ou des mouvements brusques. A son sens, il s'agissait clairement d'un cas de causalité aléatoire (p. 13 de son expertise). S'agissant des lésions assimilées au sens de la liste de l'article 6 alinéa 3 LAA, il a exprimé que cette liste exhaustive contenait la notion de « déchirure de tendons » alors que ce patient présentait une tendinopathie perforante manifestement (de manière hautement prépondérante) dégénérative, notion qui ne lui semblait *a priori*

pas forcément équivalente. Quoi qu'il en fût, même si l'on avait dû retenir la notion de « déchirure de tendons », il aurait alors fallu considérer que cette atteinte ici était due de manière hautement prépondérante voire exclusive à des troubles dégénératifs tels que l'usure ou la maladie.

Par écriture du 25 février 2026, l'intimée a pris position sur l'expertise du Dr G._____, dont il n'a mis en doute ni la valeur probante, ni la pertinence des conclusions. A la lumière de l'anamnèse établie par l'expert, en particulier de son exposé du déroulement de l'événement du 27 juillet 2023, elle a complété sa motivation s'agissant de la notion même d'accident en raison d'une absence de facteur extérieur extraordinaire. Elle a par ailleurs souligné que même en cas d'assimilation de la tendinopathie perforante à une déchirure des tendons au sens de la lettre f de l'article 6 alinéa 2 LAA – assimilation douteuse selon l'expert – le caractère dégénératif était ici en toute hypothèse hautement prépondérant.

Le recourant n'a pas pris position sur l'expertise dans le délai imparti par le Tribunal.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 16 mai 2024, le recours contre la décision sur opposition du 24 avril 2024 précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents du fait de l'événement survenu le 27 juillet 2023. Dans un premier temps, il convient d'examiner si cet événement remplit les critères constitutifs d'un accident au sens de l'article 4 LPGA.

2.1 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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 (art. 4 LPGa). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 150 V 229 consid. 3, 142 V 219 consid. 4.3.1, 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

2.1.1 Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 précité et les références).

Ainsi, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas, notamment, lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 4.2).

2.1.2 L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur, dans le sens d'une modification entre le corps et

l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_586/2020 du 30 novembre 2020 consid. 3.3).

Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_395/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2 et 4.2 et 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1 et la référence). Concernant les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur, dans le sens d'une modification entre le corps et l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_586/2020 du 30 novembre 2020 consid. 3.3).

En présence d'atteintes à la santé qui peuvent, selon l'expérience, également survenir en tant qu'uniques conséquences de maladies, soit en tant que modifications préexistantes dégénératives d'une partie du corps dans le cadre d'une évolution normale, le caractère extraordinaire doit être donné de manière très claire et l'atteinte survenir dans des circonstances particulièrement évidentes. Il en va de même pour des traumatismes internes au corps, c'est-à-dire pour des atteintes consécutives à une force provenant du corps lui-même. La cause directe de l'atteinte doit alors consister en un effort particulièrement accentué ou s'être manifestée dans des circonstances d'une certaine importance. Le facteur extraordinaire doit être admis lorsqu'en soulevant ou en déplaçant une charge, la personne concernée déploie une force bien supérieure à ce qu'elle a coutume de fournir et se blesse. Si la jurisprudence prend en considération les habitudes professionnelles d'une personne qui prétend à des prestations d'assurance, elle le fait avant tout dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_395/2020 précité consid. 2.2 et 4.2 ainsi que les références et 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 4.2 ainsi que les références, notamment à l'arrêt 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

Pour comparaison, on relèvera que le facteur extérieur extraordinaire a été nié dans les cas suivants : un concierge qui posait des plaques de parement sur un mur lorsqu'une

plaque s'est décollée ; en voulant la récupérer, il avait été entraîné par le poids du parement (environ 10 kilos) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 5.2) ; une assistante maternelle qui s'est blessée au poignet en empêchant un enfant de cinq ans, pesant 20 kilos, de tomber d'une chaise « Tripp-Trapp » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_242/2021 du 2 novembre 2021 consid. 6 ss) ; un boucher qui s'est fait mal au dos en se saisissant d'une caisse de viande d'environ 25 kilos collant à l'étagère sur laquelle elle était posée, reculant de quelques pas pour retrouver l'équilibre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2) ; un assuré qui a présenté des douleurs au dos après avoir tenté de redresser, par un mouvement réflexe, une plante en pot qui se trouvait sur un chariot de transport, lequel menaçait de basculer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 144/06 du 23 mai 2006 consid. 2.1 et 2.2) ; une aide-soignante qui s'est blessée à l'épaule en rattrapant une caisse de livres qui lui avait glissé des mains (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1019/2009 du 26 mai 2010 consid. 5.1.2) ; un infirmier qui s'est fait mal au niveau des cervicales en se retournant brusquement pour tenter de retenir une patiente, laquelle s'était levée de sa chaise roulante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5) ; une infirmière, pesant 62 kilos, souffrant d'une hernie discale, qui a soudainement dû supporter le poids d'une patiente de 66 kilos, en la déplaçant de son lit au fauteuil (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 421/01 du 15 janvier 2003 consid. 3) ; une aide-soignante qui, avec une stagiaire, soutenait une patiente d'environ 90 kilos qui s'effondrait, la conduisant à se pencher plus fortement, entraînant une vive douleur à l'épaule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_444/2009 du 11 janvier 2010 consid. 4.3) ; un acteur qui a souffert d'une hernie discale lors d'une représentation, alors qu'il devait amortir le saut d'une collègue (pesant environ 58 kilos) qui lui faisait face (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 67/94 du 10 octobre 1994 consid. 5).

En revanche, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a été admise dans le cas d'un assuré, blessé à l'épaule gauche, qui a retenu, par un mouvement du membre supérieur gauche, un panneau d'environ 80 kilos glissant des mains de la personne qui l'aidait à le transporter (arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2), dans le cas d'un poseur de sol ayant voulu stopper la chute d'un très lourd rouleau de moquette mesurant 4,20 mètres de long (arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 5.2.2) ainsi que dans le cas d'un assuré rattrapant, à moins de 80 centimètres du sol, un gaufrier de 25 kilos qui tombait d'une table, le dos courbé et les bras en avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 5 et 6.3) ou encore dans le cas d'une infirmière, amenée à fournir un effort violent et improvisé lors du déplacement d'une patiente, déplacement

qui devait impérativement s'effectuer à deux en raison des contraintes induites par l'invalidité de celle-ci ; la collègue de l'infirmière avait lâché prise de manière subite, de sorte que cette dernière s'était retrouvée seule à supporter toute la charge pour éviter le pire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/04 du 15 octobre 2004 consid. 5).

2.2 D'après la jurisprudence, il appartient à la personne assurée de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3). Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables (à ce sujet, voir ATF 139 V 176 consid. 5.3, 138 V 218 consid. 6 et les références), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. Les mêmes principes sont applicables en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être – consciemment ou non – le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2, 121 V 45 consid. 2a et les références). Il a déjà été jugé que, dans la mesure où l'assureur-accidents a établi les faits pertinents de façon détaillée au moyen d'un questionnaire, des compléments décisifs donnés par l'assuré seulement après avoir reçu une décision de refus motivée n'apparaissent pas convaincants s'il n'explique pas qu'ils n'ont pas été mentionnés avant l'opposition à cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3).

2.3. Dans le cas d'espèce, l'intimée conteste la réalisation du facteur extérieur et extraordinaire lors de l'événement du 27 juillet 2023.

2.3.1 Dans le formulaire de déclaration du 17 novembre 2023, le recourant a déclaré :
« Lors du montage d'un tuyau d'aspiration au plafond avec descente de 90°, lorsque j'ai desserré le tuyau vertical pour l'ajustement, l'ensemble lâche et je le retiens. Lors de ce geste, j'entends trois "clacs" au niveau de mon épaule droite avec une douleur importante durant trois jours puis un mieux durant l'été. Depuis le mois d'octobre,

décompensation progressive lors du travail selon les mouvements et de vives douleurs qui m'empêchent de dormir, respectivement de travailler correctement... ».

Le 26 novembre 2023, le recourant a répondu par la négative à la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier tel une glissade, une chute ou un heurt. Il n'a alors aucunement prétendu qu'il était exceptionnel de devoir retenir un tuyau durant la phase de montage ou d'ajustement d'un système d'aspiration, ni que ce type de tuyau était particulièrement lourd et devait normalement être fixé à plusieurs. Il n'a au demeurant jamais produit de pièce attestant du poids exact de la portion de tuyau ayant dû être retenue.

Dans l'anamnèse de son expertise, le Dr G._____ a précisé sur la base des informations fournies par le recourant que ce dernier « était en train de démonter un tube d'aération en aluminium d'un diamètre de 10 à 12 cm fixé horizontalement au plafond par des brides et redescendant verticalement à droite. Il soutenait le tuyau avec la paume de la main droite en élévation complète de l'épaule, coude tendu et tenait la visseuse de sa main gauche dans un geste décrit comme habituel. Ce jour-là, il fut surpris par le déplacement du tuyau contre lui lorsqu'il s'est débranché d'une coudure du côté droit alors que le côté gauche tenait encore au plafond. En maintenant le tuyau en hauteur, il a ressenti 2 à 3 craquement douloureux dans son épaule droite, sans notion de déboîtement. Il n'a pas lâché le tuyau mais a pu l'accompagner dans sa descente en serrant les dents et pour éviter qu'il ne percute d'autres appareils ».

Dans son recours, l'intéressé a exprimé qu'il n'était nullement courant dans son métier de devoir retenir des matériaux lourds sis en hauteur.

Le Tribunal constate que le tuyau qu'a dû retenir le recourant – dont le poids important n'a pas été établi et est au contraire démenti par le fait qu'il s'agissait d'un tuyau vide en aluminium d'un diamètre de 10 à 12 cm – n'a pas chuté de manière inopinée, mais lors de la phase de montage/démontage, soit à un moment où un professionnel doit s'attendre à devoir procéder à des ajustements en tenant et orientant le matériel. Dans un tel contexte, on doit admettre qu'il n'y a rien de surprenant à devoir parfois retenir des éléments qui bougent ou chutent. Cela est effectivement courant dans l'activité professionnelle pratiquée depuis 2016 par le recourant. S'agissant du poids, on relèvera que, selon l'anamnèse du déroulement des faits établi très clairement par le Dr G._____, seule la coudure du côté droit du tuyau s'était débranchée et que des craquements se sont produits lorsque l'intéressé avait cherché à maintenir le tuyau, de sorte que, comme l'a relevé l'intimée, il n'y aurait pas eu de mouvement brusque et

incontrôlé avec le MSD. On rappellera finalement que le recourant avait l'habitude de manipuler des charges importantes (port de moteurs électriques pouvant peser jusqu'à 25 kilos) dans des lieux exigus et des postures inhabituelles (accroupi, debout ou en hauteur), ce qui contribue également à nier le caractère extraordinaire pour le recourant du fait de devoir retenir en hauteur un tuyau en aluminium.

2.3.2 A l'aune des exigences de la jurisprudence, le Tribunal confirme dès lors qu'on ne se trouvait pas en présence d'un mouvement non programmé et non maîtrisé qui aurait entraîné une sollicitation de l'organisme du recourant plus élevée qu'à la normale. L'effort déployé par celui-ci ne pouvait en outre être considéré comme extraordinaire, dans la mesure où, dans une telle profession, on doit fréquemment être amené à effectuer ce genre de mouvement. Il ne peut dès lors pas être retenu l'existence d'un accident sous l'angle des lésions consécutives à un effort. A cela s'ajoute que les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas, à eux seuls, une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2).

Il est encore rappelé qu'en présence d'une lésion se limitant à l'intérieur du corps, la cause de celle-ci doit résulter de circonstances particulièrement évidentes. Un événement accidentel se manifeste en effet généralement par une lésion perceptible de l'extérieur, alors qu'en l'absence de celle-ci, il existe une probabilité accrue de causes purement liées à la maladie (ATF 99 V 136 consid. 1). Or, la description de l'évènement du 27 juillet 2023 ne laisse pas apparaître un phénomène particulier qui aurait contraint le recourant à fournir involontairement un effort sur lequel il n'aurait eu aucune maîtrise, à l'instar d'un mouvement de torsion forcée du bras ou de la main (arrêts du Tribunal fédéral 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 4.3 et 8C_36/2013 du 14 janvier 2014). Par ailleurs, l'évènement du 27 juillet 2023 n'a pas nécessité une interruption immédiate du travail, puisque les premiers n'ont été prodigués au recourant que le 20 octobre 2023 par sa physiothérapeute. L'intéressé n'a par ailleurs fourni aucun témoignage indiquant qu'il aurait été dans l'impossibilité de poursuivre son travail. Au contraire, dans ses déclarations du 17 décembre 2023, le recourant a admis que le 27 juillet 2027, il avait pu continuer de travailler avec des « douleurs supportables ».

Dans ces circonstances, la lésion à l'épaule droite ne saurait être considérée comme résultant d'un accident, du fait de l'absence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire et soudain (art. 6 al. 1 LAA et 4 LPG).

3. Dans un deuxième temps, il est nécessaire d'examiner si les affections dont l'assuré a été victime entrent dans la catégorie de lésion corporelle assimilée de l'article 6 alinéa 2 LAA et si celles-ci lui ouvriraient le droit à des prestations.

3.1 Lorsque l'existence d'un accident n'est pas admise, le cas doit être examiné sous l'angle de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1). L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement dans cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Cette disposition vise notamment les déchirures de tendons (let. f), auxquelles sont assimilées les déchirures de la coiffe des rotateurs (ATF 123 V 43 consid. 2b).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51), lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (cf. consid. 8.2.2.1 et 8.3). En effet, contrairement à ce qui prévalait en matière de lésions corporelles assimilées à un accident sous l'empire de l'ancien droit (cf. art. 6 al. 2 LAA et art. 9 al. 2 OLAA [RS 832.202] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), l'octroi de prestations sur la base de l'article 6 alinéa 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017) ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (cf. art. 4 LPG [RS 830.1]) soient réalisées, à la seule exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure. Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci est dès lors tenu de prêter aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (cf. consid. 8.6).

3.2 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, 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 malade 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

3.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 145 V 167 consid. 4.1, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Si des doutes sérieux subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF

117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

3.4.1 Dans le cas d'espèce, l'échographie du 1^{er} décembre 2023 a montré une large déchirure transfixiante du sus-épineux proche de l'enthèse intéressant toute l'épaisseur du tendon avec rétraction du moignon de 20 mm dans le plan frontal et une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire sur son expansion tendineuse avec subluxation du long chef du biceps. A encore été retenue une bursite sous-acromiale. L'arthro-IRM du 12 décembre 2023 a objectivé une lésion perforante de 13 mm de diamètre du tendon sus-épineux, une déchirure étendue des fibres profondes du tendon sous-scapulaire sans rétraction, permettant la luxation du long biceps et un aspect émoussé du bourrelet glénoïdien. Un rapport relatif à des radiographies de l'épaule droite face du 12 décembre 2023 a conclu à une tendinite calcifiée des tendons supérieurs de la coiffe des rotateurs et à une ébauche ostéophyttaire de la glène. Le 14 décembre 2023, le Dr C._____ a mentionné une lésion de la coiffe des rotateurs et subluxation du long chef du biceps. Il a rappelé la teneur de l'échographie du 1^{er} décembre 2023. Le 18 décembre 2023, le chirurgien s'est également référé à l'arthro-IRM du 12 décembre 2023 et a préconisé une suture de la coiffe et une ténodèse du LCB par arthroscopie, intervention qui a eu lieu le 4 décembre 2024.

A l'aune de ces éléments, malgré un avis plus réservé du Dr G._____ (notion de « tendinopathie perforante manifestement dégénérative »), il appert que les examens médicaux ont mis en évidence des déchirures de tendons au niveau de l'épaule droite du recourant. On peut ainsi reconnaître la présence d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'article 6 alinéa 2 lettre f LAA. Il convient dès lors d'examiner si l'intimée a

apporté la preuve que la lésion du recourant était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

3.4.2 A ce propos, des conclusions diamétralement opposées sont ressorties des avis des Drs C._____ et D._____.

En substance, pour le Dr C._____, l'origine accidentelle des troubles est établie sur la base des éléments suivants : le processus accidentel, soit le fait d'avoir dû retenir un objet lourd avec le bras en position d'abduction flexion, le fait d'avoir entendu des craquements lors de l'événement et, plus particulièrement, l'aspect péri-opératoire ayant démontré une bonne qualité tendineuse. Le chirurgien a par ailleurs souligné que son patient lui avait rapporté n'avoir jamais souffert de l'épaule avant le 27 juillet 2023. Il estimait également que, tel qu'il apparaissait à l'IRM, l'aspect du tendon lésé était d'origine accidentel (cf. ses rapports des 19 janvier, 13 février et 22 mars 2024).

Au contraire, la Dresse D._____ a retenu l'origine prépondérante de l'usure, respectivement de la maladie. Dans son appréciation du 9 janvier 2024, elle a souligné que l'arthro-IRM du 12 décembre 2023 avait montré des troubles dégénératifs de deux des quatre tendons de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire) ainsi que du tendon du LCB dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire et involution graisseuse de stade I-II des muscles sus-épineux et sous-scapulaire, signant une atteinte chronique, qui correspondait à une pathologie évoluant depuis 24 à 46 mois selon la littérature. Dans un rapport très étayé du 15 avril 2024, elle a énuméré les atteintes dégénératives mises en évidence par les examens radiologiques (atteinte dégénérative du tendon du sus-épineux avec une tendinopathie calcifiante, ébauche ostéophyttaire au niveau de la glène, tendinopathie des sus-épineux et sous-scapulaire, arthrose acromio-claviculaire, atteinte dégénérative du bourrelet glénoïdien avec involution graisseuse des deux muscles des tendons susmentionnés). Elle a rappelé l'anatomie particulière du muscle sus-épineux et la perte de régularité des surfaces osseuses lors d'une atteinte dégénérative de l'articulation induisant une usure lors du contact avec le tendon du muscle sus-épineux, situé en-dessous. Elle a également souligné les mouvements susceptibles d'induire une lésion d'un ou de plusieurs muscles de la coiffe des rotateurs, mouvements non réalisés en l'occurrence ; en effet, selon la déclaration de sinistre du 27 juillet 2023, l'assuré avait déjà les bras en l'air lorsqu'il avait dû retenir le tuyau ayant lâché ; d'un point de vue pathophysiologique, ce mécanisme n'expliquait pas les lésions des muscles sus-épineux et sous-scapulaire.

La Dresse D._____ a ensuite exposé que la persistance de la bursite sous acromiale à distance de 4 mois du traumatisme signait une atteinte chronique et non aiguë. En effet, une contusion de l'épaule guérissait habituellement en 2-3 mois, soit, au plus tard le 27 octobre 2023 ; on ne devait dès lors plus retrouver de composante inflammatoire. Elle a ensuite longuement expliqué pour quels motifs les diverses constatations radiographiques signaient une atteinte dégénérative. La Dresse D._____ a ajouté qu'un traumatisme engendre une perte de force, laquelle n'avait jamais été décrite dans les différents rapports, alors qu'une tendinopathie provoque des douleurs, ce qui correspondait en revanche aux plaintes de l'assuré et avait constitué la raison de sa prise en charge médicale. De plus, l'évolution de l'atteinte, à savoir trois jours de douleurs, puis une amélioration durant plusieurs mois avec ensuite une seconde aggravation algique, était pathognomonique d'une atteinte dégénérative et non traumatique qui, elle, ne montrait pas une évolution en dents de scie. Pour la médecin d'arrondissement, il était finalement important de rappeler que la notion de « post-traumatique » (signifiant étymologiquement après le traumatisme), impliquait un lien de temporalité, mais pas forcément un lien de temporalité (*recte* causalité). Or, l'apparition de la douleur après l'événement confirmait, pour l'assuré, qu'il y avait certainement eu contusion, mais que cet événement avait démasqué une atteinte dégénérative préexistante, asymptomatique jusqu'au 27 juillet 2023.

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant s'est par ailleurs pas prévalu de réponses obtenues dans le cadre de l'expertise du 30 mai 2024 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Ce dernier a souligné qu'il n'existait aucune plainte à l'épaule droite antérieure à l'événement du 27 juillet 2023, de sorte qu'il estimait que l'affection était due de manière hautement vraisemblable aux séquelles de l'accident. Il estimait par ailleurs que, hormis une arthrose acromio-claviculaire, il ne ressortait du dossier radiologique aucune atteinte dégénérative, que l'involution graisseuse était limitée et l'espace sous-acromial non réduit. Le Dr E._____ s'est par ailleurs prévalu du mécanisme de l'accident (chute d'un tuyau sur l'intéressé alors qu'il démontait un réseau et volonté de le rattraper avec son bras droit). Rejoignant le Dr C._____, il a finalement souligné que le fait le plus important résidait dans la bonne qualité du tendon du sus-épineux (cf. également son rapport du 26 septembre 2024).

Dans son rapport du 5 août 2024, la Dresse D._____, appuyée par le Dr F._____ dans sa relecture de l'arthro-IRM du 12 décembre 2023, a confirmé une atteinte de trois des quatre tendons de la coiffe des rotateurs avec la présence d'une involution graisseuse

dont les stades de Goutallier pouvaient être évalués ainsi : muscle sus-épineux, stade II-III ; muscle sous-épineux, stade I ; muscle sous-scapulaire, stade II-III. La Dresse D._____ a relevé qu'un stade I de Goutallier signalait une pathologie évoluant depuis environ 24 mois, ce qui était nettement supérieur à l'intervalle entre le traumatisme et la date de l'arthro-IRM, soit de cinq mois entre fin juillet et mi-décembre 2023. L'atteinte musculaire ne concernait pas que le muscle sus-épineux mais également les muscles sous-scapulaires et sous-épineux dans une moindre mesure. L'atteinte de trois des quatre tendons de la coiffe était par ailleurs pathognomonique d'une problématique chronique.

3.4.3 S'agissant de l'absence de plaintes antérieures à l'événement mise en avant par le Dr E._____, on rappellera que 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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.

Compte tenu des avis discordants de la Dresse D._____ et des Drs C._____ et E._____, notamment quant à l'importance de l'aspect péri-opératoire et aux interprétations radiologiques divergentes, la Cour a mis en œuvre une expertise judiciaire auprès d'un spécialiste en orthopédie.

Au terme de cette dernière, il constate que le Dr G._____ a clairement démontré qu'il ressortait du dossier radiologique des lésions ne pouvant être que l'aboutissement de troubles dégénératifs évoluant depuis plusieurs années. En outre, se distançant expressément des Drs C._____ et E._____, l'expert a expliqué que le seul aspect opératoire des tendons était peu probant et que l'arthroscopie ne permettait pas une visualisation des structures musculo-tendineuses en profondeur comme pouvait le faire l'IRM. Par ailleurs, s'il admettait qu'une lésion du sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long biceps évoquait souvent une lésion traumatique, cela n'était toutefois le cas que si elle survenait de façon isolée et non pas dans le cadre de lésions concomitantes beaucoup plus étendues de la coiffe des rotateurs et de lésions articulaires acromioclaviculaires et gléno-humérales comme dans le présent cas. De surcroît, les lésions traumatiques isolées du sous-scapulaire et du long biceps nécessitaient une action vulnérante très différente, notamment une rotation interne vive contre résistance, action n'ayant pas été réalisée en l'occurrence (cf. l'état de fait rapporté dans son anamnèse). L'expert a exprimé en substance qu'il rejoignait

pleinement les constatations et conclusions de la Dresse D._____. Il a clairement énuméré les motifs pour lesquels il concluait que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite de ce patient et l'événement du 27 juillet 2023 était ici très peu probable et a souligné que son épaule droite était certainement déjà dans un état précaire bien avant l'événement. La symptomatologie aurait pu débuter n'importe quand de sorte qu'il s'agissait clairement d'un cas de causalité aléatoire. L'expert a conclu que, même si l'on admettait la présence d'une « déchirure de tendons » au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA (présence qu'il mettait en doute ; cf. *supra*), il fallait en toute hypothèse considérer que l'atteinte était ici due de manière hautement prépondérante voire exclusive à des troubles dégénératifs tels que l'usure ou la maladie. Au terme de son évaluation, l'expert a retenu les diagnostics de « status après arthroscopie de l'épaule droite le 04.01.2024 avec suture des tendons sus-et sous-scapulaire et ténotomie/ténodèse du long biceps avec évolution favorable » et de « status après troubles dégénératifs anciens ostéo-articulaires et de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite révélés (et non pas causés) par un effort brusque en élévation le 27 juillet 2023 ».

Finalement, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du 22 janvier 2026 remplit toutes les exigences énumérées par la jurisprudence. En effet, le Dr G._____, spécialiste d'une compétence reconnue en chirurgie orthopédique et traumatologique, a rendu ses conclusions en connaissance des rapports médicaux, notamment du dossier radiologique, émis depuis l'accident du 27 juillet 2023 ; il a dressé une anamnèse complète et s'est notamment attaché à éclaircir le déroulement exact de l'événement du 27 juillet 2023 et les habitudes professionnelles du recourant ; il a procédé à des examens approfondis et a pris acte des plaintes de l'assuré. Son exposé du contexte médical est cohérent, son appréciation de la situation médicale est claire ; il a exposé de manière étayée et convaincante pour quels motifs il y avait lieu de s'écarter des avis des Drs C._____ et E._____ et de conforter celui de la Dresse D._____. Ses conclusions ont été dûment motivées et emportent la conviction de la Cour.

Au terme de ces développements, il appert que c'est également à bon droit que l'intimée a retenu que les troubles du recourant relevaient de manière prépondérante de l'usure ou d'une maladie et, partant, ne pouvaient pas être prise en charge au titre des lésions assimilées prévues à l'article 6 alinéa 2 LAA.

4.

4.1 Mal fondé, le recours est rejeté.

4.2 Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 15 juin 2026