

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2026

Composition : M. TINGUELY, président
M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait depuis 1989 en tant que collaborateur de production au service de l'entreprise D._____ AG, et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les risques d'accidents professionnels et non-professionnels.

Le 23 mai 2024, à T***, alors qu'il était occupé au nettoyage d'une benne dans le cadre de son activité professionnelle, il a glissé en descendant un escalier et est tombé sur l'épaule droite (cf. déclaration de sinistre LAA du 27 mai 2024). Il a interrompu son travail le lendemain.

Le 24 mai 2024, l'assuré a consulté le F._____, où la Dre G._____, spécialiste en chirurgie, a décrit le déroulement de l'accident et les plaintes du patient en ces termes : « Patient de 61 ans qui consulte pour une douleur à l'épaule droite suite à une chute hier en descendant les escaliers avec réception sur l'épaule droite. Pas de prise d'antalgie. Patient droitier ». A l'examen clinique, la praticienne a constaté l'absence d'asymétrie, de lésion cutanée, d'œdème ou d'hématome. Elle a fait état d'une douleur à la palpation de la tête humérale, avec mobilisation passive en abduction et surélévation et intra-rotation limitée à cause de la douleur, alors que la force et la sensibilité étaient dans la norme. Une radiographie réalisée le même jour a montré une possible lésion de Hill-Sachs, ce qui a motivé la médecin à demander la réalisation d'un scanner (cf. rapport initial LAA du 26 juin 2024).

Dans un rapport de scanner de l'épaule droite du même jour, le Dr J._____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence d'une arthrose acromio-claviculaire majeure avec signes d'omarthrose. Constatant l'absence de fracture, il préconisait un complément d'examen par une IRM (imagerie par résonance magnétique) en cas de persistance des symptômes.

La CNA a pris en charge le cas (cf. courrier du 30 mai 2024).

Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 19 juin 2024, la Dre I._____, spécialiste en radiologie, a fait état de ses conclusions, comme suit :

« Rupture complète du supraépineux, moignon rétracté à l'aplomb de la tête humérale en lien avec un grade 2. Rupture complète du subscapulaire. Dégénérescence graisseuse de grade 2 selon Goutallier et amyotrophie modérée du supraépineux et du subscapulaire.

Fissure non transfixiante de l'infraépineux.

Subluxation interne du long biceps sans fissure transfixiante.

Ascension de la tête humérale en lien avec la rupture de la coiffe des rotateurs.

Arthrose acromio-claviculaire marquée hypertrophique. »

Le 3 juillet 2024, l'assuré a été examiné par la Dre K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport de consultation, daté du 19 août 2024, elle a posé le diagnostic de rupture massive du sus-épineux et du sous-scapulaire de l'épaule droite, pour lequel elle recommandait une réinsertion de la coiffe des rotateurs dans les meilleurs délais. Elle a également noté une atrophie graisseuse du [muscle] petit rond n'étant pas en lien avec l'accident.

Le 13 août 2024, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale, sous la forme d'une arthroscopie diagnostique de l'épaule droite, avec réinsertion du sus-épineux et du sous-scapulaire par voie mini-open (cf. protocole opératoire du même jour de la Dre K._____).

Dans un rapport d'appréciation brève du 2 octobre 2024, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la CNA, a considéré que l'événement du 23 mai 2024 n'avait probablement pas causé de lésion structurelle de l'épaule droite objectivable pouvant lui être imputée au degré de la vraisemblance prépondérante. En outre, l'opération avait porté sur des lésions qui n'étaient pas imputables à l'événement incriminé, la lésion massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite étant de nature dégénérative et préexistante à l'accident. Il retenait que ledit événement avait probablement provoqué une contusion simple de l'épaule droite - ayant déstabilisé un état pathologique

dégénératif avancé et préexistant - qui devait guérir sous traitement conservateur dans un délai maximal de trois mois.

Par décision du 14 octobre 2024, la CNA a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 15 octobre 2024, considérant qu'au-delà de trois mois après l'événement du 23 mai 2024, les troubles subsistants n'étaient plus en rapport avec celui-ci.

Par pli du 13 novembre 2024, l'assuré, représenté par Swiss Claims Network SA, a formé opposition contre la décision susmentionnée, en concluant à son annulation et à la reprise du versement des prestations.

Dans un rapport du 13 novembre 2024 adressé à la CNA, la Dre K. _____ a indiqué que l'assuré avait présenté une parésie fonctionnelle et des douleurs à la suite du traumatisme du 23 mai 2024. Elle faisait état d'une récupération excellente de la fonction de la coiffe des rotateurs après l'opération de réinsertion et exposait qu'il n'y avait, à son avis, pas de doute qu'il s'était agi d'une lésion traumatique au vu des caractères radiologiques ainsi que de la chronologie de cette blessure.

Par écrit du 6 décembre 2024, l'assuré a complété son opposition. Il a produit un avis sur dossier établi le 21 novembre 2024 par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel la déchirure massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, à charge notamment des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, était probablement imputable au traumatisme du 23 mai 2024.

Dans un rapport du 11 décembre 2024 répondant à un questionnaire de O. _____ SA, assureur perte de gain maladie de l'employeur, la Dre K. _____ a indiqué, en réponse à la question « Est-ce un cas de maladie ou d'accident ? », que « de [son] point de vue il s'[agissait] clairement d'un d'accident ».

Dans un rapport d'appréciation médicale 21 janvier 2025, le Dr M._____ a maintenu sa position après avoir examiné les nouvelles pièces médicales à disposition, singulièrement l'avis du Dr P._____.

Par décision sur opposition du 22 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 14 octobre précédent, mettant fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 14 octobre 2024.

B. Par acte du 19 février 2025, A._____, toujours représenté par Swiss Claims Network SA, a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que les prestations de l'assurance-accidents lui soient versées au-delà du 15 octobre 2024, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction, à charge pour elle de mettre en œuvre une expertise. Pour l'essentiel, le recourant a contesté la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil de la CNA, en se prévalant de l'avis du Dr P._____, dont il a produit un rapport complémentaire daté du 28 janvier 2025.

Dans sa réponse du 24 avril 2025, la CNA a conclu au rejet du recours, en se référant notamment à une appréciation médicale du 15 avril 2025 du Dr M._____, également annexée.

En réplique, le 26 mai 2025, le recourant a maintenu ses conclusions et a produit un nouveau complément d'avis du 23 mai 2025 du Dr P._____.

Dupliquant le 13 juin 2025, la CNA a maintenu sa position.

Dans de nouvelles déterminations du 20 juin 2025, le recourant a derechef maintenu ses conclusions.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'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 au-delà du 15 octobre 2024 pour les suites de l'accident du 23 mai 2024.

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 citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 4.3.3 et les références citées ; 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

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 citées ; 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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 citée ; 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).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, l'intimée a estimé que le droit du recourant au versement de prestations en lien avec l'événement du 23 mai 2024 - dont le caractère accidentel n'est pas contesté - devait prendre fin le 15 octobre 2024, les troubles persistants à l'épaule droite n'étant plus, à tout le moins à compter de cette date, en relation de causalité avec l'événement sus-évoqué.

L'intimée s'est à cet égard fondée sur l'appréciation du 2 octobre 2024 de son médecin-conseil, le Dr M._____, selon laquelle l'intervention chirurgicale effectuée le 13 août 2024 avait porté sur une lésion massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, qui était d'origine dégénérative et préexistante à l'événement du 23 mai 2024. Les rapports d'imagerie réalisés dans le mois qui avaient suivi cet événement - soit le scanner et l'IRM de l'épaule droite effectués respectivement le 24 mai

2024 et le 19 juin 2024 – avaient démontré l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire majeure avec signes d'omarthrose, respectivement une déchirure du sus-épineux, avec moignon rétracté à l'aplomb de la tête humérale, ainsi qu'une rupture complète du sous-scapulaire, avec une dégénérescence graisseuse de grade 2 selon Goutallier et une amyotrophie modérée. Ces lésions, d'une ampleur certaine, étaient présentes depuis de nombreux mois et étaient dès lors incompatibles avec une chute qui n'était survenue qu'un seul mois auparavant. Quant à la subluxation interne du long biceps, également mis en évidence par l'IRM du 19 juin 2024, elle était à mettre en lien avec une tendinopathie.

Cela étant, la chute subie par le recourant le 23 mai 2024 n'avait probablement provoqué qu'une contusion simple de l'épaule droite, qui avait déstabilisé un état pathologique dégénératif avancé et préexistant. Une contusion de l'épaule, à elle seule, était censée guérir sous traitement conservateur dans un délai maximal de trois mois.

b) Le recourant conteste cette approche. S'appuyant sur l'avis médical du Dr P._____, établi le 21 novembre 2024 et complété les 28 janvier 2025 et 23 mai 2025, il soutient que l'appréciation du Dr M._____ serait entachée d'imprécisions et de spéculations, de sorte qu'elle serait dépourvue de valeur probante.

Selon le Dr P._____, les lésions du tendon sous-scapulaire sont ainsi presque exclusivement attribuées à une cause traumatique, cela en raison de la position anatomique du tendon et à l'absence de frottement avec les tissus osseux. Il a par ailleurs justifié sa détermination en précisant que le mécanisme accidentel d'espèce était de nature à causer les lésions constatées, l'installation immédiate de douleurs et la présence d'une pseudo-paralysie plaidant effectivement en faveur d'une lésion traumatique. Dès lors, bien que l'épaule présentât un terrain dégénératif, l'accident du 23 mai 2024 avait causé une nouvelle lésion sur une partie du corps déjà blessée, de sorte que l'état actuel du recourant n'aurait jamais pu se manifester spontanément.

En conséquence, pour le Dr P._____, c'était bien l'accident du 23 mai 2024 qui avait rendu nécessaire l'intervention chirurgicale du 13 août 2024, puis la rééducation articulaire encore en cours.

c) En dépit des critiques du recourant, c'est toutefois à bon droit que l'intimée a accordé une pleine valeur probante à l'avis médical du Dr M._____, que ce dernier a complété les 21 janvier 2025 et 15 avril 2025.

aa) On observera à cet égard que les appréciations médicales établies par le médecin d'assurance traitent de manière circonstanciée le point litigieux, à savoir la question de la causalité naturelle des atteintes à l'épaule droite avec l'accident du 23 mai 2024. Ces appréciations - dont celle du 15 avril 2025 qui résulte d'une discussion collégiale au sein de la division de médecine des assurances de l'intimée - ont ainsi été établies en pleine connaissance du dossier, en particulier des rapports d'imagerie et des rapports des médecins traitants. Elles comportent du reste des conclusions claires, motivées et ne font état d'aucune contradiction intrinsèque.

En tant que le Dr P._____ laisse par ailleurs entendre, au travers de certaines de ses remarques et formulations, que, contrairement à lui, le Dr M._____ - qui est spécialiste FMH en médecine interne générale - serait insuffisamment qualifié en matière de chirurgie orthopédique, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_626/2021 du 29 janvier 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 et les références citées).

bb) Cela posé, dans ses appréciations des 21 janvier 2025 et 15 avril 2025, le Dr M._____ s'attache tout particulièrement à exposer les raisons pour lesquelles l'avis du Dr P._____ ne saurait être suivi.

Le Dr M. _____ a ainsi notamment rappelé que les imageries réalisées à la suite de l'accident du 23 mai 2024 laissaient apparaître des signes de dégénérescence qui n'étaient manifestement pas compatibles avec un traumatisme survenu qu'un seul mois auparavant. En particulier, l'IRM du 19 juin 2024 montrait déjà une dégénérescence musculaire de type Goutallier de stade 2, alors qu'un tel processus nécessitait habituellement au moins deux ans pour se développer après une rupture traumatique du sous-scapulaire. Or, le Dr P. _____ n'avait apporté aucune explication susceptible de remettre en cause ce constat, pourtant étayé par de nombreuses références à la doctrine médicale, alors que l'âge du recourant - à savoir 61 ans au moment de l'accident - et la profession, essentiellement manuelle, qu'il avait exercée depuis de nombreuses années, constituaient deux facteurs qui rendaient le recourant susceptible d'être porteur d'une lésion, par hypothèse asymptomatique, de la coiffe des rotateurs.

Face à ces éléments objectivés, le Dr P. _____ s'est limité à faire état de circonstances peu spécifiques ou insuffisamment établies, auxquelles il conférait une valeur absolue. Il en allait ainsi en particulier de la survenance d'un pseudo-paralysie, immédiatement après le traumatisme, qui n'était pas rendue vraisemblable au regard des rapports médicaux établis dans les suites directes de l'accident. Il est rappelé à cet égard que ce n'est que le lendemain de l'accident que le recourant avait cessé son travail et qu'il avait consulté le F. _____, sans qu'il fût alors fait état d'une impotence fonctionnelle totale de l'épaule, mais uniquement de douleurs qui n'avaient nécessité aucune antalgie. Or, ainsi que l'explique le Dr M. _____, une impotence fonctionnelle qui s'installe progressivement à distance de l'événement plaide plutôt contre une origine traumatique des lésions, mais bien en faveur d'une origine dégénérative.

De même, il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait été asymptomatique avant l'accident. En tant que le Dr P. _____ s'était référé sur ce point à un courrier que la Dre L. _____, médecin traitant, aurait adressée à la CNA le 9 novembre 2024 (mentionnant notamment ce qui suit : « avant sa chute de mai 2024, [le recourant] ne souffrait pas ou peu de son épaule droite »),

il est relevé, à la suite du Dr M._____, que l'utilisation de la locution « pas ou peu » laisse suspecter l'existence de plaintes antérieures à l'accident, alors que la médecin aurait simplement pu affirmer, si tel avait été effectivement le cas, que le recourant n'avait « pas » ou « jamais » souffert de son épaule. Au demeurant, on rappellera que le seul critère que des douleurs sont apparues à la suite de l'événement accidentel ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident et constitue un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* », dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*).

Le Dr P._____ ne pouvait, par ailleurs, rien déduire du mécanisme de l'accident, ni plus généralement des circonstances dans lesquelles il s'était produit. Comme l'a observé le Dr M._____, les documents au dossier ne mentionnent aucun mouvement parmi ceux qui sont connus pour être le plus souvent liés à une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, tels qu'une chute sur le bras tendu, écarté sur le côté ou vers l'arrière, un geste pour se retenir, ou l'arrêt réflexe d'un objet en train de tomber par une rotation externe brusque et forcée. Cela étant, la description qui est faite de la chute dans la déclaration d'accident LAA du 27 mai 2024, ainsi que par la Dre G._____ dans son rapport initial LAA du 26 juin 2024 relatif à la première consultation médicale consécutive à l'événement, paraît plutôt se rapporter à un choc direct sur l'épaule ensuite d'une glissade dans un escalier. Or, comme l'explique le Dr M._____ de manière crédible, il s'agit là d'un traumatisme peu susceptible de causer une rupture « massive » de la coiffe des rotateurs, *a fortiori* sur une épaule soi-disant saine ou peu atteinte.

cc) Compte tenu des considérations qui précèdent, il y a lieu d'admettre que les rapports du Dr P._____ ne permettent pas de remettre sérieusement en cause l'appréciation concluante du Dr M._____.

Il en va de même des rapports des 13 novembre et 11 décembre 2024 de la Dre K._____, dans lesquelles cette médecin se limite à faire

état d'une origine traumatique des lésions du recourant, sans étayer plus avant sa position.

d) En conclusion, il convient de retenir que l'accident survenu le 23 mai 2024 a entraîné une contusion de l'épaule droite du recourant, laquelle a décompensé un état pathologique dégénératif préexistant durant trois mois tout au plus, et que les troubles persistants à cette épaule au-delà de cette période ne sont plus en lien de causalité avec l'événement accidentel.

Dans ces conditions, l'intimée était fondée à cesser la prise en charge du cas du recourant au 15 octobre 2024.

6. Bien que le recourant n'ait pas formellement requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, mais uniquement conclu, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimée à charge pour celle-ci de mettre en œuvre une expertise, on observera néanmoins que le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 janvier 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 :

Du

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

- Swiss Claims Network SA, pour A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :