

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat, juge, et Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant,

et

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

Art. 4 et 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a été employé de janvier 2021 à avril 2022 au sein de la société D._____ Sàrl, à F***, en qualité de chef d'équipe. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 20 octobre 2021, sur un chantier à J***, l'assuré a glissé dans un talus, alors qu'il effectuait un travail de débroussaillage, et est tombé sur son épaule gauche. Il s'est retrouvé en incapacité totale de travailler à la suite de cet événement. Ce dernier a été annoncé le 27 octobre suivant à la CNA, laquelle a pris en charge ses suites.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a recueilli divers documents, dont :

- ☐ un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche du 30 novembre 2021, lequel mettait en évidence un aspect de fissure transfixiante de l'enthèse du supra-épineux ;
- ☐ un rapport du 18 février 2022 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, lequel exposait que son patient présentait des douleurs évaluées jusqu'à 7/10 depuis sa chute, tout en précisant, d'une part, que les mobilités étaient presque complètes et, d'autre part, que l'examen de la coiffe des rotateurs montrait un léger défaut de force du supra-épineux et de l'infra-épineux, sans anomalie du sub-scapulaire ;
- ☐ un rapport manuscrit du 1^{er} mars 2022 du Dr L._____, médecin généraliste, en partie illisible, lequel certifiait notamment que l'assuré avait été victime, le 20 octobre 2021, d'un accident du travail, avec traumatisme sévère de l'épaule gauche et lésion tendineuse sur rupture du tendon sus-épineux ;
- ☐ un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 5 juin 2022, lequel révélait une déchirure non transfixiante incomplète interstitielle (intra-substance), d'épaisseur inférieure à 50 %, du tendon du supra-épineux, sans rétraction tendineuse ni bursite sous acromiale, une

apparition de kystes au niveau périlabral postérieur (le plus grand de 4 mm, sans extension à l'échancrure spinoglénoïdienne), témoignant d'une déchirure labrale postérieure transfixiante, et une surcharge sur l'articulation acromio-claviculaire à caractère légèrement inflammatoire ; et

- un rapport du 16 juin 2022 du Dr K._____, lequel préconisait d'éviter le port de charges lourdes, ainsi que tout effort trop intense susceptible d'aggraver la lésion.

Dans un avis du 30 août 2022, la Dre H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a déclaré que l'assuré présentait des lésions préexistantes à sa chute, en octobre 2021, soit une tendinopathie de l'enthèse du tendon du supra-épineux et une importante arthropathie acromio-claviculaire dégénérative. Le sinistre n'avait pas entraîné de lésions structurelles, mais une contusion bénigne de l'épaule gauche, qui avait, tout au plus, décompensé de manière transitoire des atteintes de nature dégénérative. L'événement du 20 octobre 2021 avait ainsi totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 17 février 2022, dans la mesure où, à cette date, la mobilité de cette articulation était quasi normale en actif et normale en passif.

Par décision du 21 septembre 2022, la CNA a clos le cas de l'assuré au 9 octobre 2022 et a mis fin aux prestations d'assurance à cette même date.

Le 8 octobre 2022, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a joint un rapport établi le 4 octobre 2022 par le Dr L._____, lequel attestait que les troubles actuels de son patient, à savoir une perte de la force de préhension de la main gauche, étaient directement en rapport avec les lésions occasionnées par la chute, en octobre 2021.

Par décision sur opposition du 20 janvier 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Le 23 février 2023, A._____ a recouru à l'encontre de cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation, au rétablissement du versement des prestations de l'assurance-accidents après le 9 octobre 2022, à son « *intégration au centre de rééducation à N**** » et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par réponse du 27 mars 2023, la CNA a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 18 avril 2023, l'assuré a produit – entre autres pièces – un rapport manuscrit d'avril 2023 du Dr L._____, lequel était en grande partie illisible, et un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 15 avril 2023, lequel faisait état d'une tendinopathie supra-épineuse, avec zones de clivage sans lésion transfixiante, tout en excluant d'autre anomalie significative des tendons de la coiffe des rotateurs ou une amyotrophie.

Par duplique du 10 mai 2023, la CNA a maintenu ses conclusions.

Par arrêt du 11 juillet 2024 (en la cause ZA23.***), la Cour de céans a admis le recours de l'assuré et renvoyé le dossier à la CNA pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

C. Reprenant l'instruction de la cause, la CNA a informé l'assuré, par courrier du 24 octobre 2024, qu'un mandat d'expertise allait être confié au Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à P***.

Par courriel du 13 novembre 2024 à la CNA, l'assuré s'est opposé au fait que l'expertise soit menée dans le canton de P***. Il a, par ailleurs, communiqué une série de questions à l'attention de l'expert.

Par courrier du 21 novembre 2024, la CNA a annoncé à l'assuré que l'expertise allait finalement être réalisée par le Dr Q._____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, à C***.

Par rapport d'expertise du 6 mars 2025, le Dr Q._____ a posé les diagnostics de faiblesse subjective du membre supérieur gauche sans substrat anatomique objectivable, de status après contusion postéro-latérale de l'épaule gauche (le 21 [recte : 20] octobre 2021), avec limitation fonctionnelle douloureuse transitoire de plusieurs mois, et d'arthrose acromio-claviculaire et conflit sous-acromial chronique, avec tendinopathie interstitielle du sus-épineux, ancienne, n'expliquant pas les plaintes. Selon lui, le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule gauche présentés par l'assuré et l'événement d'octobre 2021 était très peu probable, ce dernier n'ayant fait que révéler un état pathologique préexistant. Seul le diagnostic de contusion bénigne de cette articulation pouvait être retenu en lien avec ce sinistre. Aussi, dans l'immense majorité des cas, ce type d'atteinte guérissait sans séquelle, dans un délai de moins de trois mois, de sorte que le *statu quo sine* avait été retrouvé au plus tard à cette échéance.

Par courrier du 13 juin 2025, l'assuré s'est déterminé sur le rapport du Dr Q._____, alléguant que celui-ci comportait des « *inexactitudes* » et des « *incohérences* ». Il a, en outre, objecté que l'expert n'avait pas répondu à ses questions supplémentaires.

Par complément d'expertise du 28 août 2025, le Dr Q._____ a répondu aux questions de l'assuré, reconnaissant, à cet égard, un oubli de sa part.

Par décision du 16 septembre 2025, la CNA a, à nouveau, mis fin au versement des prestations d'assurance au 9 octobre 2022 au soir.

Le 16 octobre 2025, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Par décision sur opposition du 20 mars 2026, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

D. Le 20 avril 2026, A._____ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la reprise de l'allocation des prestations d'assurance au-delà du 9 octobre 2022, de même qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a, en substance, contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr Q._____. Il a, au demeurant, reproché à la CNA des manquements sur le plan procédural, en mandatant initialement un expert exerçant dans le canton de P***, en n'ordonnant pas d'examens médicaux complémentaires et en refusant sa demande de contre-expertise formulée dans un courrier du 8 juillet 2025.

Par réponse du 5 mai 2026, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant, au surplus, au contenu de la décision sur opposition attaquée.

En droit :

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

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 9 octobre 2022 pour les suites de l'événement du 20 octobre 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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

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

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

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif

préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c 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 tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGa, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime, le 20 octobre 2021, d'une chute dans un talus, alors qu'il réalisait un travail de débroussaillage, et est tombé sur son épaule gauche. L'intimée a pris en charge les conséquences de cet événement, sous la forme du versement d'indemnités journalières et du paiement des frais de traitement. Elle a toutefois mis fin à l'octroi de ces prestations au 9 octobre 2022. Se fondant – à la suite du renvoi du dossier ordonné par la Cour de céans dans son arrêt du 11 juillet 2024 – sur le rapport d'expertise du 6 mars 2025 du Dr Q._____ et son complément du 28 août 2025, elle a estimé que les troubles à cette articulation encore présents chez l'assuré n'étaient plus en lien de causalité

avec le sinistre, dans la mesure où le *statu quo sine* avait été atteint trois mois après celui-ci.

Le recourant, pour sa part, a affirmé avoir constaté des « *inexactitudes* » et des « *incohérences* » dans l'expertise susmentionnée, tout en accusant cette dernière de s'être « *basée sur des suppositions, et des approximations qui ne pouv[ai]ent pas être démontr[ées] de façon probante et irréfutable* ». Il a, de plus, reproché à l'intimée des manquements sur le plan procédural.

b) Cela étant, il n'est pas contesté que l'événement du 20 octobre 2021 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPG. Seule est litigieuse la question du rapport de causalité entre ce sinistre et les atteintes à l'épaule gauche. Sur ce point, Dr Q. _____ a déclaré que la chute avait certainement révélé un état pathologique préexistant de nature dégénérative, soit notamment une arthrose acromio-claviculaire gauche, des signes de conflit sous-acromial chroniques et une tendinopathie interstitielle non perforante de la coiffe des rotateurs. L'accident n'avait, au final, été responsable que d'une contusion bénigne, laquelle guérissait en moins de trois mois, sans séquelle.

c) Aussi, rien ne permet de remettre en doute les conclusions de l'expert. Ce dernier a, en effet, traité les points litigieux de manière circonstanciée, à savoir la question du lien de causalité naturelle entre l'accident d'octobre 2021 et les troubles à l'épaule gauche. Son rapport s'est, en outre, fondé sur des examens orthopédiques complets – menés le 18 février 2025 – des deux épaules et des membres supérieurs, tout en proposant une anamnèse socio-professionnelle et médicale exhaustive. Il a été établi en pleine connaissance des pièces au dossier, dont des divers résultats d'imagerie et des rapports des Drs L. _____ et K. _____. Les plaintes exprimées par le recourant en lien avec une faiblesse du membre supérieur gauche, des douleurs à la face latérale de l'épaule gauche et la mobilité de cette articulation ont, par ailleurs, été prises en compte dans l'analyse. L'expert a, pour finir, décrit la situation médicale de façon claire et bien motivé ses conclusions. A ce titre, il a listé les différentes raisons

pour lesquelles un tel lien de causalité naturelle était très peu probable. Il a ainsi expliqué que, premièrement, les lésions purement dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient de plus en plus fréquentes arrivées à l'âge de l'assuré. Deuxièmement, l'action vulnérante, soit une contusion dorsolatérale de l'épaule gauche, coudes au corps, n'était pas apte à solliciter les tendons de la coiffe des rotateurs au-delà de leur point de rupture, tandis qu'un simple choc était à même de révéler des troubles dégénératifs préexistants à ce niveau. L'IRM initiale de novembre 2021, ainsi qu'une radiographie réalisée le jour de l'accident à l'Hôpital I. _____ n'avaient, troisièmement, montré aucune lésion anatomique de nature traumatique, mais toute une série de lésions qui ne pouvaient être que l'aboutissement de troubles dégénératifs évoluant sur plusieurs années (plus précisément, une arthrose acromio-claviculaire, avec remaniement scléro-géodique modérément inflammatoire, des signes de conflit sous-acromial chronique, avec remaniement scléreux du bord acromial et du sommet du trochiter, et une tendinopathie interstitielle hétérogène non perforante ni inflammatoire du sus-épineux). Quatrièmement, les IRM de contrôle effectuées en juin 2022 et en avril 2023 attestaient du caractère non évolutif des atteintes dégénératives. L'examen clinique avait, cinquièmement, souligné une bonne récupération fonctionnelle de l'épaule gauche et, sixièmement, des incohérences manifestes entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectivables, notamment une excellente musculature et des marques de travail normales aux deux mains, lesquelles témoignaient de leur utilisation en force, avaient été notées.

d) Les quelques « *inexactitudes* » – mises en évidence par le recourant dans son courrier du 13 juin 2026 – en lien avec l'anamnèse dressée dans le rapport d'expertise sont sans incidence sur la valeur probante de ce dernier. En effet, le fait que l'assuré ait vécu en Suisse entre 2006 et 2007, qu'il ait six enfants, dont un vivant chez sa mère, dans le G***, que sa corpulence ait été décrite comme athlétique, sans plus de précisions sur son poids et sa taille, et que « *les chiffres relatifs à la pince digito-palmaire ne correspondent[ai]ent pas à ceux qu[il avait] pu observer* » constitue des circonstances secondaires, qui ne sont, en soi, pas susceptibles d'influer sur les développements médicaux et les conclusions

du Dr Q._____. Le recourant n'a, de surcroît, jamais précisé la nature des « *incohérences* » dont il a fait état dans ce même courrier, se limitant à soutenir qu'elles concernaient le questionnaire final du rapport d'expertise. Pour le reste, si le Dr Q._____ n'a effectivement pas répondu, dans son rapport du 6 mars 2025, aux questions que l'assuré avait envoyées à l'intimée en novembre 2024, il les a finalement traitées dans son complément du 28 août 2025.

e) On ne saurait, au demeurant, reprocher à l'intimée un quelconque manquement sur le plan procédural. S'agissant du fait que le mandat d'expertise ait d'abord été confié à un spécialiste exerçant dans le canton de P***, il y a lieu d'indiquer que l'art. 44 LPGa ne requiert pas qu'une telle mesure d'instruction soit menée au lieu qui serait le plus arrangeant pour la personne assurée. Néanmoins, l'intimée a, en fin de compte, satisfait la demande de l'assuré, en attribuant ce mandat au Dr Q._____, à C***, si bien que ce grief est sans objet. Cette autorité n'était, qui plus est, pas tenue d'accomplir des mesures d'instruction supplémentaires, dès lors que l'expert avait en sa possession tous les résultats d'imagerie et rapports médicaux utiles pour se prononcer sur la question – litigieuse – du lien de causalité en toute connaissance de cause. A cet égard, si le recourant estimait que le dossier était incomplet, il lui appartenait de produire les éléments médicaux qu'il jugeait pertinents, ce qu'il n'a toutefois pas fait.

f) Notons encore que le recourant ne disposait pas du droit d'exiger de l'intimée la mise en œuvre d'une « *contre-expertise* », étant donné qu'une pleine valeur probante avait été reconnue à l'expertise du Dr Q._____ (cf. Jacques Olivier Piguet, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 10 *ad* art. 43 LPGa).

g) Il sied enfin de rappeler que la Cour de céans statue sur la base de la vraisemblance prépondérante, applicable en droit des assurances sociales. Il n'est, de la sorte, pas nécessaire d'apporter la preuve

« *irréfutable* » de la survenance d'un fait pour plaider l'exactitude d'une allégation dans ce domaine (cf. *supra* consid. 3b et 4a).

h) Partant, au regard de ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'accident du 20 octobre 2021 avait cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après sa survenance et a donc mis fin à l'allocation des prestations d'assurance le 9 octobre 2022 au soir. Pour cette même raison, la question de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sort de l'objet du litige.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 20 mars 2026 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mars 2026 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 :

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :