

VS_GERICHTE S2 21 114 vom 30. Juni 2023

VS Kantonsgericht, 2023-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 21 114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_114)

FR: VS_GERICHTE S2 21 114 du 30 juin 2023

IT: VS_GERICHTE S2 21 114 del 30 giugno 2023

Regeste

S2 21 114 JUGEMENT DU 30 JUIN 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Laure Panchard, avocate, 1920 Martigny 1 contre ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, intimée, représentée par Allianz Suisse, 1211 Genève 28 (art. 6 LAA ; causalité naturelle)

Erwägungen

E. 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 Remis à la poste le 21 octobre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 23 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (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 qu'il convient d'entrer en matière.

- 8 -

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec ses troubles à l'épaule droite au-delà du 25 mai 2017.

E. 2.1

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La lettre f de cette liste mentionne les déchirures de tendons. La jurisprudence considère qu'une rupture de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b ; arrêt 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.5). Dans la mesure où l'assurance-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGA, le litige doit être examiné sur la base de l'article 6 alinéa 1 LAA, même en présence d'une lésion corporelle au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

- 9 - fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb). En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour imputable ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 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). 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). 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 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'évènement assuré. 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; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

E. 2.3

S'agissant de l'article « Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette », publié au Swiss Medical Forum 2019 (p. 260 ss) et rédigé par

- 10 - les Professeurs Alexandre Lädermann, Bernhard Jost, Dominik Weishaupt, Matthias Zumstein et Me Didier Elsig, le Tribunal fédéral a constaté que ces auteurs partaient du principe qu'une lésion de la coiffe des rotateurs pouvait survenir en cas de lésion traumatique directe de l'épaule (chute, contusion, coup). Toutefois, dans la mesure où cette opinion n'avait été ni justifiée ni scientifiquement prouvée, le Tribunal fédéral a retenu que cet article ne constituait pas une base de décision suffisante (arrêt 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2.2 et 5.2.3). Dans l'arrêt non publié 8C_167/2021 du 16 décembre 2021, au considérant 4.1, notre Haute Cour a précisé que la question de savoir si et dans quelle mesure les traumatismes par impact, tel une chute, étaient aptes à déclencher ou à provoquer des lésions de la coiffe des rotateurs faisait l'objet de controverses dans la littérature médicale récente, que la position du groupe d'experts suisses en chirurgie de l'épaule et du coude de Swiss Orthopaedics, nommés ci-dessus, était loin de faire l'unanimité et qu'il convenait plutôt de discuter d'un point de vue médical les différents aspects plaidant pour ou contre une genèse traumatique et d'établir un état de fait qui soit au moins majoritairement vraisemblable.

E. 2.4

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 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). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid.

- 11 - 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes 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 9C_106/2011 précité 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 précité consid. 7). 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 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1) 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

- 12 - 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 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 U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

E. 2.5

Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si Allianz était fondée à refuser la prise en charge du cas après le 25 mai 2017, soit trois mois après l'événement, car le statu quo sine aurait, selon elle, été atteint. Pour arriver à cette conclusion, l'intimée s'est basée sur les appréciations de deux de ses médecins-conseil, les Drs E _____ et K _____, ainsi que sur l'expertise du Dr F _____, lesquels retiennent que les troubles de l'épaule droite présentés par l'intéressé sont d'origine dégénérative. A l'inverse, le recourant se prévaut des avis de son médecin traitant, le Dr A _____, des Drs B _____ et D _____ ainsi que des Drs G _____ et H _____, selon lesquels ses lésions à l'épaule droite seraient d'origine traumatique. A la lecture des pièces au dossier, il appert que le recourant ne peut pas être suivi. En effet, dans leur rapport du 16 mars 2018, les Drs B _____ et D _____, médecin-chef et chef de clinique du service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital de L _____, ont uniquement relevé qu'un ultrason réalisé par le médecin traitant de l'assuré avait montré des calcifications très importantes dans le

tendon du supra-épineux et préconisé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule droite afin de compléter le bilan (pièces 4 et 5). En revanche, ces médecins ne se sont aucunement prononcé sur la question de la causalité entre l'accident de ski du 25 février 2017 et les lésions mises en évidence par cette arthro-IRM, réalisée le 13 mars 2018, soit notamment une rupture des fibres articulaires du sus-épineux sans rupture tendineuse complète, de sorte que leur rapport n'est d'aucun secours au recourant. De même, dans son rapport du 12 septembre 2018, le Dr A _____, médecin traitant de l'intéressé, ne fait qu'indiquer que la lésion du sus-épineux mise en évidence par l'arthro-IRM susmentionnée serait la conséquence de l'événement du 25 février 2017 et que les calcifications décrites dans la partie supérieure du tendon du long chef du biceps par l'échographie du 19 décembre 2017 ne seraient pas nécessairement le signe d'une atteinte dégénérative de cette épaule, sans développer son propos ni motiver ses conclusions. En particulier, le Dr A _____ se contente d'écarter une origine

- 13 - dégénérative de la lésion de l'épaule, sans donner de raisons à la présence de calcifications objectivées par l'imagerie de décembre 2017, et de fonder son avis sur celui du Dr B _____, qui a retenu le diagnostic de lésion du supra-épineux transfixiante de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps suite à l'arthro-IRM du 13 mars 2018. Or, si les lésions mises en évidence par cette imagerie ne sont pas contestées, force est de rappeler que le Dr B _____ ne s'est pas déterminé quant à la question de la causalité entre ces lésions et la chute à ski de l'assuré. A cela s'ajoute qu'en sa qualité de médecin traitant, le Dr A _____ a une relation de confiance particulière avec son patient, ce qui, selon la jurisprudence citée ci-dessus (cf. supra consid. 2.4), peut influencer son objectivité, de sorte que ce rapport ne saurait à lui seul présenter une valeur probante suffisante pour retenir un lien de causalité entre les lésions mises en évidence par l'arthro-IRM du 13 mars 2018 et l'accident de ski du 25 février 2017. S'agissant de l'expertise privée des Drs G _____ et H _____, médecin chef et médecin assistante à l'Hôpital universitaire de I _____, ces derniers ont retenu que les symptômes apparus immédiatement après la chute du 25 février 2017 et décrits par l'intéressé (impossibilité de dormir sur l'épaule droite et douleurs lors du port de charges) étaient typiques d'une déchirure de la coiffe des rotateurs, que les lésions présentées par l'assuré à l'épaule droite étaient en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec la chute susmentionnée et qu'une rupture de la coiffe des rotateurs pouvait impliquer une incapacité de travail d'environ 6 à 9 mois pour un agriculteur. Or, non seulement les symptômes décrits par l'intéressé ne sont que de simples plaintes subjectives, mais il appert au surplus que malgré la gêne ressentie au niveau de l'épaule, l'assuré a pu continuer son travail normalement et n'a consulté aucun médecin avant le 14 décembre 2017, soit près de 10 mois après son accident de ski. Par ailleurs, ces médecins fondent leur diagnostic sur la nouvelle lecture de l'arthro-IRM du 13 mars 2018 faite par leur collègue le Dr J _____, lequel a attesté l'existence d'une rupture de la coiffe des rotateurs et a affirmé qu'elle était d'origine traumatique. Toutefois, il ressort du rapport d'expertise du 24 juin 2020 que le Dr J _____ ne fournit aucune explication quant à l'origine traumatique retenue, se contentant d'indiquer que l'imagerie de mars 2018 ne montrerait aucun signe de rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs, mais faisant fi de l'imagerie de décembre 2017 qui a mis en évidence des calcifications très importantes dans la partie supérieure du tendon du long chef du biceps. De plus, les Drs G _____ et H _____ motivent l'existence d'un lien de causalité par le fait que l'intéressé n'avait jamais souffert de l'articulation de l'épaule droite avant sa chute à ski, et ce malgré son

activité professionnelle d'agriculteur. Eu égard à la jurisprudence

- 14 - topique (cf. supra consid. 2.2), ce raisonnement « post hoc ergo proptem hoc » ne saurait suffire à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Enfin, les médecins de l'Hôpital universitaire de I _____ se sont principalement basés sur un article du groupe d'experts suisses pour l'épaule et le coude de Swiss Orthopaedics pour retenir que les lésions objectivées par l'arthro-IRM du 13 mars 2018 étaient d'origine traumatique plutôt que dégénérative. Or, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 2.3), cette littérature est loin de faire l'unanimité et le Tribunal fédéral a considéré que cet article ne constituait à lui seul pas une base de décision suffisante et qu'il convenait plutôt de discuter d'un point de vue médical les différents aspects plaidant pour ou contre une genèse traumatique, ce que les Drs G _____ et H _____ n'ont manifestement pas fait. A l'inverse, les médecins-conseil de l'intimée ont expliqué de manière claire et détaillée pour quelles raisons la lésion de l'épaule droite était d'origine dégénérative et non traumatique. En effet, dans son rapport du 4 juillet 2018, le Dr E _____ a relevé que dans le cas d'une rupture franche de la coiffe des rotateurs, il était habituellement constaté un tableau de pseudo-paralysie du bras ou d'hématomes importants justifiant une consultation médicale rapprochée, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce puisque l'assuré avait pu continuer à travailler normalement et n'avait consulté son médecin traitant que dix mois plus tard, date à partir de laquelle une incapacité de travail avait été attestée. Il a ajouté que les calcifications mises en évidence par l'imagerie de décembre 2017 constituaient des signes génératifs préexistants témoignant d'un tableau de tendinopathie chronique, raison pour laquelle le diagnostic de simple contusion d'épaule devait être posé pour l'événement du 25 février 2017, et que la rupture de la coiffe des rotateurs mise en évidence secondairement était de façon probable de type dégénératif. Quant au Dr K _____, il a indiqué dans son rapport du 1er mars 2021 que le temps de latence entre la chute à ski en février 2017 et la première consultation au mois de décembre suivant parlait en défaveur d'un lien de causalité entre cet accident et les lésions fonctionnelles visibles sur l'arthro-IRM du mois de mars 2018, dans la mesure où une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs induisait immédiatement une limitation fonctionnelle et des douleurs graves, pour lesquelles un lésé allait en principe tout de suite consulter. De même, une telle rupture provoquait presque toujours une incapacité de travail, alors que l'intéressé avait pu continuer à travailler pendant près de 10 mois avant que son médecin traitant n'atteste une incapacité de travail. Le Dr K _____ a ajouté que les altérations mises en évidence par l'ultrason réalisé le 19 décembre 2017 correspondaient à une tendinite calcifiante, ce qui représentait un état maladif, et que l'imagerie du 13 mars 2018 n'avait mis en évidence que des lésions

- 15 - dégénératives (arthrose acromio-claviculaire, rupture partielle du sus-épineux, tenosynovite du long chef du biceps) et constitutionnelles (acromion de type III), l'arthrose acromio-claviculaire exerçant un effet de masse sur le sus-épineux, ce qui expliquait la rupture partielle du tendon par impingement, aggravé par le type III d'acromion. Enfin, ce médecin-conseil a expliqué de manière très précise pour quelles raisons les conclusions des médecins de l'Hôpital universitaire de I _____ ne pouvaient pas être suivies, soit en substance car ils appliquaient un raisonnement « post hoc ergo proptem hoc » et qu'en outre la littérature sur laquelle ils s'appuyaient était très contestée. S'agissant enfin du rapport d'expertise 6 novembre 2019 du Dr F _____, ce spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a notamment retenu les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs

aux deux épaules et d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, et conclu qu'une relation de causalité naturelle entre l'accident de février 2017 et les troubles constatés à l'épaule droite, soit ceux touchant la coiffe des rotateurs, paraissait hautement, voire très hautement, improbable, dans la mesure où, dans le cas de l'assuré, l'action vulnérable subie avait été une contusion directe lors de la réception au sol, insuffisante pour déchirer un tendon de la coiffe des rotateurs, ce qui était confirmé par l'absence d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur lésé dans les suites immédiates du traumatisme en question, l'absence d'enflure, voire d'un hématome régional ainsi qu'une brève période de médication antalgique simple et aucune prise en charge médicale immédiate. La Cour constate que ce rapport répond à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a notamment fait l'objet d'une étude circonstanciée, s'est fondé sur l'ensemble des avis présents au dossier, ainsi que sur un bilan radiologique complémentaire et un examen personnel de l'assuré, et comporte des conclusions dûment motivées, le Dr F _____ ayant par ailleurs expliqué de manière détaillée la différence entre les lésions traumatiques et dégénératives (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a). En outre, l'avis de ce spécialiste, selon lequel pour la seule contusion bénigne du 25 février 2017 le délai de résolution des symptômes était de 3 à

E. 4

mois au maximum (statu quo sine), est corroboré non seulement par le Dr E _____, mais aussi par le Dr K _____, médecins-conseil dont les rapports bénéficient également d'une pleine valeur probante. Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas. Dès lors, faute d'éléments pertinents permettant de mettre en lien les troubles de l'assuré à l'épaule

- 16 - droite avec l'accident du 25 février 2017, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet au 26 mai 2017. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée. 3. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f bis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 30 juin 2023

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