

S2 23 104

ARRÊT DU 4 AOÛT 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Christophe Joris et Dr Thierry Schnyder, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Philippe Loretan, avocat, à Sion

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, intimée

(fin des indemnités journalières ; statu quo sine vel ante)

Faits

A. X _____, né le xx.xx.xxxx, travaillait depuis le 1^{er} novembre 2020 auprès de A _____ Sàrl et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après : Zurich).

B. Le 21 mai 2021, son employeur a annoncé qu'il avait chuté sur un chemin verglacé durant son temps de travail le 12 février 2021 et s'était blessé à l'épaule droite (pièce 24). Le contrat de travail a pris fin au 31 mars 2021 (cf. courriel de l'employeur du 7 février 2022, pièce 49).

Dans le cadre de l'instruction, Zurich a recueilli les documents suivants :

- le rapport de la radiographie réalisée à l'Hôpital de B _____ le 2 mars 2021, qui concluait à l'absence de lésion osseuse focale suspecte ou traumatique et montrait des signes de tendinopathie chronique débutante au trochiter huméral, sans calcification tendineuse de la coiffe des rotateurs et une omarthrose *a minima* avec minime sclérose de la glène ;
- le compte-rendu de l'infiltration de l'articulation gléno-humérale et de la bursite de l'articulation acromio-claviculaire du 29 mars 2021, avec comme indication une capsulite rétractile et une arthropathie de l'articulation acromio-claviculaire (AAC) droite ;
- le rapport de l'IRM du 27 mai 2021 montrant (1) un dysmorphisme de la glène postérieure ne pouvant pas exclure une fracture en cours de consolidation et méritant un CT-scan complémentaire, mais pouvant correspondre, comme diagnostic différentiel, à des remaniements dégénératifs dans un contexte de micro-instabilité gléno-humérale, (2) une encoche de la corticale osseuse de la tête fémorale postéro-supérieure ne pouvant pas exclure l'origine traumatique, mais avec des phénomènes d'enthésopathie existant comme diagnostic différentiel, (3) une tendinopathie du sus-épineux superficielle avec déchirure postérieure, (4) une tendinopathie proximale du tendon long chef du biceps avec possible lésion longitudinale, (5) des signes d'une lésion de type SLAP avec kyste paralabral et (6) une synovite inflammatoire gléno-humérale ;
- les résultats du CT-scan du 7 juin 2021 concluant à l'absence de lésion traumatique aiguë et à la présence de remaniements d'allure séquellaire du bord

postérieur de la glène, avec ancienne fracture avulsion de son bord postéro-supérieur et géode sous-chondrale postéro-inférieure.

Le 14 septembre 2021, l'assuré a été reçu en consultation d'orthopédie par le Dr C _____, médecin chef du Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital de B _____. Celui-ci a noté qu'une IRM du 10 septembre 2021 avait mis en évidence une lésion du bourrelet postérieur de la glène ainsi qu'une lésion SLAP (Superior Labral Antero-Posterior Lesion). Au terme de son examen, il a posé le diagnostic d'instabilité postérieure de l'épaule droite, organisé un scanner et prescrit la poursuite de la physiothérapie (pièce 47).

Dans un rapport du 15 octobre 2021, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, a expliqué qu'il avait examiné celui-ci les 26 mai, 2 et 11 juin 2021 et que l'IRM avait suspecté une fracture du bord de la glène, raison pour laquelle un scanner avait été effectué. A cet égard, il a indiqué : « Le scanner a bien confirmé les séquelles d'une ancienne fracture du bord postéro-supérieur de la glène avec géode sous-chondrale postéro-inférieure. Dans ce contexte, on peut confirmer des séquelles d'une ancienne lésion, néanmoins qui ne semble pas être en rapport avec le traumatisme du mois de février de la même année » (pièce 34). Il a attesté une incapacité de travail de 50% du 18 octobre au 31 décembre 2021 (pièce 36) puis jusqu'au 2 février 2022 (pièce 42).

C. Lors de la consultation d'orthopédie du 14 décembre 2021, le Dr C _____ a relevé que le scanner avait mis en évidence des signes d'instabilité postérieure, avec une arthrose débutante. Il a posé les diagnostics d'instabilité postérieure de l'épaule droite et d'arthropathie acromio-claviculaire droite, symptomatique, et a proposé une prise en charge chirurgicale sous forme d'une reconstruction du ligament gléno-humérale inférieur, associée à une résection de la clavicule distale (pièce 48).

Le 16 février 2022, Zurich a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a estimé, à la lecture du rapport du Dr C _____, que le lien de causalité entre le traumatisme et les troubles constatés était pour le moins probable (pièce 129).

Lors de la consultation du 5 avril 2022, le Dr C _____ a expliqué à l'assuré qu'un travail physique n'était plus possible et qu'il devait entamer des démarches auprès de l'assurance-invalidité en vue d'une reconversion. Il a attesté une incapacité de travail totale du 5 avril au 17 mai 2022 (pièce 59).

Le 10 mai 2022, il a constaté que les radiographies effectuées le 5 avril 2022 avaient confirmé une omarthrose débutante, une rétroversion de la tête humérale, une abrasion du rebord postéro-supérieur de la glène, un fragment osseux vers la glène, un Hill Sachs reverse et une arthrose acromio-claviculaire (pièce 72). Il a expliqué les tenants et aboutissants de l'opération et a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 15 juin 2022 (pièce 71).

L'assuré a été hospitalisé du 14 au 18 juin 2022 (pièce 8 et 70) et opéré le 15 juin 2022 (pièce 90). A sa sortie, l'incapacité de travail totale a été prolongée jusqu'au 26 juillet 2022 (pièce 74).

Dans un rapport du 21 juin 2022, le Dr D _____ a indiqué que la récupération prendrait deux à trois mois et a précisé qu'il avait attesté les incapacités de travail suivantes : 50% du 18 octobre 2021 au 15 février 2022, 100% du 16 février au 28 février 2022, 90% du 1^{er} mars au 30 avril 2022 (pièce 75).

Ceci étant, Zurich a recalculé les indemnités journalières dues dès le 1^{er} février 2022 en fonction de ces taux d'incapacité, par décompte du 5 juillet 2022 (pièce 79).

L'incapacité de travail totale a encore été prolongée jusqu'au 6 septembre 2022 (pièce 81), puis 29 novembre 2022 (pièce 91) et 28 février 2023 (pièce 102).

Mandaté par Zurich, le Dr E _____ a repris l'analyse du dossier et a constaté que, dans son rapport du 15 octobre 2021, le Dr D _____ mentionnait les séquelles d'une ancienne fracture du bord postéro-supérieur de la glène avec géode sous-chondrale postéro-inférieure. A l'examen du scanner du 7 juin 2021, il a remarqué qu'il y avait une géode confirmant une lésion datant de façon vraisemblable de plusieurs mois, de sorte qu'il a retenu un état préexistant sur l'épaule droite, antérieur à l'événement assuré, qui n'avait fait que déstabilisé temporairement l'état antérieur sans créer de nouvelle lésion. Il a dès lors estimé que le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint au bout de quatre mois après l'accident, soit le 12 juin 2021 (pièce 130).

L'assuré n'ayant plus reçu d'indemnités journalières depuis le 31 août 2022, il a interpellé une première fois Zurich par l'intermédiaire de M^e Philippe Loretan, le 21 novembre 2022 (pièce 99), puis l'a relancé par courriers des 2 et 19 décembre 2022 (pièces 101 et 105).

Le 20 décembre 2022, Zurich a demandé au Dr E _____ de motiver sa prise de position. Celui-ci a alors expliqué que dans le rapport du Dr C _____ d'avril 2022, sur lequel il s'était prononcé la première fois, il n'y avait pas de mention d'antécédent de

fracture et que ce n'était qu'après avoir eu connaissance du rapport radiologique de juin 2021 et du rapport du Dr D _____ d'octobre 2021, qu'il avait constaté que l'épaule droite présentait des remaniements d'allure séquellaire, ce qui l'avait conduit à modifier sa position initiale (pièce 131).

Par courriel du 23 décembre 2022, Zurich a répondu à l'assuré qu'elle avait soumis le dossier médical à son médecin-conseil, qui avait conclu au retour au *statu quo sine* quatre mois après l'accident, soit le 12 juin 2021, mais qu'elle ne réclamerait pas les prestations qui avaient été payées au-delà de cette date. Elle a précisé qu'une décision formelle serait prochainement rendue (pièces 106 et 107).

Par décision du 23 mai 2023, elle a considéré qu'elle n'était plus tenue d'allouer des prestations LAA pour les troubles à l'épaule droite à partir du 12 juin 2021 et a renoncé à exiger la restitution des prestations versées jusqu'au 31 août 2022. Elle a indiqué que son médecin-conseil avait retenu un état antérieur préexistant sur cette épaule, comme l'avait indiqué le Dr D _____ dans son rapport du 15 octobre 2021, et que l'articulation avait seulement été déstabilisée temporairement par l'accident du 12 février 2021, qui n'avait pas provoqué de nouvelles lésions au vu du scanner réalisé (pièce 120).

D. Le 14 juin 2023, l'assuré a formé opposition provisoirement et a demandé une copie de l'intégralité de son dossier (pièce 122). En l'absence de nouvelles de Zurich, il a déposé une opposition motivée le 21 juin 2023, en relevant qu'avant l'accident de février 2021, il menait une vie saine et active, sans aucune douleur, et que Zurich ne pouvait pas se fonder sur le seul rapport du Dr D _____ du 15 octobre 2021 qui signalait une ancienne fracture, alors qu'il ne s'était jamais fracturé cette partie du corps. De son point de vue, Zurich devait mettre en œuvre une expertise neutre (pièce 123).

Après avoir reçu l'intégralité du dossier de Zurich, le 17 juillet 2023, l'assuré a complété son opposition par écriture du 11 août 2023 (pièce 136). Il a estimé que l'avis du Dr E _____ n'était pas suffisamment probant dès lors qu'il se fondait sur le rapport du Dr D _____, qui avait signalé uniquement une possible ancienne fracture du bord postéro-supérieur de la glène, qui n'était hypothétiquement pas en rapport avec le traumatisme du 12 février 2021.

Avant de statuer, Zurich a soumis une nouvelle fois le dossier au Dr E _____, qui s'est prononcé le 23 septembre 2023. Il a relevé que le scanner du 7 juin 2021 avait conclu à l'absence de lésion traumatique aiguë, mais à la présence de remaniements d'allure séquellaire du bord postérieur de la glène, avec ancienne fracture avulsion de

son bord postéro-supérieur et géode sous-chondrale postéro-inférieure. Pour le médecin-conseil, l'épaule droite présentait donc un état traumatique préexistant à l'événement de février 2021. Il a ajouté que la lésion du bourrelet postérieur et la lésion SLAP, vues à l'IRM du 10 septembre 2021 et provoquant l'instabilité de l'épaule droite relevée par le Dr C _____, étaient survenues de façon probable lors de la fracture avulsion postérieure et pouvaient avoir engendré l'arthrose débutante (pièce 146).

Par décision sur opposition du 26 octobre 2023, Zurich a rejeté les griefs de l'assuré. Elle a relevé que l'avis de son médecin-conseil ne se fondait pas uniquement sur le rapport du Dr D _____ mais bien sur l'ensemble des pièces du dossier, notamment les résultats des imageries et les rapports de consultation. Elle a remarqué que le CT-scan de juin 2021 avait exclu toute lésion traumatique aiguë et avait mis en évidence une géode, laquelle impliquait l'existence d'une lésion datant vraisemblablement de plus de quatre mois. A cet égard, elle a rappelé que le Dr D _____ avait d'ailleurs parlé de séquelles d'une ancienne lésion qui ne semblait pas être en rapport avec le traumatisme du mois de février 2021. Elle a dès lors considéré qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le *statu quo sine* avait été atteint au 12 juin 2021 (pièce 147).

E. Le 27 novembre 2023, l'intéressé a recouru céans contre ce prononcé, en concluant, sous suite de frais et dépens, préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à la poursuite du versement des indemnités journalières durant l'incapacité de travail, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. Il a répété que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur l'avis du Dr E _____, qui avait été pris essentiellement sur la base du rapport du Dr D _____, ce qui n'était pas suffisant et justifiait la mise en œuvre d'une expertise. Il a rappelé que s'il n'avait pas eu cet accident, il n'aurait pas été limité au niveau de l'épaule droite, dans la mesure où il n'avait jamais subi de traumatisme à cette articulation avant février 2021.

Dans sa réponse du 2 février 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a tenu à préciser certains faits, notamment que la radiographie réalisée le 2 mars 2021 n'avait pas montré de lésion traumatique mais une tendinopathie, que le CT-scan de juin 2021 avait exclu toute lésion traumatique et qu'en octobre 2021, le Dr D _____ avait confirmé la présence d'une ancienne lésion et l'absence de lien de causalité avec l'accident de février 2021. Elle a remarqué que l'avis du Dr E _____ n'était contredit par aucun avis médical d'une valeur probante prépondérante, mais qu'au contraire, il

était suivi par le médecin traitant, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de procéder à une expertise.

Répliquant le 6 mars 2024, le recourant a soutenu que « l'ancienne fracture » mentionnée par le Dr D _____ était celle due à l'accident de février 2021, qui avait très bien pu se consolider en quatre mois. A l'appui de cet argument, il a proposé l'audition des Drs C _____ et D _____ et a déposé les pièces suivantes :

- le rapport de la consultation du 28 novembre 2023 du Dr C _____, qui indiquait que l'assuré était suivi à la consultation pour ses atteintes de l'épaule droite, notamment les douleurs survenues à la suite de l'accident du 12 février 2021, que le bilan radiologique réalisé à l'époque avait permis de mettre en évidence une arthrose débutante de la glène et de la tête humérale menant à une instabilité postérieure de l'épaule et que la chute aurait décompensé l'instabilité avec des signes au scanner d'une fracture postérieure aiguë de la glène (Bankart osseux postérieur) ayant aussi déclenché des douleurs et décompensé l'instabilité ;
- un nouveau rapport médical établi le 8 janvier 2024 par le Dr D _____, qui rappelait que le bilan IRM avait montré des signes de dysmorphisme de la glène postérieure qui ne pouvait pas exclure une fracture en cours de consolidation, raison pour laquelle le scanner avait été réalisé ; or, cet examen avait confirmé une fracture avulsion du bord postéro-supérieur de la glène d'allure ancienne ; de son point de vue, le radiologue ne pouvait pas parler de fracture fraîche, puisque la fracture était consolidée ; cependant, celle-ci pouvait parfaitement être due à la chute sur l'épaule et s'être consolidée en quatre mois, ce d'autant que l'anamnèse du patient ne décrivait pas d'autre traumatisme antérieur sur cette épaule.

Dans sa duplique du 17 mai 2024, l'intimée a constaté que le Dr D _____ n'expliquait pas les motifs pour lesquels il avait changé sa position, qu'il s'était contenté de se référer à la littérature médicale sans la citer et qu'il avait attribué des propos au Dr C _____ (« décompensation liée à la fracture du mois de février 2021 » et « fracture consolidée de juin 2021 ») qui ne ressortaient pas de son rapport du 28 novembre 2023. Elle a constaté que le Dr C _____ avait indiqué que l'omarthrose sur dysplasie de la glène avait été « décompensée » par la chute, de sorte qu'il se justifiait de considérer que celle-ci n'avait fait qu'aggraver un état antérieur, comme l'avait retenu le Dr E _____. Elle a déposé un avis complémentaire rendu

par ce dernier le 24 avril 2024, qui expliquait qu'il y avait une ancienne fracture de la glène qui était probablement préexistante à l'événement du 12 février 2021 en raison de la géode sous-chondrale présente et de la dysplasie de la glène mentionnée par le Dr C _____.

Le 21 juin 2024, le recourant a déposé ses dernières observations. La Cour les a notifiées à l'intimée et a mis un terme à l'échange d'écritures le 24 juin 2024.

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 27 novembre 2023, le présent recours contre la décision sur opposition du 26 octobre 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.

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, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

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 condition *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 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 impotent 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).

2.2 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). 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. 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 du Tribunal fédéral 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 du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} 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 et 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3. Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 12 juin 2021 (sans toutefois réclamer les prestations versées jusqu'au 31 août 2022), au motif qu'elle estimait que les troubles persistants à l'épaule droite après cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 12 février 2021, qui n'avait fait que déstabiliser temporairement un état préexistant.

3.1 L'intimée s'est essentiellement fondée sur les conclusions de son médecin-conseil le Dr E _____. Contrairement à ce que prétend le recourant, le Tribunal constate que ce dernier a pris position en se fondant sur le dossier médical complet de l'assuré, y compris radiologique, et tous les rapports de la consultation orthopédique tenant

compte de l'anamnèse, et non pas uniquement sur la base du seul rapport du Dr D _____ d'octobre 2021.

Il ressort des documents radiologiques du dossier que la radiographie réalisée le 2 mars 2021 n'a pas montré de lésion osseuse traumatique, mais des signes de tendinopathie chronique au trochiter huméral, ainsi qu'une omarthrose *a minima*. Par la suite, si l'IRM du 27 mai 2021 n'a effectivement pas pu exclure une fracture au niveau de la glène postérieure « en cours de consolidation », le radiologue a toutefois indiqué qu'il pouvait s'agir de remaniements dégénératifs dans un contexte de micro-instabilité gléno-humérale. A cet égard, le CT-scan réalisé le 7 juin 2021 a conclu à l'absence de lésion traumatique aiguë et à la présence de remaniements d'allure séquellaire du bord postérieur de la glène avec une ancienne fracture avulsion du bord postéro-supérieur et une géode sous-chondrale postéro-inférieure.

Au vu de ces éléments, le Dr E _____ a estimé que l'assuré présentait déjà une lésion au niveau de la glène avant son accident de février 2021, lequel n'avait fait qu'aggraver temporairement un état préexistant, qui aurait de toute façon évolué de la sorte. Il a expliqué que la géode sous-chondrale postéro-inférieure était un signe que la lésion, c'est-à-dire la fracture avulsion du bord postéro-supérieur de la glène, datait de plusieurs mois. D'ailleurs, dans ses rapports et notamment celui du 28 novembre 2023, le Dr C _____ qui a opéré l'assuré a retenu une instabilité postérieure de l'épaule associée à une omarthrose sur dysplasie de la glène « décompensée » par une chute le 12 février 2021. La radiographie réalisée quelques jours après l'accident montrait en effet déjà une omarthrose *a minima*, soit une dégénérescence du cartilage de l'articulation gléno-humérale, ainsi qu'une tendinopathie. Des infiltrations ont en outre été réalisées en mars 2021 pour une capsulite rétractile et une arthropathie de l'articulation acromio-claviculaire, soit une usure du cartilage, qui ne peut apparaître en quelques semaines (pièce 33). Ainsi, la position du Dr E _____, qui a considéré que l'accident n'avait pas provoqué de nouvelle lésion propre, mais n'avait fait que déstabiliser un état préexistant, n'apparaît pas critiquable.

3.2 Contrairement à ce que prétend le recourant, la Cour estime que l'avis du Dr D _____ du 8 janvier 2024 n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions du médecin-conseil.

En effet, comme l'ont relevé l'intimée et le Dr E _____, dans ce rapport, le médecin traitant revient sur son appréciation d'octobre 2021, sans apporter aucune justification à ce revirement. Produit au stade de la réplique, après que l'intimée ait remarqué qu'il

n'existait aucun rapport médical contestant l'avis du médecin-conseil, ce nouveau rapport du Dr D _____ a manifestement été établi pour les besoins de la cause. Alors qu'en octobre 2021, le médecin traitant indiquait que l'ancienne lésion mise en évidence au scanner (à savoir la fracture avulsion du bord de la glène) ne semblait pas être en rapport avec le traumatisme du mois de février de la même année, il estime dorénavant que cette dernière peut parfaitement s'être consolidée en quatre mois. Alors qu'il se réfère à la littérature médicale, il ne cite toutefois aucun ouvrage ni article médical spécifique à l'appui de son propos. Il n'avance pas d'argument médical particulier, ni ne prétend qu'il n'avait pas toutes les pièces à sa disposition avant cela. Il reprend en outre des passages d'un rapport du Dr C _____ en y ajoutant des mentions n'y figurant pas afin d'appuyer sa position. Cette manière de procéder enlève toute valeur probante à son appréciation (lien de confiance inhérent à un mandat thérapeutique : ATF 125 V 351 consid. 3a).

3.3 En définitive, en l'absence de rapport médical contraire et d'une valeur probante prépondérante à celui du Dr E _____, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise. Par ailleurs, l'état de fait étant clair, il ne se justifie pas de procéder à l'audition des Drs C _____ et D _____, dont on ne voit pas ce qu'ils pourraient rajouter à leurs rapports respectifs des 28 novembre 2023 et 8 janvier 2024 (appréciation anticipée des preuves : ATF 147 I 167).

3.4 Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'accident ne jouait plus de rôle dans les troubles à l'épaule droite du recourant au-delà du 12 juin 2021 et qu'elle a mis fin à ses prestations au 31 août 2022.

4. 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. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ces motifs,

Prononce

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

Sion, le 4 août 2025