

Par arrêt du 12 juin 2025 (8C_71/2025), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière civile interjeté par X_ contre ce jugement

S2 23 105

ARRÊT DU 17 DÉCEMBRE 2024

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Garance Klay, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais, Sion

contre

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

(AA ; causalité naturelle, *statu quo ante vel sine*)

Faits

A. X _____, né en 1998, domicilié à Martigny, travaillait comme chauffeur de catégorie B pour le compte de A _____ SA, à Dübendorf. Dans ce cadre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Par déclaration d'accident du 28 janvier 2022, son employeur a indiqué que, le 20 janvier 2022, l'intéressé s'était coincé un pied entre des cartons alors qu'il cherchait un colis. Il était ensuite tombé sur le dos. Il avait subi des contusions au dos et au bras gauche et avait arrêté de travailler depuis le 21 janvier 2022 (pièce 1 du dossier CNA).

Une radiographie du rachis lombaire et de l'épaule gauche du 25 janvier 2022 a montré qu'il n'y avait pas de fracture des apophyses transverses, des corps vertébraux et des massifs articulaires postérieurs. Les sacro-iliaques étaient normo-centrées sans trait de refend décelable. Il n'y avait pas de pincement discal latéralisé, de sorte qu'on n'évoquait pas de hernie discale post-traumatique. Au niveau du status de l'épaule gauche, l'articulation gléno-humérale était normo-centrée, il n'y avait pas d'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire, de l'écaille de l'omoplate et de l'hémi-gril costal. Tout corps étranger radio-opaque en projection des parties molles a également été exclu, de même que toute atteinte du gril costal ou un pneumothorax. Il a ainsi été conclu à un bilan osseux rachidien lombaire et de l'épaule gauche dans les normes (pièce 33 du dossier CNA).

La CNA a accepté de prendre en charge le cas par courrier du 25 février 2022 (pièce 10 du dossier CNA).

Des séances de physiothérapie tendant à soigner son épaule gauche ont été prescrites.

Une échographie de l'épaule gauche a été réalisée le 17 février 2022 afin d'obtenir un bilan de la coiffe. Elle a montré le status suivant « Tendon long chef du biceps en place dans sa gouttière sans particularité. Tendon subscapulaire d'épaisseur et de morphologie normales. Le tendon supra-épineux est continu, sans déchirure, sans calcification. Epaisseur et morphologie normales. Tendon infra-épineux sans particularité. Pas d'épanchement intra-articulaire. Pas d'anomalie de l'articulation acromio-claviculaire. Bursite sous-acromio-deltoïdienne post-traumatique. Pas d'anomalie du plan musculaire ni des parties molles sous-cutanées. Le rapport y relatif

du 18 février 2022 a conclu à une bursopathie post-traumatique sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule gauche et à l'absence d'atteinte de la coiffe des rotateurs ou du tendon long chef du biceps (pièce 30 du dossier CNA).

Compte tenu de la persistance de douleurs, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 20 avril 2022. Le rapport y relatif a relevé les éléments suivants : « Au niveau de la structure osseuse, pas de fracture visualisée, les rapports anatomiques sont préservés, aspect discrètement mal roté de la tête humérale d'allure constitutionnelle. Pas d'argument pour une déchirure labrale, présence d'un complexe de Buford. Tendon long chef du biceps en place dans sa gouttière avec un petit épanchement au sein de sa gaine. Pas d'anomalie du tendon sub-scapulaire. Le tendon supra-épineux est continu, d'épaisseur et de morphologie normales. Petite composante de bursopathie sous-acromio-deltoïdienne. Le tendon infra-épineux est sp. Trophicité musculaire conservée des différents muscles de la coiffe des rotateurs. Pas d'adénopathie axillaire. Pas d'anomalie des parties molles sous-cutanées. Pas d'épanchement intra-articulaire ». En conclusion, toute atteinte post-traumatique visualisée, notamment de la coiffe des rotateurs ou du labrum, a été écartée et seule a été retenue une composante de bursite sous-acromio deltoïdienne (pièce 29 du dossier CNA).

Dans un rapport de consultation adressé le 24 mars 2022 au Dr B _____, médecin traitant, le Dr C _____, FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de bursite sous-acromiale G post-traumatique. Dans son anamnèse, il a relaté que le patient avait été victime d'une chute sur les fesses et le côté gauche en janvier et avait développé des scapulalgies G le lendemain. Au terme de son examen, le chirurgien a retenu être face à une bursite post-traumatique, persistante environ 2 mois après l'accident. Il a réalisé le jour de l'examen une infiltration sous-acromiale par dérivés cortisonés et anesthésiques locaux. La poursuite du traitement de physiothérapie a été préconisée et le Dr C _____, qui a prévu de revoir ce patient 3 semaines plus tard, avait attesté une incapacité de travail totale (pièce 31 du dossier CNA).

Dans un nouveau rapport du 20 mai 2022, le Dr C _____ a confirmé son diagnostic de bursite sous-acromiale G post-traumatique. Son patient ne présentait aucune amélioration. Il avait eu d'importants effets secondaires à la suite de la prise des AINS (diarrhées, vomissements) et les deux infiltrations sous-acromiales n'avaient pas induit d'amélioration durant plus que quelques jours (24 heures pour la seconde). Le chirurgien a rappelé que l'arthro-IRM de l'épaule G du 22 avril 2022 n'avait strictement rien montré hormis une petite bursite sous-acromiale et que le traitement de physiothérapie n'avait apporté aucun bénéfice, l'assuré mentionnant au contraire des douleurs plus

importantes. A l'examen, le déshabillage épargnait le MSG, la mobilité scapulaire G en flexion antérieure et en abduction atteignait l'horizontale et il n'était guère possible de dépasser passivement les amplitudes obtenues activement face aux contre-pulsions déployées par le patient. La force au testing du sous-scapulaire était tout à fait préservée et il n'y avait pas de limitations des rotations internes ou externes de l'épaule à G. Le Dr C _____ a estimé qu'il existait ici une majoration des symptômes ; il a relevé que le patient lui avait appris qu'il avait été renvoyé par son employeur. Le médecin n'avait aucune proposition thérapeutique supplémentaire. Il avait prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2022, mais ne voyait pas de contre-indication médicale à ce qu'une pleine capacité de travail soit reconnue dès le 1^{er} juin 2022 au patient, qu'il n'avait pas prévu de revoir. Il avait alors adressé une copie de son rapport à la CNA (pièce 41 du dossier CNA).

Par courrier du 25 mai 2022, la CNA a pris acte que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} juin 2022 ; elle l'a dès lors informé qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières dès cette dernière date et l'a invité à s'adresser à l'assurance-chômage (pièce 46 du dossier CNA).

Lors d'une conversation téléphonique et par courriel du 1^{er} juin 2022, l'assuré a contesté pouvoir reprendre une quelconque activité dès le 1^{er} juin 2022, car son épaule demeurait douloureuse et peu mobile. Son médecin traitant lui avait d'ailleurs encore délivré un certificat d'incapacité de travail. L'assuré souhaitait être examiné par un médecin de la CNA (pièces 47 s. du dossier CNA).

La Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine intensive, médecine interne générale et médecin d'arrondissement (MA) de la CNA, a pris position en date du 27 juin 2022. Elle a indiqué que, selon toute vraisemblance, la santé de la personne assurée était déjà altérée au niveau de la partie du corps concernée par l'accident en cours. Cette altération préalable consistait en une bursite sous-acromio deltoïdienne. Selon toute probabilité, l'accident n'avait pas entraîné des lésions supplémentaires. L'assuré avait présenté une contusion de l'épaule qui avait rendu symptomatique la bursite sous-acromio deltoïdienne. Une contusion guérissait habituellement en 2-3 mois, soit, au plus tard, le 20 avril 2022, de sorte que l'événement du 20 janvier 2022 avait cessé de déployer ses effets depuis plusieurs semaines et que la persistance des douleurs était à mettre en lien avec l'atteinte de surcharge préexistante. L'incapacité de travail de 100% ne se justifiait plus (pièce 51 du dossier CNA). Dans un courrier joint du 21 juin 2022, le Dr B _____ avait requis que son patient soit convoqué au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR) dans le cadre de son suivi orthopédique et avait annexé

les rapports radiologiques ainsi que les rapports du Dr C _____ (pièce 51 du dossier CNA).

La CNA a suspendu ses prestations par écriture du 29 juillet 2022. Elle a relevé que, selon l'appréciation de la MA, les troubles persistants n'avaient plus aucun lien avec l'accident. Elle a ajouté que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 20 janvier 2022 pouvait être considéré comme atteint depuis le 10 août 2022 au plus tard, de sorte qu'elle n'accorderait plus de prestations dès cette dernière date (pièce 66 du dossier CNA).

Par courriel du 11 octobre 2022, l'assuré s'est prévalu de nouveaux certificats d'incapacité de travail émis pour juin par le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie FMH (pièce 71 du dossier CNA).

En date du 13 octobre 2022, ce dernier a adressé à la CNA une demande de prise en charge pour une « arthroscopie épaule G + réparation sous-scapulaire G + ténodèse sous pectorale du biceps G » auprès de la Clinique CIC à Saxon, demande qui a été rejetée par courrier du 21 octobre 2022 au motif que le droit aux prestations avait pris fin au 10 août 2022 (pièces 76 et 79 du dossier CNA).

Lors d'une conversation téléphonique du 18 octobre 2022, la CNA a confirmé à son assuré que les indemnités journalières lui avaient finalement également été versées jusqu'au 10 août 2022 (pièce 77 du dossier CNA).

L'assuré a été opéré par le Dr E _____ en date du 24 novembre 2022. Le protocole opératoire indique comme indication de l'intervention : « Instabilité du LCB gauche + Lésion SLAP 2, conflit sous acromial gauche ». Lors de l'intervention, le Dr E _____ a relevé les éléments suivants : un bilan articulaire plutôt rassurant de prime abord, pas de lésion macroscopique aux dépens du sous-scapulaire ou du supra-épineux, inflammation globale de l'intervalle des rotateurs, portion horizontale du LCB discrètement inflammatoire mais luxation médiale du biceps au testing au crochet, mise en évidence d'une instabilité de l'enthèse bicipito-labrale de type SLAP 2, mise en évidence d'un acromion plongeant de stade 3 selon Bigliani, acromioplastie à la fraise rotatrice n°4 (pièce 98 du dossier CNA).

Le 12 décembre 2022, les Syndicats Chrétiens du Valais (SCIV) ont informé la CNA du fait qu'ils avaient été mandatés par l'assuré et ont requis une copie de son dossier (pièce 84 du dossier CNA).

Dans un rapport du 14 décembre 2022, le Dr E _____ a indiqué que, trois semaines après l'opération, son patient allait globalement bien. Les cicatrices étaient parfaitement calmes et il gardait encore des douleurs et une désynchronisation musculo-squelettique scapulo-thoracique globale (pièce 96 du dossier CNA).

Dans un rapport de consultation du 10 janvier 2023, le Dr E _____ a requis du Dr F _____, spécialiste en rhumatologie FMH à la Clinique romande de réadaptation (CRR), qu'il évalue ce patient opéré 6 semaines plus tôt d'une ténotomie/ténodèse du long chef du biceps à gauche devant un diagnostic d'instabilité médiale du long chef du biceps. L'évolution post-opératoire était toujours grevée d'importantes douleurs et surtout d'une impotence fonctionnelle ; il n'y avait pas de diminution des amplitudes de la mobilisation passive, mais la mobilisation active était quasiment inexistante et la problématique se posait de manière plus multifactorielle, « avec des défauts de posture globale d'un déconditionnement global des stabilisateurs de l'omoplate ». Le Dr E _____ craignait une exclusion progressive de l'épaule gauche du schéma corporel. Il requérait dès lors un avis du Dr F _____ quant à l'adéquation d'une rééducation en milieu stationnaire (pièce 95 du dossier CNA)

Le Dr F _____ a donné suite à cette demande dans un consilium de l'appareil locomoteur du 13 février 2023. Dans son anamnèse, il a noté que le 21 janvier 2022, au travail, le patient « serait tombé dans sa camionnette avec un traumatisme de l'épaule gauche sur une des étagères ». Il avait eu des douleurs, mais avait pu finir sa journée de travail. Les douleurs avaient augmenté dans les jours suivants. L'intéressé avait vu son médecin traitant et un ultrason aurait parlé pour une bursite. Une IRM avait été faite en mars 2022, dont le Dr F _____ a précisé ne pas avoir vu les images ni le compte rendu, mais qui n'aurait pas parlé pour un diagnostic particulier. Après un suivi par le Dr C _____, l'intéressé avait, dès juillet 2022, consulté le Dr E _____, lequel avait évoqué une instabilité du long chef du biceps et l'avait opéré en date du 24 novembre 2022. Lors de l'intervention, le Dr E _____ avait noté une inflammation globale de l'intervalle des rotateurs et une portion horizontale du long biceps discrètement inflammatoire mais avec luxation médiale du biceps au testing au crochet. Il avait également décrit une instabilité de l'enthèse bicapitolabrale de type Slap 2. Depuis l'intervention, il persistait des douleurs et surtout un manque de mobilité et le chirurgien envisageait un séjour stationnaire auprès de la CRR. Le status montrait une épaule modérément limitée en actif et passif, mais sans argument pour une capsulite avec des rotations qui étaient plutôt bien conservées. Les tests de coiffe étaient globalement tenus, seul le palm-up étant déclaré douloureux. Le test de Yocum était aussi déclaré

douloureux. Il n'avait pas retrouvé d'autres anomalies. Dans l'idéal, le Dr F _____ estimait que ce patient aurait été un bon candidat pour un séjour stationnaire à la CRR, mais il a rappelé au Dr E _____ qu'il y avait un problème assécurologique, à savoir que la CNA n'allait pas reconnaître ce traitement comme étant une suite de l'accident, probablement en raison de l'absence de lésion constatée lors des différents examens. Il a dès lors invité le Dr E _____ à reprendre contact avec la CNA s'il estimait que la lésion actuelle était en rapport avec l'accident à la lumière de l'IRM ; à défaut de prise en charge du séjour par la CNA, une demande pourrait être adressée à l'assurance-maladie du patient. Pour le Dr F _____, il était clair que ce patient était à haut niveau de risque pour une invalidation en raison des facteurs contextuels. Il fallait néanmoins qu'il poursuive sa rééducation et qu'il intègre beaucoup plus son bras dans les activités de la vie quotidienne et arrête de se mettre en position de traumatisé du membre supérieur. Le Dr E _____ était invité à essayer de rassurer son patient en lui soumettant l'imagerie post-opératoire (pièce 91 du dossier CNA).

Dans un rapport de consultation adressé le 28 février 2023 au Dr B _____, le Dr E _____ a indiqué qu'il avait revu ce patient à sa consultation dans la suite de son consilium auprès du Dr F _____, lequel avait confirmé le diagnostic de déconditionnement global du membre supérieur gauche ainsi que l'opportunité d'une prise en charge stationnaire au sein de la CRR. Cliniquement, les choses étaient plutôt encourageantes : il n'y avait pas de raideur articulaire à la mobilisation passive, mais la mobilisation active montrait un important déséquilibre musculaire autour de la ceinture scapulaire gauche. Le Dr E _____ était d'avis que les lésions étaient compatibles avec un accident puisque, lors de son premier rapport et à la description des images de l'IRM, on avait bien stipulé que l'impotence fonctionnelle et les douleurs étaient consécutives à un traumatisme identifié survenu en janvier 2022. Il a répété que les lésions constatées, à savoir une lésion Slap 2 et une luxation médiale du long chef du biceps sur une lésion de la poulie médiale, pouvaient être compatibles avec un accident ; dans tous les cas, il trouvait tout à fait légitime que la SUVA prenne en charge ce cas. Son patient allait rester en incapacité de travail à 100% en tout cas jusqu'à la mi-avril (pièce 89 du dossier CNA).

Le 8 mars 2023, les SCIV se sont prévalus des certificats d'incapacité de travail ainsi que du dernier rapport du Dr E _____ afin de requérir la continuation de la prise en charge par la CNA postérieurement au 10 août 2022. Ils ont par ailleurs relevé que, dans son consilium de l'appareil locomoteur du 13 février 2023, le Dr F _____ avait admis l'adéquation d'une rééducation stationnaire (pièce 91 du dossier CNA).

Dans une prise de position du 27 mars 2023, la Dresse D _____ a noté que, selon le rapport du Dr E _____ du 28 février 2023, les diagnostics de lésion Slap 2, luxation médicale du long chef du biceps sur lésion de la poulie médiale étaient retenus. Or, ces diagnostics ne ressortaient pas du rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 20 avril 2022 qui notait sous l'onglet conclusion : "Pas d'atteinte post-traumatique visualisée notamment de la coiffe des rotateurs ni du labrum. Composante de bursite sous-acromio deltoïdienne", étant rappelé que le Dr C _____ avait d'ailleurs alors explicitement demandé des informations sur le labrum et le biceps. La Dresse D _____ a ajouté que ces diagnostics semblaient avoir été fondés sur les constats faits lors de l'intervention de novembre 2022, de sorte qu'il fallait encore requérir le compte-rendu opératoire ainsi que les images de l'intervention. La totalité des rapports orthopédiques concernant l'assuré devaient également être demandés au Dr E _____. La Dresse D _____ entendait reprendre position à réception de ces documents (pièce 92 du dossier CNA).

Dans un rapport du 25 avril 2023, le Dr E _____ a contesté la position de la CNA. Il a rappelé que le Dr F _____ avait confirmé que ce patient avait besoin d'une prise en charge stationnaire. Le Dr E _____ a répété que les lésions pouvaient être imputables à un accident et que l'assureur devait reconsidérer le dossier et reprendre en charge la problématique, ce qui n'avait toujours pas été le cas et mettait l'intéressé dans une impasse thérapeutique et administrative (pièce 101 du dossier CNA).

Les SCIV se sont prévalus du dernier rapport du Dr E _____ par écriture du 10 mai 2023 (pièce 102 du dossier CNA). Ils ont requis que la CNA revienne sur sa communication du 29 juillet 2022 et continue d'allouer des prestations après le 10 août 2022. Dans la négative, ils l'ont invitée à rendre une décision formelle.

La Dresse D _____ a émis un nouveau rapport en date du 28 juillet 2023. Elle a fait une synthèse des pièces médicales versées au dossier, y compris des rapports d'intervention et des imageries. A la lumière de toutes les informations susmentionnées, du bilan radiologique (Rx, US, arthro-IRM) montrant uniquement une bursite sous-acromiale (sous-acromio-delhoïdienne) de l'épaule gauche, elle a retenu que les diagnostics posés par le Dr E _____ n'avaient aucun fondement clinico-radiologique. Malgré la demande de la CNA d'obtenir les images du bloc opératoire, qui auraient pu modifier ses conclusions, il semblait qu'aucune image n'ait été enregistrée lors de l'intervention du 24 novembre 2022. En conclusion, et avec uniquement un diagnostic de bursite de l'épaule gauche, l'intervention effectuée le 24 novembre 2022

n'était pas à la charge de la CNA et il en allait de mêmes des suites post-opératoires (pièce 124 du dossier CNA).

B. La CNA a dès lors confirmé sa position par décision formelle du 7 août 2023. Elle a ainsi répété que, selon l'appréciation de son service médical, les troubles persistants n'avaient plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 20 janvier 2022 pouvait être considéré comme atteint depuis le 10 août 2022 au plus tard, date à laquelle elle mettait fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) (pièce 125 du dossier CNA).

Le 30 août 2023, l'assuré, par les SCIV, a formé opposition à cette décision. En substance, il s'est de nouveau prévalu des rapports du Dr E _____ et a relevé que la nécessité d'un séjour stationnaire avait été confirmée par le Dr F _____ (pièce 128 du dossier CNA).

C. La CNA a confirmé sa position par décision sur opposition du 25 octobre 2023. Elle a notamment souligné la pleine valeur probante des conclusions de la Dresse D _____, non mises en doute par un avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante. En particulier, le Dr F _____ ne s'était pas prononcé sur le lien de causalité entre l'accident et les troubles justifiant un séjour stationnaire. Quant au Dr E _____, il avait procédé à une lecture erronée de l'IRM du 20 avril 2022 puisque le radiologue avait exclu toute « atteinte post-traumatique visualisée ». De même, on ignorait toujours sur quelles bases il avait retenu les diagnostics de « lésion Slap 2 » ainsi que de « luxation médiale du long chef du biceps sur une lésion de la poulie médiale », lesquels n'étaient pas évoqués par les autres médecins interrogés. Au contraire, les radiologues s'étaient contentés de faire état d'une bursite sans référence à de telles lésions ; tel avait également été le cas du Dr C _____. Par ailleurs, plusieurs médecins avaient renvoyé à la notion d'atteinte « post-traumatique » ; or, la CNA a rappelé que le Tribunal fédéral avait précisé que cette notion se contentait d'exprimer le fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un accident. On ne pouvait tirer de ce fait un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé. Finalement, le Dr C _____ n'avait pas vu de contre-indication médicale à ce qu'une pleine capacité de travail soit reconnue au patient dès le 1^{er} juin 2022, ce qui confirmait que – à tout le moins à la date retenue dans la décision litigieuse – l'état de santé de son patient n'était plus influencé par les suites de l'accident du 20 janvier 2022. Selon la MA, l'évènement précité avait cessé de déployer ses effets au 20 avril 2022 et les troubles qui persistaient après cette date n'étaient plus d'origine accidentelle, mais dégénérative. En ce qu'elle cessait le versement des

prestations (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) au 10 août 2022, la décision pouvait dès lors être confirmée quand bien même elle s'écartait du *statu quo* strictement médical (pièce 132 du dossier CNA).

D. X _____, par les SCIV, a interjeté recours céans en date du 27 novembre 2023 à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 25 octobre 2023. En substance, il a réitéré les griefs articulés dans son opposition. Il a conclu à l'annulation de l'écriture entreprise, à ce que l'intimée soit condamnée à lui accorder ses prestations (indemnités journalières, frais médicaux et autres prestations telles qu'indemnité pour atteinte à l'intégrité, rente...) dès le 10 août 2022 et à ce qu'il lui soit versé des justes dépens. Il a joint notamment des certificats d'incapacité de travail émis par le Dr E _____.

Le 21 décembre 2023, l'intimée a constaté que le recourant n'avait apporté aucun nouvel élément. Il a dès lors conclu au rejet du recours en renvoyant simplement à la motivation de l'écriture entreprise. L'échange d'écritures a été clos le 3 janvier 2024.

Le 23 février 2024, le recourant a transmis au Tribunal un rapport médical du Dr E _____ du 22 janvier précédent. Dans ce rapport, le chirurgien a indiqué que la rééducation était toujours grevée d'importantes douleurs et d'une impotence empêchant son patient de reprendre le travail. Ce dernier poursuivait son traitement fonctionnel à Lavey-les-Bains. L'incapacité de travail pour motif « accident » était prolongée jusqu'à fin février 2024.

Le 11 mars 2024, le recourant a encore transmis un rapport du Dr E _____ du 27 février 2024 prenant position sur une série de questions posées par les SCIV. Le chirurgien y répétait ses diagnostics antérieurs. A la question « Les problèmes de santé sont-ils toujours en lien de causalité probable avec son accident? », il a répondu « Si je ne peux affirmer avec certitude que ces lésions sont en lien avec l'accident identifié de janvier 2022, je ne peux non plus affirmer le contraire. Le lien de causalité n'est pas exclu ». Prenant position sur les critiques de la MA, il a souligné ses compétences et son expérience s'agissant de la lecture d'IRM, compétences qu'il jugeait supérieures à celles de la Dresse D _____ et même du Dr C _____, lequel n'était pas un spécialiste de la chirurgie des épaules. Il a ajouté que le diagnostic évoqué en préopératoire avait été confirmé par ses constatations peropératoires du 24 novembre 2022 où il avait décrit « portion horizontale du long chef du biceps est discrètement inflammatoire mais luxation médiale du biceps au testing au crochet ». Le 12 mars 2024, le Tribunal a transmis ces nouvelles données à la CNA.

Dans une prise de position du 11 mars 2024, la Dresse D _____ a ajouté qu'en reprenant le mécanisme de la chute, tel que rapporté par les informations du dossier, la lésion Slap retenue par le Dr E _____, n'apparaissait que tout au plus « possiblement compatible » avec la lésion opérée. Une lésion Slap « Superior Labral Antero-Posterior Lesion » correspondait à une atteinte de la partie supérieure du labrum et du tendon associé. Le labrum était arraché, et il s'y associait une rupture du tendon du long biceps. Ce type de lésion se voyait habituellement dans les suites d'un traumatisme conséquent. Il en existait de 2 types : « 1. Suite à une chute sur la paume de la main, coude tendu. Une telle chute peut en effet causer une compression du muscle par la tête humérale et ainsi engendrer un traumatisme de l'épaule. 2. Suite à un mouvement de lancer violent pendant la pratique d'un sport spécifique ». En l'occurrence, selon les différents documents à disposition, en particulier la déclaration de sinistre, le rapport du Dr C _____ du 24 mars 2022, et le rapport du 13 février 2023 du Dr F _____, l'assuré avait présenté un choc direct sur les fesses / le dos et l'épaule gauche ; selon la MA, un tel choc direct n'était pas compatible avec le mécanisme habituellement attribué à une lésion Slap. La MA a répété que la chute avait occasionné ici une bursite sous-acromiale de l'épaule gauche (bras non dominant). Le bilan radiologique (RX, US et arthro-IRM de l'épaule gauche) n'avait mis en évidence ni lésion de la coiffe des rotateurs, ni atteinte du labrum, hormis un complexe de Buford, qui était une variante anatomique ; aucune atteinte antérieure n'avait dès lors été aggravée par la chute. S'agissant de la durée de l'atteinte, elle a rappelé qu'une contusion de l'épaule guérissait habituellement en 2-3 mois.

Dans une écriture du 13 mars 2024, l'intimée a relevé que le Dr E _____ avait modifié la motivation de son diagnostic de lésion SLAP. Initialement fondée sur un rapport radiologique, elle était désormais corrélée à ses propres constatations peropératoires, ce qui ne pouvait toutefois être prouvé à défaut d'enregistrement de l'intervention, pourtant usuellement recommandé. Quoiqu'il en soit, aucune lésion SLAP n'avait été confirmée par l'imagerie médicale ou par les autres spécialistes consultés. S'appuyant sur les conclusions de son MA, l'intimée a dès lors confirmé sa position. Répondant aux critiques du Dr E _____, elle a en outre rappelé 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 leur spécialisation médicale.

Le 18 mars 2024, la CNA a renoncé à se déterminer sur les pièces transmises le 12 mars précédent au motif qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau.

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 25 octobre précédent, notifiée au plus tôt le 26 octobre 2023, 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.

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 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).

2.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou

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

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). 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 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 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 (arrêts 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, 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.

3.1 Dans le cas d'espèce, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et prestations médicales) au 10 août 2022 au motif qu'elle estimait que les troubles persistants après cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 20 janvier 2022.

La CNA s'est essentiellement fondée sur les conclusions de sa MA. Le Tribunal constate que les rapports de la Dresse D _____ ont effectivement été fondés sur le dossier médical de l'assuré, y compris radiologique et en connaissance de l'anamnèse. La MA a notamment pris position de manière motivée sur les avis de ses confrères, en particulier sur les conclusions contraires du Dr E _____, et a exposé pour quels motifs les conclusions de ce dernier ne permettaient pas de retenir un degré de causalité

naturelle suffisant entre les plaintes persistantes du recourant et l'accident du 20 janvier 2022.

On relèvera en particulier que, dans ses réponses du 27 juin 2022, la Dresse D _____ a retenu que, selon toute vraisemblance, la santé de la personne assurée était déjà altérée avant l'accident par une bursite sous-acromio deltoïdienne, laquelle avait été rendue symptomatique par la contusion occasionnée lors de la chute du 20 janvier 2022. Aucune autre lésion supplémentaire n'avait été entraînée par l'accident. Une contusion guérissait habituellement en 2-3 mois, soit au plus tard au 20 avril 2022. La persistance des douleurs était à mettre en lien avec l'atteinte de surcharge préexistante. Dans une prise de position du 27 mars 2023, la Dresse D _____ a pris acte des diagnostics différentiels retenus par le Dr E _____, à savoir une lésion Slap 2, luxation médiale du long chef du biceps sur lésion de la poulie médiale. Elle a néanmoins souligné que les diagnostics du chirurgien ne ressortaient pas du rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 20 avril 2022 ; dans ce rapport, les spécialistes en radiologie avaient en effet conclu à l'absence d'atteinte post-traumatique visualisée, notamment de la coiffe des rotateurs et du labrum ; seule la présence d'une bursite sous-acromio deltoïdienne avait été confirmée. Dans la mesure où le Dr E _____ semblait avoir fondé son diagnostic sur des constatations faites lors de son intervention de novembre 2022, la MA a invité le chirurgien à produire des éléments complémentaires à ce propos, notamment ses rapports orthopédiques, son compte-rendu opératoire et les images de l'intervention. Ces dernières n'ont pas pu être produites afin d'étayer les indications du Dr E _____, ce dernier ayant renoncé à enregistrer son opération. Dans un nouveau rapport du 28 juillet 2023, la Dresse D _____ a rappelé la teneur de toutes les pièces médicales versées au dossier, y compris au plan radiologique. Elle a confirmé qu'à teneur de ces dernières, seule la présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne avait pu être mise en évidence, de sorte que les diagnostics différentiels du Dr E _____ n'étaient pas fondés au plan clinico-radiologique. Elle a rappelé que le bilan radiologique (RX, US et arthro-IRM de l'épaule gauche) n'avait mis en évidence ni lésion de la coiffe des rotateurs, ni atteinte du labrum, hormis un complexe de Buford, qui était une variante anatomique. Par ailleurs, le chirurgien n'avait fourni aucun autre élément, notamment d'images du bloc opératoire, permettant de modifier les conclusions de la MA. Dans une nouvelle prise de position du 11 mars 2024, la MA a ajouté que le diagnostic de Slap 2 du Dr E _____ n'était par ailleurs pas compatibles avec le mécanisme de la chute du 20 janvier 2022 tel que ressortant du dossier.

3.2 Pour sa part, le recourant se prévaut des rapports du Dr E _____. Il s'agit dès lors d'examiner si les éléments apportés par ce dernier permettent de mettre en doute la valeur probante des conclusions de la MA en exposant pour quels motifs elles seraient erronées ou lacunaires.

3.3 Ce chirurgien a posé le diagnostic d'instabilité du LCB gauche, lésion Slap 2 et de conflit sous acromial gauche. S'agissant en particulier de la question du lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 20 janvier 2022, il a exprimé, dans son rapport de consultation du 28 février 2023, que les lésions qu'il retenait étaient compatibles avec un accident puisqu'à la description des images de l'IRM, on avait stipulé que l'impotence fonctionnelle et les douleurs étaient consécutives à un traumatisme identifié survenu en janvier 2022. De fait, le rapport d'IRM du 20 avril 2022 avait décrit les éléments suivants : « Au niveau de la structure osseuse, pas de fracture visualisée, les rapports anatomiques sont préservés, aspect discrètement mal rotée de la tête humérale d'allure constitutionnelle. Pas d'argument pour une déchirure labrale, présence d'un complexe de Buford. Tendon long chef du biceps en place dans sa gouttière avec un petit épanchement au sein de sa gaine. Pas d'anomalie du tendon sub-scapulaire. Le tendon supra-épineux est continu, d'épaisseur et de morphologie normales. Petite composante de bursopathie sous-acromio-deltoïdienne. Le tendon infra-épineux est sp. Trophicité musculaire conservée des différents muscles de la coiffe des rotateurs. Pas d'adénopathie axillaire. Pas d'anomalie des parties molles sous-cutanées. Pas d'épanchement intra-articulaire ». Le rapport d'IRM avait en conclusion écarté que toute atteinte post-traumatique visualisée notamment de la coiffe des rotateurs ou du labrum et uniquement retenu une composante de bursite sous-acromio deltoïdienne. Avec la MA, le Tribunal relève ainsi que les diagnostics du Dr E _____ n'ont effectivement nullement été cités à l'IRM. D'autre part, contrairement à ce qu'a avancé le chirurgien, il n'a aucunement été mentionné par les radiologues que l'impotence fonctionnelle et les douleurs étaient la conséquence d'un traumatisme.

Au plan radiologique, il est encore rappelé que le rapport de l'échographie du 17 février 2022 avait conclu à une bursopathie post-traumatique sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule gauche ». Cela ne saurait suffire pour établir un lien de causalité entre les diagnostics retenus par le Dr E _____ et l'accident. En effet, comme l'a relevé la MA, cette même échographie a montré un état de tendon normal, pas d'épanchement intra-articulaire, pas d'anomalie de l'articulation acromio-claviculaire, pas d'anomalie au plan musculaire ou des parties molles sous-cutanées et sans atteinte de la coiffe des rotateurs ou du tendon long chef du biceps. Par ailleurs, la radiographie du 25 janvier

2022 avait également conclu à un bilan osseux de l'épaule gauche dans les normes. En outre, comme l'a relevé l'intimée, si les rapports médicaux parlent souvent de troubles « post-traumatique », cela est souvent pour indiquer qu'ils ont été investigués dans les suites d'un traumatisme, soit temporellement après un accident, ce qui ne suffit pas à établir un lien de causalité naturel avec l'accident au degré de probabilité attendu selon la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2). De manière générale, il est rappelé que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Partant, le Tribunal constate, comme l'ont relevé la MA et à sa suite l'intimée, que les diagnostics retenus par le Dr E _____ n'ont nullement été confirmés par les rapports radiologiques. Au contraire, tous les examens accomplis ont exclu une atteinte post-traumatique notamment de la coiffe des rotateurs ou du labrum. Par ailleurs, il est relevé que le Dr E _____, qui connaissait pourtant bien la problématique assécurologique puisque la CNA venait de lui signifier, en date du 13 octobre 2022, son refus de prise en charge de l'intervention projetée, n'a pas jugé utile d'enregistrer des images de son opération du 24 novembre suivant susceptibles d'illustrer ses conclusions.

Quoiqu'il en soit, la question de la clarté du diagnostic souffre ici de rester ouverte puisqu'en toute hypothèse, même le Dr E _____ pose un avis incertain quant à l'existence d'un lien de causalité entre ses propres diagnostics et l'accident. En effet, dans son premier rapport du 28 février 2023, il a posé que les lésions constatées « pouvaient être compatibles avec un accident », il s'agissait dès lors uniquement d'une possibilité. De même, dans son rapport du 25 avril 2023, il a exprimé que les lésions pouvaient être imputables à un accident et, dans son rapport du 27 février 2024, il a répondu « Si je ne peux affirmer avec certitude que ces lésions sont en lien avec l'accident identifié de janvier 2022, je ne peux non plus affirmer le contraire. Le lien de causalité n'est pas exclu ». Il a ainsi uniquement attesté la « possibilité » d'un lien de causalité entre les lésions et l'accident et non sa « probabilité », laquelle est exigée par la jurisprudence susmentionnée pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu.

S'agissant des avis des autres praticiens, ils ne mettent également pas en doute les conclusions étayées de la MA. En effet, comme l'a relevé l'intimée, le Dr F _____ a uniquement pris position quant à l'opportunité d'un séjour stationnaire à la CRR, mais

ne s'est nullement prononcé sur les diagnostics et, en particulier, sur la question déterminante du lien de causalité avec les troubles persistants après le 10 août 2022. Dans son consilium du 13 février 2023, il a pris acte des constatations peropératoires du Dr E _____ sans en déduire qu'elles attestaient leur origine accidentelle. Au contraire, il a rappelé au Dr E _____ qu'un séjour stationnaire à la CRR ne serait pas pris en charge par la CNA, probablement en raison de l'absence de lésion constatée lors des différents examens. Quant aux radiologues et au Dr C _____, comme susmentionné, ils n'ont retenu qu'une bursite, laquelle ne justifiait plus d'incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2022 selon le Dr C _____, que cette atteinte ait été occasionnée par l'accident ou ait uniquement et momentanément été rendue symptomatique par ce dernier, comme l'avait initialement posé la MA dans ses réponses du 27 juin 2022.

A l'aune de ces éléments, le Tribunal ne saurait dès lors faire grief à l'intimée de s'être fondé sur les conclusions de sa MA, conclusion dont la valeur probante n'a pas été mise en doute. Partant, force est ainsi d'admettre que seule la « possibilité » - et non la probabilité (cf. *supra* consid. 2.2) - d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 20 janvier 2022 et les plaintes persistantes émises depuis le 10 août 2022 a été apportée, ce qui n'est pas suffisant à l'aune de la jurisprudence susmentionnée. C'est donc à juste titre que l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations fondées sur l'accident assuré au-delà du 10 août 2022. A titre superfétatoire, il est encore relevé que cette dernière date est en toute hypothèse plus favorable au recourant que celle du 20 avril 2022 fixée par la MA ou de celle du 1^{er} juin 2022 indiquée par le Dr C _____.

3.4 Dans ces circonstances, 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 plaintes rapportées dès le 10 août 2022 avec l'événement du 20 janvier 2022, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prêter concernant ces troubles. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

4. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis 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).

Prononce

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

Sion, le 17 décembre 2024