

S2 25 44

ARRÊT DU 10 MARS 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Delphine Rey, greffière

en la cause

X _____, recourant

contre

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

(lien de causalité naturelle, valeur probante, renvoi)

Faits

A. X _____, né en 1963, travaillait depuis le 1^{er} avril 2013 comme chauffeur à 60 % auprès de la A _____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) (pièce 1 CNA).

Le 18 octobre 2024, lors d'une randonnée/promenade, il a fait une chute sur la tête et sur le côté droit (pièce 1 CNA). Le 21 octobre suivant, il a consulté la Dresse B _____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a constaté quelques dermabrasions au visage. Concernant l'épaule droite, l'élévation était impossible et la rotation externe était très douloureuse. Le traitement consistait en de l'antalgie et du repos. La Dresse B _____ a attesté une incapacité de travail totale (pièces 2, 8 CNA). L'échographie de l'épaule droite, réalisée le 24 octobre 2024, a montré une rupture complète du tendon sus-épineux et un épanchement péri-tendineux dans la gouttière bicipitale (pièce 14 CNA). Quant à la radiographie de l'épaule droite, réalisée le même jour, elle a mis en évidence une ébauche d'arthrose gléno-humérale (pièce 15 CNA). A la suite de ces examens, la Dresse B _____ a retenu les diagnostics d'arthrose de l'épaule droite et d'atteinte de la coiffe des rotateurs (pièce 8 CNA).

La CNA a pris en charge le cas (pièce 4 CNA).

Le 5 novembre 2024, l'assuré a été vu au Service d'orthopédie-traumatologie de C _____. Les médecins ont suspecté une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ils ont indiqué que l'assuré ressentait des douleurs à la mobilisation de son épaule depuis le traumatisme du 18 octobre précédent. L'examen clinique avait montré une mobilité active avec une flexion à 80° et passive à 150° ainsi qu'une mobilité gléno-humérale passive avec abduction et avec rotation externe libre et symétrique. Les Drs D _____ et E _____ ont proposé d'effectuer une arthro-IRM (pièce 11 CNA).

L'IRM de l'épaule droite, effectuée le 8 novembre 2024, a objectivé une déchirure transfixiante de la totalité du tendon du sus-épineux, d'allure aiguë, avec rétraction de stade III du moignon tendineux et légère amyotrophie du sus-épineux, une déchirure transfixiante de la quasi-totalité du tendon du sous-épineux, d'allure aiguë, avec rétraction de stade III du moignon tendineux, légère amyotrophie et involution graisseuse de grade II du sous-épineux, une tendinopathie du sous-scapulaire et de la portion

horizontale du long chef du biceps et un important épanchement et synovite de l'épaule, de la bourse sous-acromiale et de l'articulation acromio-claviculaire (pièce 23 CNA).

A la suite de cet examen du 8 novembre 2024, l'assuré a été revu par les Drs D _____ et E _____. L'examen clinique était comparable à celui du 5 novembre précédent. Une prise en charge chirurgicale a été proposée à l'assuré. L'autre option consistait à traiter la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite de manière conservatrice (pièce 16 CNA).

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2024, la Dresse F _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'évolution était défavorable avec la présence d'une impotence fonctionnelle et de douleurs persistantes au niveau de l'épaule droite. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de séances de physiothérapie. La suite de la prise en charge serait discutée le 10 décembre suivant (pièce 12 CNA).

Avant de statuer, la CNA a soumis le dossier au Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son appréciation du 27 janvier 2025, ce médecin d'arrondissement a remarqué que l'assuré n'avait pas présenté d'impotence fonctionnelle de type pseudo-paralysie de l'épaule à la suite du traumatisme du 18 octobre 2024. Il a également constaté, à l'examen attentif de l'IRM du 8 novembre 2024, que les lésions décrites étaient des lésions anciennes d'origine dégénérative. Il a en effet noté l'absence d'œdème au niveau du tendon déchiré du sus-épineux, une rétraction de la glène de type Patte III parlant plutôt en faveur d'une ancienne lésion, ainsi qu'une infiltration graisseuse de type Goutallier II au niveau du sus-épineux notamment. Il a en outre relevé des troubles dégénératifs débutants au niveau de la gléno-humérale ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire relativement importante et une surélévation de la tête parlant plutôt pour des lésions anciennes au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule. On pouvait ainsi admettre que l'assuré avait présenté une contusion de l'épaule droite ayant entraîné une aggravation passagère de lésions dégénératives préexistantes. Les effets de cette contusion avaient perduré, selon la vraisemblance prépondérante, pendant quatre mois à compter du sinistre. Il a précisé que l'accident du 18 octobre 2024 n'avait pas entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'autres lésions structurelles objectivables au niveau de l'épaule droite. De telles lésions étaient tout au plus possibles. Il en allait de même concernant le dommage sur lequel allait porter l'opération (pièce 29 CNA).

Le 3 février 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des prestations d'assurance avec effet au 18 février 2025, dès lors que, selon l'appréciation médicale, son état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 18 octobre 2024 pouvait être considéré comme atteint dès cette date. Elle a précisé qu'elle ne prendrait pas en charge l'opération prévue (pièce 31 CNA).

Par courrier du 12 février 2025, l'assuré a contesté la fixation du *status quo sine vel ante* au 18 février 2025. Il a allégué qu'il n'arrivait plus à lever son bras depuis la chute du 18 octobre 2024, que son atteinte résultait de la rupture et de la disparition du tendon de l'épaule à la suite de cette chute et non d'un état préexistant à l'accident et qu'il n'avait aucune influence sur la date de l'opération (12 mars 2025) (pièce 37 CNA).

Par décision du 14 février 2025, la CNA a confirmé la fin des prestations d'assurance au 18 février 2025, motif pris que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident (pièce 41 CNA).

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 26 février 2025. Il ressort du procès-verbal d'opposition que l'assuré a soutenu que l'IRM de l'épaule droite avait montré la disparition du tendon qui était la cause des séquelles actuelles de la non-mobilité de l'épaule et qui limitait l'amplitude de mouvement, ce qui générait un arrêt de travail. Malgré son insistance due à ses douleurs, la date de l'opération n'avait pas pu être avancée (pièce 43 CNA).

Le 27 février 2025, la CNA a accusé réception de l'opposition et a accordé à l'assuré un délai au 11 avril suivant pour déposer le compte-rendu de l'opération du 12 mars 2025 (pièce 44 CNA).

Par décision sur opposition du 23 avril 2025, la CNA a confirmé la fin des prestations au 18 février 2025, le *status quo sine vel ante* ayant été atteint au plus tard quatre mois après l'accident. Elle a notamment relevé l'absence de pièces médicales mettant en doute les conclusions motivées du Dr G _____ et a rappelé que le raisonnement fondé sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc* ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales (pièce 53 CNA).

Le 28 avril 2025, C _____ a transmis à la CNA le protocole opératoire de l'intervention du 12 mars 2025 (pièce 54 CNA). Il ressort de ce rapport que le Dr D _____ a effectué une arthroscopie de l'épaule droite avec reconstruction de la coiffe des rotateurs ainsi qu'une acromioplastie et une résection prophylactique de

l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite en raison d'une rupture massive et traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (pièce 55 CNA).

B. X _____ a recouru céans le 29 avril 2025 contre la décision sur opposition du 23 avril précédent, en rappelant les arguments précédemment soulevés et en concluant, que son état de santé actuel était la conséquence de la chute du 18 octobre 2024 et non d'une maladie.

Dans sa réponse du 9 mai 2025, la CNA a conclu au rejet du recours et a produit une brève appréciation du 8 mai 2025 du Dr G _____. Elle a allégué que les critiques du recourant, qui revêtaient pratiquement un caractère appellatoire, étaient insuffisantes pour remettre en cause les conclusions du Dr G _____. Quant au protocole opératoire du 12 mars 2025, elle a fait valoir qu'il n'apportait rien de nouveau, comme l'avait relevé le Dr G _____, et « rien en particulier qui permette de retenir l'existence d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite imputable à l'événement assuré ».

Dans sa réplique du 3 juin 2025, le recourant a allégué qu'il ne pouvait plus lever son bras droit depuis l'accident du 18 octobre 2024, qu'il était toujours en arrêt de travail parce que il n'avait pas suffisamment de force pour décharger le semi-remorque, comme attesté par le rapport de contrôle du 2 juin précédent de son chirurgien, qu'il était normal qu'à 62 ans son épaule ne soit plus aussi vigoureuse qu'à 20 ans, qu'il n'était pas juste de considérer que son problème à l'épaule était dû à l'usure et que le Dr G _____ n'allait pas décider en défaveur de la CNA dès lors qu'il travaillait pour cet établissement.

Dans sa duplique du 7 juillet 2025, la CNA a notamment rappelé que l'existence d'un rapport de travail entre un médecin et un assureur ne permettait pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité.

L'échange d'écritures a été clos le 16 septembre 2025.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 29 avril 2025, le recours contre la décision sur opposition du 23 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) devant l'instance compétente (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. Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 18 février 2025, pour les suites de l'accident du 18 octobre 2024.

2.1 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. 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 et 117 V 359 consid. 5d/bb). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet évènement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3, 148 V 138 consid. 5.1.1 et 142 V 435 consid. 1). 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 et 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références).

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 et 135 V 39 consid. 6.1 avec 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2). Dans ce cadre, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

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 142 V 235 consid. 2.3.2.2 et 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

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 prépondérant. 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). 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 139 V 176 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 3).

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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_471/2021 du 10 décembre 2021 consid. 4.1 et 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, 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 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 3.3). Cependant, le Tribunal fédéral n'a pas exclu que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de l'appréciation du médecin-conseil (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.3).

3.

3.1 En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil pour mettre un terme au versement des prestations d'assurance avec effet au 18 février 2025, au motif que les douleurs qui ont persisté au-delà de cette date n'étaient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 18 octobre

2024. L'opération du 12 mars 2025 n'était pas due, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la chute du 18 octobre précédent.

Les rapports du médecin-conseil de l'intimée ne sont cependant pas suffisamment probants compte tenu des autres pièces médicales figurant au dossier.

En effet, le Dr G _____ a considéré que l'accident du 18 octobre 2024 n'avait occasionné qu'une contusion de l'épaule droite, laquelle avait transitoirement – durant quatre mois – aggravé un état dégénératif préexistant. Il a estimé que les lésions décrites à l'IRM du 8 novembre 2024 étaient des lésions anciennes d'origine dégénérative. Il a notamment constaté, à la lecture des images, l'absence d'œdème au niveau du tendon déchiré du sus-épineux, une rétraction à la glène de type Patte III parlant plutôt pour une ancienne lésion, ainsi qu'une infiltration graisseuse de type Goutallier II au niveau du sus-épineux notamment. Or, il ressort du rapport de l'IRM du 8 novembre 2024 qu'un œdème avait été mis en évidence au niveau des muscles du sus-épineux et du sous-épineux, ce qui suggérerait que les déchirures tendineuses du sus-épineux et du sous-épineux étaient récentes. L'interprétation des images par le Dr G _____ diverge ainsi de celle du radiologue. Par ailleurs, le Dr D _____ a retenu une rupture massive et traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Dans le protocole opératoire, il a indiqué avoir constaté lors de l'intervention chirurgicale du 12 mars 2025 qu'une partie de l'insertion du supra-épineux était en place avec une déchirure intra-tendineuse comme on le voyait souvent lors de traumatismes.

En conséquence, les rapports médicaux au dossier sont suffisants pour faire naître un doute quant aux conclusions du Dr G _____.

3.2 L'autorité cantonale qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder elle-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal

fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

Dans la mesure où l'appréciation du médecin-conseil est mise en doute par les constatations du radiologue et du Dr D _____, l'intimée ne pouvait pas se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle entre les plaintes de l'assuré au-delà du 18 février 2025 et l'accident du 18 octobre 2024 sur la base de l'avis du Dr G _____ uniquement. L'intimée aurait dû procéder à des investigations complémentaires avant de statuer sur la date du *statu quo sine vel ante*. Il se justifie ainsi d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à qui il incombera de compléter l'instruction.

4. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à la CNA pour qu'elle complète l'instruction en mettant en œuvre une expertise orthopédique indépendante, puis rende une nouvelle décision.

5. Le recourant qui obtient gain de cause peut, en principe, prétendre à des dépens (art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA ; art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Néanmoins, dans la mesure où il n'était pas assisté d'un mandataire professionnel et que ni l'importance de la cause ni sa complexité n'ont rendu objectivement nécessaires des frais ou un volume de travail excédent ce qu'un particulier peut ordinairement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts, il ne lui est pas alloué de dépens (ATF 128 V 323 consid. 1a, 127 V 205 consid. 4b ; MÉTRAL, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, 2025, n° 103 ad art. 61).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. ^{f^{bis}} LPGA, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas la perception).

Prononce

1. Le recours est admis.
2. La décision sur opposition du 23 avril 2025 est annulée et la cause renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants 3.2 et 4.
3. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 10 mars 2026