



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 117

Arrêt du 10 juin 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann
Greffière-stagiaire :	Margaux Chevillat

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Alex Matos, avocat,
contre
SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents - causalité - épaulé, coiffe des rotateurs
Recours du 18 juillet 2025 contre la décision sur opposition du 17 juin 2025

considérant en fait

A. A. _____, né en 1960, chauffeur poids lourds au chômage, travaillait occasionnellement comme chauffeur de taxi, réalisant de la sorte un gain intermédiaire.

Le 14 août 2024, il a chuté sur son épaule droite alors qu'il était en train de décharger une valise.

B. La Suva - auprès de laquelle il était assuré via l'assurance-chômage - a instruit ce cas qui lui avait été annoncé.

Le 28 octobre 2024, elle a indiqué mettre préventivement fin aux prestations.

L'assuré a subi une arthroscopie le 21 novembre 2024, avec « *ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion du sus-épineux par mini open* ».

C. Par décision du 3 février 2025, confirmée sur opposition le 17 juin 2025, la Suva a définitivement prononcé la fin du droit aux prestations au 3 septembre 2024, au motif que l'accident avait alors cessé de déployer ses effets, son refus de prise en charge s'étendant ainsi à l'opération effectuée plus tard.

Elle se basait notamment sur les appréciations médicales de sa médecin-conseil, celles-ci contestées par la chirurgienne ayant opéré l'assuré.

D. Représenté par Me Alex Matos, avocat à Fribourg, A. _____ interjette un recours auprès de la Cour de céans le 18 juillet 2025, concluant, avec suite de frais et d'une indemnité de partie, principalement, à la poursuite de la prise en charge de son cas après le 3 septembre 2024, subsidiairement, au renvoi de la cause à la Suva pour mise sur pied d'une expertise médicale orthopédique au sens de l'art. 44 LPG. Il conteste, pour l'essentiel, se prévalant en cela de rapports médicaux figurant au dossier pour critiquer l'opinion - comme du reste la spécialité - de la médecin-conseil de la Suva, d'une origine supposément dégénérative des lésions constatées au niveau de son épaule droite. Il soutient au contraire que celles-ci ont été causées de manière prépondérante par l'évènement annoncé, survenu le 14 août 2024.

Dans ses observations du 7 août 2025, la Suva propose le rejet du recours.

Le 29 septembre 2025, le recourant répète les reproches formulés à l'encontre de la décision querellée en les étayant et modifie ses conclusions subsidiaires, dans le sens où il demande également, avant tout renvoi de cause à la Suva, que la Cour procède elle-même à la mise sur pied d'une expertise orthopédique « *au sens de l'art. 44 LPG* ».

Le 28 novembre 2025, la Suva campe sur ses positions.

Des déterminations de la médecin-conseil et de la médecin traitante se répondant l'une et l'autre ont encore été produites à l'appui de ces échanges.

Il sera fait état du détail des arguments soulevés par les parties dans les considérants en droit, dans le cadre desquels seront notamment examinés et discutés les avis médicaux dont elles se prévalent.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Dispositions relatives au lien de causalité entre un accident et des troubles physiques

2.1. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références).

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement 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'événement 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 (ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références).

Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 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 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle

au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

2.3. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées).

2.4. S'agissant précisément de la question du lien de causalité en lien avec les lésions de la coiffe des rotateurs, le Tribunal fédéral a constaté que le point de savoir si un traumatisme consistant en un choc direct sur l'épaule était de nature ou non à causer, respectivement aggraver, une lésion de la coiffe des rotateurs, faisait l'objet d'une controverse médicale.

Il a ainsi précisé qu'il n'y avait pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations de la victime. Il convenait bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (arrêt TF 8C_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3 et les références).

2.5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

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. 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, 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 (arrêt TF 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 3 et les références citées).

Même à supposer l'implication de troubles dégénératifs préexistants, l'origine exclusivement malade doit être établie. Sans quoi, même s'il existait un état maladif antérieur,

l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi (arrêt TF 8C_461/2023 précité consid. 4.3.1.1).

3.

Dispositions relatives à l'instruction et à l'appréciation des preuves

3.1. La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

3.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.3. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.4. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Dans le même temps, vu la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation par le médecin traitant, dès lors que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

3.5. Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 *in fine*), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

4.

Problématique

Est litigieux le lien de causalité entre les troubles persistant au niveau de l'épaule droite au-delà du 3 septembre 2024 et l'évènement du 14 août 2024.

La Suva soutient en substance que ce dernier évènement n'a fait qu'aggraver passagèrement des troubles essentiellement dégénératifs.

Le recourant estime pour sa part que les atteintes à son épaule droite sont d'origine accidentelle et qu'elles doivent ainsi être prises en charge par l'assurance-accidents.

Qu'en est-il ?

5.

Evènement annoncé et instruction du cas – rapports médicaux et appréciation de la médecin-conseil – décision initiale

5.1. Par déclaration du 27 septembre 2024, le recourant, chauffeur poids lourds né en 1960, a annoncé avoir subi un accident le 14 août 2024 (dossier Suva, pièce 1).

Il se trouvait ce jour-là au chômage et réalisait une activité occasionnelle de chauffeur de taxi, celle-ci lui procurant un gain intermédiaire.

Survenus à cette occasion, les faits ont été décrits comme suit : « *chute lors du déchargement d'une valise* ».

Une lésion à l'épaule « *gauche* » était alors signalée.

Dans le cadre de l'instruction médicale, il est cependant apparu que c'était bien l'épaule « *droite* » qui avait été touchée.

Le recourant avait au départ consulté sa médecin de famille, la Dre B._____.

5.2. Dans un rapport du 28 octobre 2024, la Dre C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, auprès du Centre D._____ SA, diagnostiqua une « *rupture transfixiante sus-épineux suite à un traumatisme le [14].08.2024 épaule D* » (dossier Suva, pièce 10).

L'imagerie médicale avait en effet révélé une « *rupture transfixiante du sus-épineux, pas d'atrophie musculaire, également déchirure partielle du sous-scapulaire et du sous-épineux, lésion SLAP type II, arthrose AC et bursite sous-acromiale* ».

La spécialiste revenait sur les circonstances de l'accident ainsi que sur le suivi médical, évoquant un « *faux mouvement* » : « *Le patient est envoyé par la Dre B._____, il a fait un faux mouvement avec un geste forcé avec son bras D le [14].08.2024, pour se retenir en glissant, il a ressenti une vive douleur et a entendu un craquement au niveau de son épaule. Depuis, douleurs et difficultés pour lever le bras. Avant il n'avait pas de problème au niveau de son épaule. Il travaille comme chauffeur de car pour enfants. Actuellement, pas d'arrêt de travail, il prend régulièrement des anti-inflammatoires pour les douleurs et a des réveils nocturnes réguliers* ».

A l'examen clinique, elle notait une « *articulation AC indolore, gêne au niveau du long chef du biceps, la mobilisation est limitée avec une abduction/élévation jusqu'à 70°, Jobe à peine tenu, rotation externe à 40°, rotation interne jusqu'à la sacro-iliaque, rotation externe sans LEG mais affaibli ainsi que le Lift off qui n'est pas faisable actuellement mais le Bear Hug avec une force conservée, Palm up positif* ».

Pour elle, la lésion, d'origine traumatique, allait devoir être chirurgicalement réduite : « *Il s'agit d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs, on pose l'indication pour une réinsertion et ténotomie/ténodèse du long chef du biceps en date du 21.11.2024. Le patient est informé des risques et des bénéfices. Antalgie selon besoin jusqu'à l'intervention* ».

5.3. Par courrier du même jour, soit le 28 octobre 2024, la Suva informait le recourant qu'elle mettait préventivement fin « *au versement des frais de traitement et des indemnités journalières* », ceci « *sur la base de nouveaux éléments* » (dossier Suva, pièce 11).

Elle allait prendre une « *décision définitive dès que les clarifications nécessaires* » auront été « *achevées* ».

5.4. De nouvelles pièces médicales parviendront ensuite à la Suva.

Parmi lesquelles :

- un rapport d'arthro-IRM pratiqué le 3 septembre 2024 par le Dr E._____, radiologue FMH, lequel faisait état d'une « *déchirure transfixiante du sus-épineux. Déchirure intrinsèque du sous-*

scapulaire et sous-épineux. SLAP2 Arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale. Pas de lésion de la glène », dans le sens des atteintes précédemment rapportées par la Dre C._____.

Au niveau des structures osseuses, une « *arthrose AC* » était mentionnée (dossier Suva, pièce 20);

- un rapport du 3 octobre 2024 du Dr F._____, radiologue FMH, qui observait pour sa part une « *arthrose acromio-claviculaire diminuant la hauteur sous-acromiale. La tête de l'humérus est centrée sur la glène* » et relevait l'absence de « *lésion osseuse traumatique récente ou suspecte* » ainsi que d'une « *anomalie significative à décrire des parties molles* » (dossier Suva, pièce 24).

5.5. Le recourant a été opéré le 21 novembre 2024 par la Dre C._____, celle-ci assistée par la Dre G._____ (protocole opératoire, dossier Suva, pièce 26).

5.5.1. Le diagnostic posé par elle au départ a été confirmé.

L'indication préopératoire signalait une « *chute le [14].08.2024 avec vives douleurs et craquement Depuis, difficultés et douleurs à l'élévation du bras* ».

L'intervention a consisté en une « *arthroscopie diagnostique épaule D, ténotomie et ténodèse long chef biceps, acromioplastie, réinsertion sus-épineux par mini-open* ».

Était notamment précisé ceci : « *Abord du scope par voie postérieure. Instrumentation antérieure. Minime chondromalacie grade I sur la tête humérale. Le cartilage de la glène est normal. Lésion SLAP II à III. Le sous-scapulaire présente une lésion de la partie haute. Grande lésion, complète, du sus-épineux. Le sous-épineux est intact. Ténotomie à l'origine du biceps au VAPR* ».

Le tendon présentait par ailleurs « *une élasticité moyenne* » et était « *légèrement affiné* ».

5.5.2. Dans un rapport post-opératoire du 26 novembre 2024, le Dr H._____, directeur médical du Centre D._____ SA, confirmait tout cela, précisant encore la présence d'un « *conflit sous-acromial de l'épaule D* » (dossier Suva, pièce 25).

5.5.3. Au contrôle du début du mois de janvier 2025, la Dre C._____ indiquait que la cicatrice était calme et que les fils avaient été enlevés sans problème (dossier Suva, pièce 40).

Elle notait une « *mobilisation de l'épaule libre avec abduction élévation facile jusqu'à 40°* » et prescrivait une poursuite de la physiothérapie.

5.6. Ce n'est que le 10 janvier 2025, après plusieurs rappels de la Suva, que le rapport initial de la Dre B._____ fut rédigé, soit environ 5 mois après l'accident de la mi-août 2024 (dossier Suva, pièce 42).

Celle-ci indiquait que le recourant avait « *fait un faux mouvement avec un geste forcé avec son bras D, pour se retenir en glissant et il a[vait] ressenti une vive douleur et entendu un craquement au niveau de son épaule* ». Il avait eu, depuis, des « *douleurs* » et des « *difficultés pour lever le bras* ».

A l'examen clinique, elle constatait une gêne dans la région de la gouttière antérieure avec une mobilisation limitée, l'abduction/élévation étant réalisée à un maximum de 70°.

Le diagnostic précédemment posé d'une « *rupture transfixiante du sus-épineux de l'épaule droite* », avec une « *lésion SLAP II* » et un « *conflit sous-acromial* » était confirmé.

5.7. La Suva a soumis le cas du recourant à sa médecin-conseil, la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale, pour « *une appréciation brève* » datée du 20 janvier 2025 (dossier Suva, pièce 45).

Il lui a tout d'abord été demandé si l'accident avait entraîné d'autres lésions structurelles objectivables et elle a répondu qu'il n'avait occasionné qu'une « *entorse légère* » : « *Tout au plus une entorse légère qui peut être considérée comme guérie à la date de l'IRM en l'absence de lésion ostéo-ligamentotendineuse structurelle traumatique récente, contusion osseuse et/ou des tissus mous* ».

La Dre I._____ est à cet égard revenue sur les circonstances et les suites de l'évènement annoncé, pour retenir que celui-ci n'avait fait qu'aggraver un état dégénératif préexistant : « *Les déclarations divergent, la chute d'une valise, une chute sur l'épaule droite, un faux mouvement avec geste forcé du bras. Dans tous les cas, si le mouvement initial avait engendré une rupture de 3 des 4 tendons de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire), il y aurait eu une réaction inflammatoire majeure (infiltration, œdème, tuméfaction) des tissus avoisinants à l'IRM. Or, cet examen, effectué à distance de 19 jours du traumatisme, n'identifie aucun élément compatible avec une réaction locale, ce qui tend à confirmer que l'assuré a présenté une aggravation transitoire d'un état préexistant* ».

D'autres éléments, comme l'âge du recourant - 64 ans -, lui faisaient dire que l'accident annoncé n'avait fait qu'aggraver un état antérieur, seul un « *lien temporel* » pouvant dès lors être retenu entre ce dernier et les lésions observées : « *A noter également que les 3 muscles des tendons incriminés présentent une involution graisseuse à l'IRM, au contraire de ce qui est noté dans le rapport, et en confrontation au muscle petit rond (sous le muscle sous-épineux) situé à la face postérieure de l'omoplate. Il faut également mentionner une composante algique et non une perte de force à l'examen clinique, qui est pathognomonique de l'atteinte dégénérative. En effet, une rupture tendineuse traumatique engendre une perte de force. La totalité de ces éléments plaide pour une atteinte dégénérative préexistante chez un assuré de 64 ans. L'apparition des plaintes après le traumatisme signe uniquement un lien de temporalité et non de causalité* ».

Ainsi, pour la Dre I._____ qui se référait notamment aux diagnostics établis sur la base de l'imagerie médicale, il n'existait tout au plus qu'une possibilité que l'accident ait causé une rupture au niveau de la coiffe des rotateurs, vu l'absence de lien de causalité.

La responsabilité de l'assurance-accidents n'était selon elle plus engagée au moment de l'IRM du 3 septembre 2024 montrant l'état dégénératif préexistant.

5.8. Sur la base de cette appréciation, la Suva a informé le recourant que le droit aux prestations s'était éteint à cette dernière date, soit le 3 septembre 2024 (dossier Suva, pièce 54).

Elle rendait une décision formelle dans ce sens le 3 février 2025.

6.

Opposition – rapports et appréciations ultérieures – décision sur opposition

6.1. Alors représenté par sa protection juridique Assista, le recourant a fait opposition à la décision initiale le 11 mars 2025 (dossier Suva, pièce 72).

Il se prévalait en substance de l'avis médical de la Dre C. _____ pour soutenir que les lésions constatées au niveau de l'épaule droite et opérées étaient bien de nature accidentelle.

6.2. Cette dernière répondait d'ailleurs - dans une écriture manuscrite difficile parfois à déchiffrer - aux questions complémentaires posées par l'opposant (annexe, pièce 73) :

« Q. Préalablement au suivi pour la question de l'accident, suiviez-vous déjà votre patient ? R. Non. Q. Les atteintes sont-elles des suites dites classiques d'un accident ? R. Oui. Rupture transfixiante sans atrophie musculaire ni dégénération graisseuse significative. Q. A votre connaissance, Monsieur souffrait-il d'une atteinte préexistante ? R. Non. Q. Si tel est le cas, cette atteinte a-t-elle été aggravée par l'évènement du 14 août 2024 ? R. Avant, pas de douleurs ni limitation fonctionnelle à l'épaule droite. Q. La Dre I. _____ soutient que l'accident a tout au plus causé une entorse légère (...). Partagez-vous cet avis ? R. Une déchirure transfixiante dégénérative chronique serait accompagnée d'une atrophie musculaire et une dégénération graisseuse de celui-ci. Le patient se [plaindrait ?] déjà avant l'accident de douleurs ».

Concernant les observations de la Dre I. _____, la Dre C. _____ répondait ceci : *« Il s'agit principalement d'une rupture du sus-épineux avec peu de rétraction (pas des 3 tendons) où une réaction inflammatoire majeure n'est pas forcément présente ni visible sur une IRM [injectée intra-articulaire ?] » ; « Je partage l'avis du radiologue qui ne décrit pas d'atrophie ou peu au niveau des muscles de la coiffe des rotateurs. Je ne retrouve pas une différence marquée entre le [...] minor les trois autres, concernant l'atrophie ni l'involution graisseuse. A l'examen clinique du 3 octobre 2024, il présente clairement une limitation et une perte de force en abduction/élévation ».*

6.3. L'avis complémentaire de la Dre C. _____ a alors été transmis à la Dre I. _____.

Cette dernière a en substance maintenu sa position : *« Selon mon analyse des images radiologiques, les conclusions suivantes peuvent être retenues : - CSA (critical angle shoulder) de 25° signant une arthrose gléno-humérale. - Index acromial de 0.71 qui signe une rupture de la coiffe des rotateurs. L'arthro-IRM du 03.09.2024, soit à distance de 3 semaines du traumatisme, n'identifie pas de lésion ostéo-ligamentotendineuse structurelle traumatique récente, contusion osseuse et/ou des tissus mous compatible avec une rupture tendineuse multiple traumatique. On note un signe de la tangente (atrophie tardive du sus-épineux), un black bird sign (atteinte précoce du sus-épineux) ainsi qu'une involution graisseuse (stade I-II) des muscles sus- et sous-épineux ainsi que du sous-scapulaire. Tous ces signes sont compatibles avec une atteinte chronique, dégénérative. A noter également que les plaintes de l'assuré sont des douleurs, sans perte de force annoncée, ce qui est également cohérent avec une atteinte chronique. Dans ce dossier, l'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs n'est pas retenue par l'orthopédiste traitante, ni le radiologue »* (appréciation du 7 avril 2025, dossier Suva, pièce 75).

Elle proposait, cela étant, de soumettre le cas au Prof. J. _____, spécialiste FMH en radiologie diagnostique interventionnelle, pour relecture de l'imagerie médicale.

6.4. Dans un rapport du 16 mai 2025 (dossier Suva, pièce 80), ce dernier spécialiste revient tout d'abord sur les conditions de la réalisation de l'IRM et note tout ce qui a pu y être observé concernant l'ensemble des lésions évoquées dans les différents avis figurant au dossier, le diagnostic retenu jusque-là étant, pour l'essentiel, confirmé : *« Cette arthro-IRM a été réalisée par injection de produit de contraste par voie antérieure. Je retrouve une large déchirure de la face articulaire du tiers supérieur du sous-scapulaire s'étendant sur les deux tiers supérieurs (image 14 série 601).*

Déchirure subtransfixiante de tout le supra-épineux avec une extension fissuraire interstitielle au niveau du tendon de l'infra-épineux, avec une extension proximale au niveau de la jonction myotendineuse de l'infra-épineux. Rupture transfixiante du supra-épineux au niveau de son insertion distale avec rétraction jusqu'à mi tête. Importante extension du produit de contraste dans la bourse sous acromio-deltôidienne. Comme vous le mentionnez, il y a une extension du produit de contraste au niveau du chef musculaire du sous-scapulaire ainsi que de l'infra-épineux, mais sans extension de produit de contraste proximale au niveau de la loge musculaire du supra-épineux. Il y a une amyotrophie de l'ordre de 20 à 30 % du supra-épineux avec une infiltration graisseuse stade Goutallier I des supra-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire. Pas d'anomalie au niveau du petit rond. Pas d'évidence de lésion gléno-humérale cartilagineuse. Désinsertion labrale supérieure (image 11 série 801 et image 9 série 901) correspondant à une lésion de type SLAP IIA. Tendinopathie du tendon du long chef du biceps dans la poulie bicipitale ».

Il ajoutait que d'autres examens avaient encore été réalisés, qui montraient une discrète arthrose acromio-claviculaire mais aucun signe en revanche d'une lésion traumatique : « Cet examen a été complété par des radiographies standards ne montrant pas de signe d'ascension de la tête humérale. Discrète arthrose acromio-claviculaire. Pas de calcification visible. Pas de lésion traumatique. Les mesures de CSA sont bien mesurées à 25° avec un index acromial de 07 ».

A la suite de quoi, le Prof. J. _____ répondait aux questions qui lui étaient posées.

6.4.1. Il estimait, dans un premier temps, qu'il existait un état dégénératif de l'épaule précédant la survenance de l'évènement avec la présence antérieure « probable » d'une lésion partielle du tissu de la coiffe des rotateurs, laquelle aurait également pu subir une extension après le traumatisme : « Il y a bien une tendinopathie dégénérative des tendons de la coiffe des rotateurs, en particulier au niveau du supra-épineux mais il est tout à fait possible que la composante de désinsertion de la portion centrale moyenne du supra-épineux se soit désinsérée suite au traumatisme, mais avec une dégénérescence tendineuse sous-jacente déjà présente. De même, il est tout à fait probable que la dégénérescence avec une lésion partielle de la coiffe des rotateurs s'étendant au niveau interstitiel de l'infra-épineux était présente avant le traumatisme, et il est difficile d'exclure qu'il n'y a pas une extension de cette déchirure interstitielle suite au traumatisme. Il en va de même avec la déchirure de la face profonde et interstitielle du sous-scapulaire » ; « il y avait bien une lésion dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs mais il y a probablement eu une progression des lésions suite à un traumatisme sur le tissu altéré chez ce patient ».

6.4.2. Compte tenu de l'âge avancé du recourant, il ne lui était en revanche pas possible de dire, sur la base uniquement des images, si la lésion de type SLAP II était ou non d'origine traumatique : « Les lésions de type SLAP II sont quand même le plus souvent post-traumatiques avant l'âge de 40 ans. Toutefois, ce patient de 63 ans présente une tendinopathie du long chef du biceps avec une lésion de type SLAP II sur un labrum qui semble encore intact, il n'est pas possible de conclure sur ces seules images si l'origine de ce SLAP II est traumatique ou dégénératif microtraumatique ».

Mais il était « possible » que cette dernière lésion ait pu être entraînée par une « traction inattendue » du bras du recourant au moment où il aurait décharger une valise : « Les lésions traumatiques aiguës sont souvent par compression et classiquement, la chute sur un bras tendu ou le bras étant à divers degrés d'abduction de l'épaule ou sinon avec des blessures de type traction qui se produisent à la suite de mouvement brusque ou après avoir soulevé des objets lourds ou peut survenir après une traction inattendue sur le bras. En définitive, selon la description du traumatisme que j'ai à ma disposition parlant pour une chute lors du déchargement de la valise, il est fort probable

qu'il y ait eu une traction inattendue sur ce bras avec possible développement traumatique d'une lésion de type SLAP ».

6.5. Le rapport du Prof. J. _____ a été soumis à la Dre I. _____, pour une nouvelle « *appréciation brève* » datée du 16 juin 2025 (dossier Suva, pièce 83).

6.5.1. Celle-ci considère, dans un premier temps, que le Prof. J. _____ n'est pas à même de confirmer que le traumatisme aurait aggravé l'atteinte dégénérative, citant au surplus les données et valeurs mesurées allant dans le sens de la part prépondérante prise par cette atteinte dégénérative : « *Au final, le Professeur J. _____ identifie des lésions qu'il confirme être d'origine dégénérative. Il estime que le traumatisme aurait pu aggraver l'atteinte dégénérative, mais n'est pas à même de le confirmer* ».

Elle cite au surplus et se réfère à des données et valeurs mesurées allant dans le sens de la part prépondérante prise par cette atteinte dégénérative, à savoir, l'angle critique de l'épaule de 25° signant une arthrose gléno-humérale, l'index acromial de 0.71 signant une rupture de la coiffe des rotateurs par usure, l'absence à 3 semaines du traumatisme de toute lésion ostéo-ligamentotendineuse structurelle traumatique récente et, enfin, une involution graisseuse attestant de la présence d'un processus lent et progressif et qui ne saurait s'être déjà développé une vingtaine de jours après le traumatisme.

6.5.2. Elle finit ainsi par exclure l'origine traumatique des lésions, la chute n'ayant que transitoirement aggravé l'état dégénératif préexistant de la coiffe des rotateurs : « *En conclusion et en l'état du dossier, tous les signes radiologiques sont compatibles avec une atteinte chronique, dégénérative, avec une aggravation transitoire. A noter également que les plaintes de l'assuré sont des douleurs, sans perte de force annoncée, ce qui est également cohérent avec une atteinte chronique, la douleur étant pathognomonique de l'atteinte dégénérative, au contraire de l'atteinte traumatique, qui se caractérise par une perte de force alors que la perte de force, en présence d'une section aiguë d'une structure jusque-là fonctionnelle et intact, ce qui ne semble pas être le cas chez notre assuré* ».

6.6. C'est sur la base de cette dernière appréciation qu'a été rendue le 17 juin 2025 la décision sur opposition querellée, qui confirmait la décision initiale mettant fin aux prestations au 3 septembre 2024, date de l'IRM.

7.

Pièces médicales déposées à l'appui du recours

7.1. La défense du recourant a produit un nouvel avis du 1^{er} juillet 2025 de la Dre C. _____ qui maintient en substance sa thèse d'une origine accidentelle et se détermine sur la dernière appréciation de la Dre I. _____ (dossier Suva, pièce 93).

Elle déclare : « *je ne partage pas cet avis. Monsieur présente une lésion transfixiante du sus-épineux, visible sur l'IRM du 03.09.2024, sans atrophie musculaire significative, évoquant une lésion fraîche. (...) Il présente principalement une lésion du sus-épineux qui est peu rétracté. L'œdème post-traumatique dépend de l'ampleur de la lésion, et il n'est plus toujours visible à 3 semaines post-traumatiques. (...) Sur l'IRM, l'état des muscles de la coiffe des rotateurs correspond à l'âge du patient, Il s'agit plutôt d'un stade I selon Goutallier que d'un stade II. Le rapport du radiologue mentionne « trophicité normale ». A l'examen clinique préopératoire, Monsieur présente clairement*

une faiblesse musculaire en abduction/élévation de l'épaule. (...) Monsieur rapporte, directement après le traumatisme, une perte de force en abduction/élévation du bras, qui est confirmée à l'examen clinique avec la mention : « Jobe à peine tenu ». (...) CSA (critical shoulder angle) de 25° signifie que l'épaule va plutôt développer une arthrose et non pas une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs à long terme. Ceci est donc en faveur d'une lésion traumatique et non pas chronique. L'index acromial de 0.71 correspond plutôt à la limite supérieure qui pourrait favoriser une atteinte dégénérative des tendons à long terme et ce surtout si le patient effectue un travail avec les bras en hauteur de façon répétée. (...) L'involution graisseuse est effectivement un processus lent, mais selon mon interprétation, Monsieur présente un Goutallier I de tous les muscles de la coiffe des rotateurs, ce qui est souvent visible à son âge et ne signifie pas qu'il y ait déjà eu une rupture complète transfixiante préexistante au traumatisme. A ma consultation, Monsieur s'est toujours plaint d'une perte de force à l'élévation du bras, également confirmée au test clinique. Au test de Jobe, Monsieur a eu de la peine à tenir le bras, ce qui signifie clairement une diminution de force ».

7.2. A l'appui de ses observations, la Suva produit une nouvelle détermination circonscrite de la Dre I. _____, celle-ci finissant, au terme d'un argumentaire de plusieurs pages, par maintenir sa position : « Q. De quels troubles en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'évènement du 14 août 2024 souffre l'assuré ? R. Tout au plus une contusion/entorse légère Q. Si l'assuré n'a souffert que d'une aggravation temporaire de son état de santé, quand celle-ci a-t-elle cessé de déployer ses effets délétères ? R. L'entorse peut être considérée comme guérie à la date de l'IRM, soit le 03.09.2024, en l'absence de lésion ostéo-ligamentotendineuse structurelle traumatique récente, contusion osseuse et/ou des tissus mous. La persistance des plaintes au-delà de cette date est à attribuer à l'atteinte dégénérative préexistante. Q. Dans quelle mesure pouvez-vous vous rallier ou vous écarter des raisonnements et conclusions du rapport de la Dre C. _____ du 1er juillet 2025 ? R. Voir argumentaire ci-dessus ».

Dans le cadre de son argumentaire, elle fait essentiellement valoir que la rupture de la coiffe des rotateurs a été le résultat d'un long processus dégénératif, le recourant âgé de 64 ans souffrant d'une tendinopathie propre à altérer les tissus de ladite coiffe.

Elle rappelle à cet égard que « la lésion transfixiante du sus-épineux est une description radiologique et non un diagnostic clinique. L'absence d'atrophie musculaire ne signifie pas forcément qu'il y a eu un traumatisme, par ailleurs, (...) ma consœur va admettre qu'il y a effectivement atrophie (involution graisseuse) de stade Goutallier I ».

7.3. A l'appui de ses contre-observations, la défense du recourant produit un dernier avis du 15 septembre 2025 de la Dre C. _____ qui maintient également sa position, répondant encore à certains points de l'argumentaire de la Dre I. _____.

8.

Discussion

8.1. La discussion portant essentiellement sur le caractère accidentel ou non des lésions observées au niveau de l'épaule droite chez le recourant - et qui auraient donc été occasionnées par l'évènement annoncé du 14 août 2024 -, force est tout d'abord de constater la composante dégénérative de celles-ci.

Si le recourant a bien subi une rupture au niveau de la coiffe des rotateurs, il est en effet indéniablement établi, tous les spécialistes s'étant penchés sur son cas l'ayant noté, que celle-ci s'inscrivait dans un contexte de dégénérescence, une « *arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale* » ayant été signalées au départ par les radiologues chez un assuré né en 1960 et dès lors très proche de la retraite.

Il s'agit ainsi de déterminer le rôle joué par cette dégénérescence, dont l'existence pose en l'espèce la question de savoir si le cas du recourant emporte la responsabilité de l'assurance-accidents ou de l'assurance-maladie.

8.2. En dépit de cet état dégénératif, peut-on admettre que l'évènement annoncé a tout de même pris une part prépondérante dans la survenance de ces lésions ?

Pour la Dre I. _____, non.

L'évènement du 14 août 2024 aurait tout au plus consisté en une « entorse », laquelle n'aurait provoqué qu'une aggravation passagère de quelques semaines, l'état décrit lors de l'IRM du 3 septembre 2024 s'apparentant à un statu quo sine/ante.

La Dre C. _____ estime au contraire que c'est bien le « traumatisme » subi par le recourant qui est à l'origine des lésions observées pour le traitement desquelles la solution chirurgicale pratiquée par elle au mois de novembre 2024 se justifiait pleinement.

Les deux spécialistes, dont les avis ont été sollicités par les parties, ont entamé une discussion nourrie à ce sujet, soutenant l'une et l'autre leur thèse dans ce qui s'est rapidement apparenté à une querelle de spécialistes.

Pour le troisième médecin à s'être prononcé, à savoir le Prof. J. _____, les choses sont un peu moins évidentes.

S'il déclare certes qu'« *il y avait bien une lésion dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs mais il y a probablement eu une progression des lésions suite à un traumatisme sur le tissu altéré chez ce patient* », il écrit aussi, dans le même temps, qu'« *il est tout à fait possible que la composante de désinsertion de la portion centrale moyenne du supra-épineux se soit désinsérée suite au traumatisme, mais avec une dégénérescence tendineuse sous-jacente déjà présente* ».

L'évènement du 14 août 2024 aurait dès lors « *tout-à-fait possiblement* » ou « *probablement* » engendré une aggravation de l'état de l'épaule, ce qui revient, pour ce dernier spécialiste, à considérer que l'aggravation est bien en lien avec le traumatisme subi.

Mais il ne se prononce pas sur la durée de cette aggravation.

En revanche, le Prof. J. _____ estime que la causalité entre l'évènement annoncé et la survenance d'une lésion de type SLAP II (= *atteinte de l'épaule caractérisée par le décollement du bourrelet glénoïdien supérieur (labrum) et du tendon du long biceps. Il s'agit de la forme la plus fréquente de lésion SLAP*) telle que celle finalement observée ne serait que « *possible* » (cf. consid. 6.4.2.).

Ceci, en tenant compte, toutefois, de la « *probabilité* » que le bras droit du recourant ait subi « *une traction inattendue* » en déchargeant une valise.

8.3. C'est le lieu ici de relever qu'une description dynamique de l'évènement (« *pour se retenir en glissant, il a[vait] ressenti une vive douleur et entendu un craquement au niveau de son épaule* »), susceptible en soi de constituer un indice en faveur d'une origine traumatique des lésions, n'a été pour la première fois mentionnée par la Dre C. _____ qu'à la fin du mois d'octobre 2024, pour n'être formellement confirmée par la première témoin concernée, la Dre B. _____, médecin traitant du recourant, que le 10 janvier 2025, soit 5 mois après la survenance de celui-ci et un mois et demi après l'opération dont la prise en charge est demandée.

Ce qui revient à dire que l'on ne sait finalement pas grand-chose sur les circonstances objectives de ce qui avait également été décrit à plusieurs reprises, comme un simple « *faux mouvement* ».

Les circonstances de l'évènement annoncé au départ comme une « *chute* » sont ainsi peu claires.

On sait, en revanche, que des signes clairs d'une lésion traumatique - à tout le moins, d'un choc significatif récent -, ne peuvent se déduire de l'imagerie médicale, écartés qu'ils ont été par les radiologues.

8.4. Les mesures effectuées et les valeurs décrites commentées de manière claire - dans le menu détail - par la Dre I. _____ tendent par ailleurs à constituer un authentique et convaincant faisceau d'éléments indiciels médicaux prouvant que c'est l'état dégénératif de l'épaule droite et les mécanismes d'usure associés à celui-ci, bien plutôt qu'une lésion accidentelle causée sans laisser la moindre trace d'un choc, qui aurait favorisé la survenance d'une rupture de la coiffe des rotateurs.

Les contestations point par point de la Dre C. _____, chirurgienne traitante et en tant que telle susceptible de s'exprimer dans un sens favorable à son patient, sont à appréhender avec du recul, d'autant plus qu'il apparaît également que l'opération pratiquée par elle a non seulement consisté à réduire la rupture, mais également à éliminer les causes d'un mécanisme par usure (« *acromioplastie* ») pour réduire un espace au niveau de l'acromion dont elle laissera pourtant entendre, au fil de ses prises de position ultérieures, qu'il aurait été suffisamment large.

Elle ne pouvait, en tous les cas, faire abstraction totale de l'état dégénératif préexistant pour résolument affirmer que les lésions observées constituaient « *des suites dites classiques* » d'un accident (cf. consid. 6.2.).

Tout cela sans compter que l'existence d'un « *conflit acromial* » avait été mis en évidence par le directeur du centre médical où officie la Dre C. _____, à savoir le Dr H. _____, lequel donnait ainsi poids et sens à la thèse d'une détérioration préexistante des tissus étayée par les valeurs et mesures énumérées plus tard par la Dre I. _____ - dont la spécialité en médecine interne générale ne saurait au demeurant la délégitimer.

Il n'est pas non plus établi, à l'appui des examens cliniques, que les douleurs au niveau de l'épaule droite se soient exprimées de concert avec une perte de force réellement significative, celle-ci en principe clairement vérifiable sitôt après la survenance d'une rupture accidentelle de la coiffe.

8.5. L'âge avancé du recourant et l'impact mesuré des lésions tendent dès lors au contraire à prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il s'agissait bien ici d'une rupture causée par l'usure, survenue dans un contexte dégénératif prééminent.

Il ne peut en effet être retenu que le genre d'évènement annoncé ait été de nature à entraîner à lui seul autre chose qu'une entorse sur une épaule dont la coiffe n'aurait pas déjà été atteinte d'un état

de dégénérescence comparable à celui documenté par les radiologues et notamment commenté par le Prof. J. _____ qui déclarait qu'une origine accidentelle des lésions ne pouvait se déduire des images.

Dans ces conditions, l'aggravation signalée de cet état n'aura probablement tout au plus été que brièvement passagère, au vu de l'altération préexistante (« *tissu altéré*») sur lequel un choc d'une intensité mineure était déjà de nature à entraîner une rupture.

Mais les conséquences d'un tel moindre choc ne pouvaient en tous les cas pas amener le *statu quo ante/sine* au-delà de quelques semaines, l'absence de toute trace d'une lésion accidentelle - notamment au niveau de la glène - à l'IRM du 3 septembre 2024 donnant au contraire à penser qu'il avait bien été atteint ce jour-là.

A tout le moins, et par voie de conséquence, il l'était également au mois de novembre lorsque fut pratiquée l'opération, soit peu de temps après une seconde imagerie médicale achevant de montrer et confirmer l'étendue de l'état dégénératif de l'épaule droite ainsi que l'absence de toute marque d'une lésion traumatique récente.

8.6. Au vu des nombreux avis médicaux figurant au dossier, parmi lesquels l'opinion extérieure du Prof. J. _____ confine déjà à parole d'expert, il n'est pas utile d'en entendre un autre.

Un avis complémentaire ne ferait que prolonger une querelle de spécialistes qui n'avait probablement pas lieu d'être au vu, non seulement, des images médicales montrant une dégénérescence des tissus de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sans trace objectivable d'un choc significatif récent à ce niveau mais, également, du traitement chirurgical ayant essentiellement consisté à réparer les causes et les conséquences d'un mécanisme d'usure de l'épaule chez un patient ayant quasiment atteint l'âge de la retraite.

Tout éventuel doute a, quoi qu'il en soit, bien été levé par la Suva, au terme d'une instruction médicale sérieuse et complète.

9.

Synthèse et sort du litige – frais et indemnité de partie.

Le recours ne parvenant pas à démontrer l'origine accidentelle des lésions observées chez le recourant à l'IRM du 3 septembre 2024, il est rejeté et la décision querellée est par conséquent confirmée.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice.

Aucune indemnité n'est par ailleurs allouée au recourant qui succombe.

(dispositif page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 10 juin 2026/mbo

Le Président

La Greffière-stagiaire