



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 133

Arrêt du 17 juillet 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann

Greffière :

Angélique Marro

Parties

A._____, **recourant**, représenté par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection juridique SA,

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – lien de causalité – force probante des rapports
médicaux

Recours du 26 août 2025 contre la décision sur opposition du
1^{er} juillet 2025

considérant en fait

A. A. _____, né en 1975, travaillait comme plâtrier-peintre indépendant. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Suva.

Le 8 juillet 2024, « *il s'est cogné le pied sur un palier* » et est tombé sur son bras droit. Le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs a été posé.

Pour cet accident, la Suva a alloué des prestations d'assurance, notamment le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux.

Le 14 janvier 2025, il a subi une opération de l'épaule droite.

B. Par décision du 25 février 2025, confirmée sur opposition le 1^{er} juillet 2025, la Suva a mis fin aux prestations d'assurance au 13 janvier 2025, considérant que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident était atteint et que, dès lors, les frais de l'opération du 14 janvier 2025 n'avaient pas à être pris en charge.

C. Le 26 août 2025, le recourant, agissant par son assurance de protection juridique, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant, principalement, à ce que les prestations d'assurance-accidents lui soient octroyées au-delà du 13 janvier 2025, subsidiairement, au renvoi de la cause à la Suva pour instruction complémentaire.

Le 11 septembre 2025, la Suva fait parvenir ses observations – concluant au rejet du recours –, ainsi qu'une appréciation de la médecin d'assurance.

Le 26 septembre 2025, le recourant transmet ses contre-observations, accompagnées d'un rapport de son médecin traitant, puis, le 27 octobre 2025, la Suva fait parvenir ses ultimes remarques et un rapport de la médecin d'assurance.

D. Il sera fait état du détail des arguments formulés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des suspensions estivales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente. Par ailleurs, le recourant, valablement représenté, est directement touché par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

Le recours est ainsi recevable.

2.

Règles relatives à la notion d'accident – lien de causalité

2.1. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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 fédérale 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. 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 (arrêt TF 8C_67/2024 du 15 juillet 2024 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 (ci-après: consid. 3.1), 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).

2.4. 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. Finalement, 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).

3.

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

3.1. 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. 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 (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

3.2. 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).

3.3. 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).

Par ailleurs, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de l'assurance-accidents sont considérés, du fait de leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie respectivement de maladie professionnelle, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt TF 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

En outre, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un médecin interne à l'assureur-accidents dispose d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agit uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre un accident et une atteinte, un examen clinique par ledit médecin ne s'avère pas nécessaire. Le fait qu'un médecin interne à l'assureur-accidents n'a pas examiné personnellement un assuré ne saurait dès lors diminuer la valeur probante de ses rapports (arrêts TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.1 et les références; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2).

3.4. Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, 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 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une expertise doit être diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (arrêt TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 et les références).

3.5. Finalement, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références).

4.

Objet du litige

En l'espèce, est litigieux le droit aux prestations d'assurance au-delà du 13 janvier 2025, plus précisément le lien de causalité entre les troubles persistant au-delà de cette date et l'accident du 8 juillet 2024.

Pour traiter de cette question, il convient de revenir sur l'accident, l'atteinte à la santé et son évolution médicale.

5.

Accident du 8 juillet 2024 et suites

5.1. Le 8 juillet 2024, le recourant, plâtrier-peintre indépendant né en 1975, « *s'est cogné le pied sur un palier* » et est tombé sur son bras droit (doc. 1).

5.2. Le 22 juillet 2024, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée. Il existait une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs intéressant le secteur du sus-épineux avec rétraction tendineuse de grade II.

Il n'y avait pas de lésion de type SLAP (*Superior Labral Anterior to Posterior* = *déchirure du bourrelet glénoïdien (labrum) situé dans la partie supérieure de l'articulation de l'épaule*).

Les tendons sous-épineux et sous-scapulaire étaient intégraux. Il existait un discret épaissement de la portion verticale du tendon long chef du biceps. Il n'y avait pas de lésion des bourrelets glénoïdiens et des ligaments gléno-huméraux.

La trophicité des structures musculaires était normale (doc. 8).

5.3. Dans un rapport du 14 août 2024, le Dr B._____, médecin traitant, spécialiste en médecine générale, précisait que le recourant s'était encoulé en enjambant le rebord de la fenêtre et avait chuté sur le coude droit avec un claquement au niveau de l'épaule.

Il n'existait aucune circonstance particulière pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, telle une maladie antérieure ou un accident.

Le recourant présentait des omalgies droites avec mobilisation douloureuse dans tous les axes.

Concernant le diagnostic, le médecin reprenait celui ressortant de l'IRM, soit rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs intéressant le secteur du sus-épineux avec rétraction tendineuse de grade II (doc. 8).

5.4. Le 12 septembre 2024, le recourant a été vu par la Dre C._____, médecin traitante, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Elle relevait que le recourant avait chuté au travail le 8 juillet 2024 avec réception sur l'épaule droite. Depuis, il présentait des difficultés importantes à l'élévation du bras. Occasionnellement, les douleurs le réveillaient la nuit.

Le recourant présentait une incapacité de travail de 90%, mais il se déplaçait tout de même sur son lieu de travail, puisqu'il était indépendant et devait encore effectuer beaucoup de travail jusqu'à la fin de l'année.

Au vu de la lésion importante du sus-épineux, une refixation était proposée.

Le recourant souhaitait cette intervention, mais pas avant l'année prochaine en raison des travaux à terminer dans le cadre de son travail.

La date du 14 janvier 2025 était évoquée (doc. 12).

5.5. Le jour même, des radiographies ont été effectuées, lesquelles montraient un discret trouble dégénératif gléno-huméral inférieur sous la forme d'une minime ostéophytose glénoïdienne inférieure, ainsi qu'un acromion de type II.

L'espace sous-acromial était dans les limites de la norme, mesuré à 7 mm.

Les rapports articulaires étaient conservés et les tissus mous sans particularité (doc. 14).

5.6. Le 4 novembre 2024, la Dre C._____ mentionnait que le recourant souhaitait que l'intervention proposée soit effectuée en raison des douleurs persistantes et de la faiblesse à l'élévation du bras (doc. 22).

5.7. Le 14 novembre 2024, le Dr D._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait que le recourant souhaitait un deuxième avis concernant l'intervention prévue.

Le diagnostic de rupture complète du supra-épineux et partielle de l'infra-épineux avec rétraction des tendons de type II était retenu.

Le recourant présentait une rupture de la coiffe pour laquelle une indication opératoire était conseillée (doc. 50).

5.8. Le 14 janvier 2025, le recourant a subi une arthroscopie de l'épaule droite, avec réinsertion du sus-épineux, ténotomie et ténodèse spontanée en Y du long chef du biceps.

Le cartilage était intact mais on retrouvait une lésion SLAP II avec inflammation importante de l'origine du long chef du biceps. La lésion complète du sus-épineux était rétractée quasiment jusqu'à la glène.

L'infra-épineux était intact. Le sous-scapulaire était intact avec cependant quelques lésions de ses fibres profondes.

La coiffe des rotateurs était de bonne qualité mais peu élastique (doc. 43).

5.9. Le 15 janvier 2025, la Dre E._____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine générale, indiquait que, tout au plus, l'accident avait entraîné une contusion qui pouvait être considérée comme guérie à la date de l'arthro-IRM, laquelle ne mettait pas en évidence de lésion

fraîche, soit l'absence d'infiltration, tuméfaction, œdème, contusion osseuse, quand bien même il était fait mention de la rupture complète du tendon du sus-épineux, ce avec une arthro-IRM effectuée à 14 jours du traumatisme initial.

Le rapport d'IRM décrivait une trophicité musculaire conservée, ce qui était inexact. Concernant les muscles sus-épineux et sous-épineux, il y avait au minimum une involution graisseuse de stade 1, voire 2, soit une atteinte chronique dont l'évolution s'étendait sur au minimum 2 ans (stade 1), ou plus de 4 ans (stade 2), selon les données scientifiques actuelles. Ce point avait été validé par le Dr F._____, orthopédiste, lors de la relecture des images radiologiques.

Par ailleurs, l'indication qui figurait dans le rapport de l'arthro-IRM était « *une douleur et un doute sur une lésion SLAP* », mais aucunement une atteinte du tendon du muscle sus-épineux. Ces éléments algiques confirmaient une atteinte chronique. En effet, une rupture traumatique d'un tendon engendrait une perte de force qui n'était pas décrite dans le cas du recourant.

Concernant le mécanisme traumatique, la Dre C._____ notait dans son rapport du 26 novembre 2024 une chute sur l'épaule, soit un choc direct, qui ne pouvait, de fait, pas entraîner une rupture tendineuse de la coiffe des rotateurs, les tendons n'étant pas mis sous tension lors d'un choc direct.

En conclusion, au vu du mécanisme traumatique, de l'âge du recourant (49 ans), de son activité professionnelle (plâtrier-peintre) avec mouvements répétitifs des membres supérieurs, ainsi que des images radiologiques à distance de 14 jours du traumatisme, l'atteinte du tendon sus-épineux était d'origine dégénérative. L'événement du 8 juillet 2024 avait tout au plus engendré une contusion qui pouvait être considérée comme guérie à la date de l'arthro-IRM.

La persistance des plaintes au-delà de cette date était à attribuer à l'atteinte dégénérative préexistante (doc. 29).

5.10. Le 16 janvier 2025, la Suva indiquait clore le cas au 13 janvier 2025 et mettre fin aux prestations d'assurance à cette même date (doc. 34).

Le 17 janvier 2025, elle précisait ne pas prendre en charge l'opération du 14 janvier 2025 (doc. 38).

5.11. Le 28 janvier 2025, le Dr B._____ mentionnait que le recourant avait été victime d'un accident qui avait entraîné des douleurs importantes à l'épaule droite, avec pour conséquence une rupture transfixiante complète du tendon sus-épineux.

Cette blessure avait nécessité une intervention chirurgicale réalisée le 14 janvier 2025.

Selon les informations médicales et les observations cliniques disponibles, le recourant ne présentait aucune pathologie ou atteinte antérieure à son épaule droite avant l'accident (doc. 42).

5.12 Par décision du 25 février 2025, la Suva a formalisé le refus de prestations au-delà du 13 janvier 2025 (doc. 47).

6.

Rapport produit dans le cadre de la procédure d'opposition

6.1. Le 27 février 2025, le recourant a été vu par la Dre C._____. Elle relevait que, puisque le cas avait été refusé par la Suva, celui-ci n'avait pas osé débiter la physiothérapie jusqu'à ce jour. Il

était en retard dans l'évolution de récupération de son épaule. Il était important qu'il débute rapidement la physiothérapie pour mobilisation (doc. 72).

6.2. Le 4 mars 2025, la Dre C._____ relevait que le recourant s'était présenté à sa consultation à la mi-septembre en raison d'une douleur et d'une impotence fonctionnelle importantes au niveau de son bras droit depuis un accident de travail avec réception sur le bras droit en juillet 2024. Avant cet accident, il ne présentait aucune douleur ni de limitation fonctionnelle au niveau de son membre supérieur droit. Il était à ce moment-là en arrêt de travail à 90% et s'était uniquement déplacé pour la surveillance des travaux vu qu'il était indépendant.

Il ne pouvait pas lever son bras à plus de 90°, ni utiliser de force.

L'IRM avait confirmé une lésion complète du sus-épineux, sans atrophie musculaire, ni involution graisseuse, ce qui parlait clairement pour un événement traumatique aigu. L'intervention pour refixation lui avait été proposée pour la fin du mois de décembre, mais étant donné qu'il était indépendant, elle avait été effectuée le 14 janvier 2025.

La situation intra-opératoire avait confirmé une bonne qualité du tendon déchiré, parlant également pour un événement aigu qui n'était pas lié à une usure (doc. 59).

6.3. Le 5 mai 2025, le recourant a été vu par la Dre C._____. Il existait une nette amélioration au niveau de la mobilité de son épaule (doc. 71).

6.4. Le 18 juin 2025, la Dre E._____ indiquait que les informations figurant dans le dossier convergeaient toutes vers une atteinte dégénérative et non traumatique.

Selon les documents, le recourant se serait réceptionné sur le coude droit, raison pour laquelle une lésion SLAP avait été recherchée à l'arthro-IRM. C'était uniquement en per-opératoire qu'elle avait été identifiée. A distance de 6 mois du traumatisme, il était inhabituel qu'une lésion traumatique soit encore en phase active, c'est-à-dire inflammée. L'inflammation identifiée au niveau du long chef du biceps tendait plutôt à confirmer une atteinte de surcharge, soit de l'usure.

Les plaintes du recourant étaient décrites comme des douleurs et non une perte de force. La douleur était pathognomonique (= *se dit d'un symptôme ou d'un signe spécifique d'une maladie*) de l'atteinte dégénérative, alors que la perte de force se rencontrait lors de traumatisme, en présence d'une section aiguë d'une structure jusque-là fonctionnelle et intacte, ce qui ne semblait pas être le cas chez le recourant.

Par ailleurs, le bilan radiologique était compatible avec une atteinte dégénérative.

Selon les connaissances scientifiques actuelles, l'involution graisseuse, et donc la classification de Goutallier, était un processus lent et progressif, qui nécessitait plusieurs mois, voire années pour présenter une traduction clinique.

A la lumière des différents arguments développés, de l'analyse des différents signes radiologiques validés scientifiquement et quotidiennement utilisés en radiologie, il était donc incontestable que le recourant présentait déjà une atteinte dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs et que l'événement du 8 juillet 2024 avait tout au plus engendré une contusion qui pouvait être considérée comme stabilisée à la date de l'IRM, soit le 22 juillet 2024 en l'absence de lésion ostéo-ligamentotendineuse structurelle traumatique récente, contusion osseuse et/ou des tissus mous.

Pour la même raison, une aggravation déterminante ne pouvait être retenue en l'absence de lésion. Par ailleurs, l'absence d'atteinte des structures avoisinantes (infiltration, tuméfaction, hématome) tendait à confirmer que l'atteinte n'était pas d'origine traumatique. En effet, une rupture traumatique engendrait une réaction inflammatoire/hématique majeure dans la proximité de la lésion, et ce, dans les premières semaines après le traumatisme (bursite hémétique, synovite sévère), ce qui n'était pas le cas chez le recourant malgré le fait que l'IRM avait été effectuée de manière précoce, soit à 14 jours du traumatisme (doc. 84).

7.

Procédure de recours

7.1. Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a produit un rapport du 14 juillet 2025 de la Dre C._____, laquelle répétait que, globalement, les symptômes constatés ainsi que les examens cliniques et radiologiques étaient compatibles avec une atteinte résultant d'un traumatisme physique important, tel que celui du 8 juillet 2024 (doc. 92).

7.2. Le 8 septembre 2025, la médecin d'assurance relevait que le rapport de la Dre C._____ n'apportait aucune nouvelle information médicale susceptible de modifier ses précédentes conclusions.

7.3. Le 24 septembre 2025, le Dr B._____ précisait que le recourant s'était rendu à sa consultation le 12 juillet 2024, suite à une chute au mécanisme peu clair. Le recourant rapportait un claquement au niveau de l'épaule droite au moment du traumatisme, sans antécédents connus au niveau de cette épaule.

Au vu de la clinique initiale, il avait soupçonné une lésion de type SLAP et avait adressé le recourant pour un bilan radiologique.

L'arthro-IRM du 22 juillet 2024 montrait une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux avec rétraction de grade II.

Aucune lésion de type SLAP n'était identifiée.

7.4. Le 5 octobre 2025, la médecin d'assurance mentionnait que le rapport médical du Dr B._____ n'apportait aucune nouvelle information médicale susceptible de modifier ses précédentes conclusions.

Pour ce qui était de la lésion SLAP retenue en per-opératoire par la Dre C._____, force était d'admettre qu'elle se voyait également des suites de mouvements répétitifs, dans un contexte de sur sollicitation, comme c'était le cas chez des personnes avec une activité professionnelle contraignante pour les membres supérieurs, comme c'était le cas chez le recourant qui était plâtrier-peintre.

8.

Discussion

8.1. En l'espèce, la Suva a considéré que les avis de la médecin d'assurance revêtaient pleine valeur probante et devaient être suivis.

Elle a ainsi retenu que l'atteinte à la coiffe des rotateurs était, au degré de la vraisemblance prépondérante, imputable à un processus dégénératif préexistant.

Dès lors, selon elle, l'accident du 8 juillet 2024 n'avait provoqué qu'une simple contusion, laquelle pouvait être considérée comme guérie au moment de l'arthro-IRM du 22 juillet 2024. Les troubles persistants au-delà de cette date, respectivement au-delà du 13 janvier 2025, n'étaient dès lors plus en relation de causalité avec l'événement assuré.

Cette appréciation ne saurait être suivie.

En effet, au vu du dossier à disposition, la seule appréciation de la médecin d'assurance ne permet pas de retenir, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que les troubles persistant au-delà du 13 janvier 2025 seraient exclusivement imputables à une affection dégénérative.

D'une part, la médecin d'assurance fonde une part essentielle de son raisonnement sur l'existence d'une involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs, laquelle constituerait selon elle un indice d'une atteinte chronique remontant à plusieurs années.

Or, cette affirmation n'est pas suffisamment étayée. Dans son rapport du 15 janvier 2025, elle indique que la conclusion de l'arthro-IRM du 22 juillet 2024 selon laquelle la trophicité musculaire était conservée serait erronée et précise que cette appréciation aurait été confirmée par le Dr F._____. Toutefois, aucun rapport circonstancié de ce praticien ne figure au dossier.

En outre, le compte rendu radiologique du 22 juillet 2024 mentionne expressément que la trophicité des structures musculaires est normale.

Il convient également de relever que la Dre C._____, qui a suivi le recourant sur une longue période et procédé personnellement à l'intervention chirurgicale du 14 janvier 2025, a indiqué que l'IRM ne mettait en évidence ni atrophie musculaire ni involution graisseuse et que les constatations peropératoires révélaient un tendon de bonne qualité. Selon elle, ces éléments parlaient en faveur d'une lésion aiguë.

Dans ces circonstances, l'existence même de l'involution graisseuse invoquée par la médecin d'assurance n'apparaît pas établie de manière convaincante.

8.2. D'autre part, la médecin d'assurance considère que les plaintes du recourant seraient essentiellement douloureuses, alors qu'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs se manifesterait principalement par une perte de force. Cette appréciation ne trouve toutefois pas un appui clair dans les pièces du dossier.

En effet, plusieurs médecins ont décrit non seulement des douleurs, mais également des limitations fonctionnelles importantes. Ainsi, la Dre C._____ relevait le 12 décembre 2024 des difficultés importantes à l'élévation du bras. Le 4 novembre 2024, elle faisait état d'une faiblesse persistante lors de l'élévation du membre supérieur. Enfin, dans son rapport du 4 mars 2025, elle indiquait que

le recourant ne pouvait lever son bras au-delà de 90° ni exercer de force avec celui-ci. Les constatations médicales au dossier ne permettent donc pas de retenir que le tableau clinique se limitait à des simples douleurs, comme le soutient la médecin d'assurance.

Dans tous les cas, l'appréciation selon laquelle l'apparition de douleurs impliquerait nécessairement une rupture dégénérative, à l'exclusion d'une rupture traumatique de la coiffe, apparaît contestable, puisqu'une rupture d'origine accidentelle semble, par sa nature même, susceptible de provoquer des douleurs particulièrement vives, compte tenu des contraintes mécaniques en jeu (voir notamment www.la-tour-ch > rupture de la coiffe des rotateurs, consulté à la date de l'arrêt).

8.3. La médecin d'assurance relève encore que le mécanisme accidentel décrit, soit une chute avec choc direct sur l'épaule ou le coude, ne serait pas propre à provoquer une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs.

Cet argument ne saurait toutefois être considéré comme décisif. Comme rappelé précédemment, la jurisprudence a souligné qu'il ne convenait pas d'accorder une importance excessive au seul mécanisme accidentel dans l'examen du lien de causalité entre une chute et une lésion de la coiffe des rotateurs.

Il en va de même de l'âge du recourant, soit 49 ans au moment de l'accident, et de son activité professionnelle (plâtrier-peintre), qui ne suffisent pas à eux seuls pour conclure à une lésion dégénérative. Au demeurant, les signes dégénératifs ont été qualifiés de « discrets ».

8.4. Au vu de ce qui précède, les avis médicaux figurant au dossier apparaissent contradictoires sur des questions déterminantes pour l'issue du litige.

Les explications fournies par la médecin d'assurance ne permettent pas d'écarter de manière convaincante les appréciations divergentes des médecins traitants, en particulier celles de la Dre C. _____ fondées notamment sur ses constatations opératoires.

Dans ces circonstances, des doutes, à tout le moins légers, subsistent quant au caractère complet, convaincant et pleinement probant de l'appréciation médicale sur laquelle la Suva a fondé sa décision.

9.

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

9.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée.

Il convient de renvoyer la cause à la Suva afin qu'elle complète l'instruction auprès d'un spécialiste externe, puis rende une nouvelle décision sur le droit du recourant aux prestations au-delà du 13 janvier 2025.

9.2. Vu la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. f^{bis} LPGa).

9.3. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour les frais nécessaires qu'il a engagés pour la défense de ses intérêts dans le cadre de la présente procédure de recours.

Représenté par une assurance de protection juridique, le recourant a droit à une indemnité fixée à un forfait de CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris.

Elle est mise à la charge de la Suva et sera directement versée à la mandataire du recourant.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition du 1^{er} juillet 2025 est annulée et la cause renvoyée à la Suva pour complément d'instruction au sens des considérants.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. Une indemnité de partie de CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris, est allouée au recourant. Elle est mise à la charge de la Suva et sera directement versée à la mandataire du recourant.

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 17 juillet 2026/anm

Le Président

La Greffière