

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mmes Röthenbacher, juge, et Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure

Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

E n f a i t :

A. **a)** V._____, né le [...] (ci-après : l'assuré ou le recourant), était employé comme chauffeur polyvalent à plein temps par [...] SA (ci-après : l'employeur) depuis le 14 février 2020. A ce titre, il était assuré contre les accidents et maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration du 17 avril 2020, l'employeur a annoncé un sinistre à la CNA, indiquant que le 31 mars 2020, lors de la collecte de déchets, l'assuré avait dû tirer un container en fer assez lourd pour l'amener à la hauteur du camion, car ses roues étaient bloquées. L'assuré s'était alors blessé à l'épaule droite.

Par courriel du 22 avril 2020 à la CNA, l'assuré a exposé que la description de l'événement, telle que relatée par son employeur, était erronée. Le 31 mars 2020, alors qu'il travaillait à l'arrière d'un camion-poubelles, deux containers en fer s'étaient bloqués dans les fourches de la presse, à deux reprises. Il avait essayé de tirer les containers par le haut afin de les débloquer des fourches et y était parvenu après plusieurs tentatives. Ces mouvements forcés et inhabituels dans son travail avaient provoqué d'intenses douleurs au niveau de son épaule, de son biceps et de son deltoïde droits, qui perduraient. Il avait consulté un ostéopathe et pris des médicaments anti-douleurs, optant pour une guérison naturelle. Le 14 avril 2020, le rythme de la tournée de collecte des déchets avait été soutenu et il avait à nouveau ressenti de vives douleurs en effectuant des mouvements similaires.

Dans un premier temps, la CNA a refusé de prendre en charge l'événement du 31 mars 2020, niant sa qualification d'accident, respectivement de lésion assimilée (décision du 26 mai 2020).

Par rapport du 15 juin 2020, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir reçu l'assuré après une arthro-IRM de l'épaule droite

pratiquée le 11 juin 2020. L'IRM confirmait la présence d'une rupture transfixiante du sus-épineux avec une discrète avulsion au niveau de l'infra-épineux sans dégénérescence graisseuse. Cela confirmait le contexte post-traumatique de la lésion. Le Dr O. _____ ne préconisait pas d'emblée un traitement chirurgical, mais proposait de continuer les séances de physiothérapie avec proprioception et tonification. En cas de diminution de la force ou de la performance, l'indication chirurgicale serait revue.

Par décision du 9 juillet 2020, la CNA est revenue sur sa décision de refus précédente et a confirmé la prise en charge de l'événement du 31 mars 2020, son médecin-conseil ayant reconnu la qualification de lésion assimilée, au regard du rapport d'IRM du 11 juin 2020.

Du 8 mai au 31 août 2020, la CNA a versé des indemnités journalières à l'assuré, durant son incapacité de travail attestée médicalement. A compter du 1^{er} septembre 2020 et à la suite de son licenciement, l'assuré a émargé à l'assurance-chômage.

b) Par courriel du 11 janvier 2021, l'assuré a informé la CNA d'une rechute au niveau de son épaule droite. Le 8 janvier 2021, à son domicile, il avait redressé puis soulevé son sèche-linge, qui avait basculé de son emplacement sur son lave-linge. Il avait alors ressenti une douleur aiguë. La rechute a également été annoncée formellement le 13 janvier 2021 à la caisse de chômage à laquelle il émargeait, avec le 11 janvier comme date de début de l'incapacité de travail.

Par courrier du 22 février 2021, la CNA a confirmé la prise en charge des suites de l'événement précité, et repris le versement des indemnités journalières dès le 11 janvier 2021.

Par rapport du 1^{er} mars 2021, le Dr O. _____ a informé la CNA qu'il avait fait réaliser une nouvelle IRM de l'épaule droite le 22 février 2021, à la suite d'un effort le 8 janvier 2021 avec le coude plié contre

résistance, qui avait décompensé des douleurs au niveau de l'épaule droite (cf. également rapport de consultation du 16 février 2021). Compte tenu de l'évolution, il avait convenu avec son patient de procéder à une intervention chirurgicale sous forme d'arthroscopie. Cette opération a été réalisée le 31 mars 2021, avec comme diagnostic opératoire une déchirure du labrum antérosupérieur, une minime lésion bursale de la partie antérieure du supra-épineux et un conflit sous-acromial.

Du 2 au 4 mai 2021, l'assuré a séjourné à l'Hôpital C._____, en raison d'un abcès cutané du creux axillaire (aisselle) apparu après l'arthroscopie précitée, pour lequel il a été traité par antibiothérapie.

Par rapport du 28 juin 2021, le Dr O._____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré à sa consultation, en contrôle de l'arthroscopie. L'évolution de l'abcès superficiel, qui avait finalement nécessité une incision avec drainage, avait été favorable et n'avait pas affecté la convalescence. L'assuré effectuait ses exercices de physiothérapie avec assiduité. La mobilité et la force complètes de l'épaule droite n'étaient pas encore récupérées. Le Dr O._____ signalait également que son patient relatait des douleurs au niveau de l'épaule gauche, avec un examen clinique qui semblait similaire à une déchirure labrale. Il n'avait pas prévu d'investiguer immédiatement cette seconde épaule et referait le point à la prochaine consultation.

Par rapport d'appréciation du 5 juillet 2021, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'abcès sous-cutané était apparu indépendamment de l'arthroscopie du 31 mars 2021. Quant à la mention de douleurs similaires à l'épaule gauche, le dossier ne comportait aucune indication d'un traumatisme de cette articulation à l'occasion de l'événement du 31 mars 2020 et aucune indication d'une symptomatologie correspondante durant une année.

Par décision du 11 août 2021, la CNA a refusé de prendre en charge les frais consécutifs à l'abcès du creux axillaire droit, faute de lien de causalité vraisemblable avec l'événement du 31 mars 2020.

Par courrier du 28 septembre 2021, après avoir obtenu une prolongation du délai d'opposition au 30 septembre 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a expliqué qu'il s'était rasé l'aisselle droite et le pourtour de son épaule avant l'opération du 31 mars 2021, conformément à ce qu'on lui avait demandé. Comme il avait présenté un état fiévreux le 2 mai 2021, alors qu'il était toujours dans la période où il devait porter une écharpe pour son bras, il s'était rendu aux urgences. Les médecins avaient vérifié que l'épaule opérée n'était pas infectée et conclu qu'il s'agissait d'un abcès du creux axillaire droit. Selon l'assuré, il n'y avait pas de lien entre cet abcès et l'accident du 31 mars 2020, mais bien entre l'abcès et l'opération du 31 mars 2021.

c) Le 16 août 2021, un collaborateur du service extérieur de la CNA s'est rendu au domicile de l'assuré pour un entretien. Lors de la visite, l'assuré a indiqué avoir fait une petite chute dans les escaliers de son domicile le 4 août 2021, et s'être rattrapé avec le bras gauche. Il a complété un formulaire de déclaration d'accident à l'attention de sa caisse de chômage le 21 août 2021, indiquant qu'il avait glissé devant chez lui, s'était rattrapé avec la main gauche et ressentait depuis la même douleur à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite.

Des documents en lien avec la consultation de l'assuré au service des urgences de l'Hôpital C. _____ ont été versés plus tard au dossier. Il ressort d'une radiographie de l'épaule gauche effectuée le 4 août 2021 qu'aucune luxation, fracture ou calcification n'a été révélée. L'espace sous-acromial était conservé. Les médecins avaient renouvelé l'ordonnance de l'assuré pour une antalgie simple et de la physiothérapie, ainsi que son arrêt de travail jusqu'à sa prochaine consultation avec le Dr O. _____.

Le 20 août 2021, une arthrographie et IRM de l'épaule gauche a mis en évidence une déchirure labrale antéro-inférieure avec kyste du

labrum multi-loculé communiquant avec l'articulation et s'insinuant sous le muscle sub-scapulaire, une tendinopathie du sous-scapulaire avec déchirure partielle distale, une tendinopathie à l'insertion du tendon sus-épineux avec déchirure partielle millimétrique des fibres superficielles, une minime bursite sous-acromiale, une trophicité musculaire préservée, une arthropathie gléno-humérale dégénérative antéro-inférieure et de l'arthrose acromio-claviculaire inflammatoire.

Par rapport du 30 août 2021, le Dr O. _____ a noté une bonne amélioration de l'épaule droite après l'arthroscopie et des douleurs encore présentes en fin d'amplitudes articulaires. A gauche, il retenait une déchirure du labrum avec kystes sous-jacents, qui justifiaient une prise en charge chirurgicale.

Par appréciation du 22 septembre 2021, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que les plaintes au niveau de l'épaule gauche n'étaient imputables ni à l'événement du 4 août 2021, ni à celui du 31 mars 2020. Il a indiqué que la présence du kyste labral, décrit sur le rapport d'IRM du 20 août 2021, signifiait qu'il s'agissait d'une lésion chronique et ancienne. De plus, les événements des 31 mars 2020 et 4 août 2021 n'étaient pas susceptibles d'engendrer ce type de lésion labrale. Le Dr F. _____ a maintenu son appréciation le 6 octobre 2021, ajoutant que l'épaule gauche présentait des troubles dégénératifs, à savoir un amincissement du cartilage de 50 %. Une lésion « fraîche » du labrum survenait après une luxation d'épaule, or il n'y avait pas de notion d'un tel accident dans ce cas. Le diagnostic était vraisemblablement imputable de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

d) Par décision du 6 octobre 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à des prestations d'assurance en lien avec sa chute du 4 août 2021. Il n'existait pas de lien de causalité vraisemblable entre cet événement et les troubles de l'épaule gauche, qui n'étaient pas non plus en relation avec l'événement du 31 mars 2020. Cette épaule présentait

des troubles dégénératifs dus de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision.

Par rapport du 11 octobre 2021, le Dr O. _____ a indiqué ce qui suit :

« Je revois le patient en consultation dans le cadre d'un contrôle d'une arthroscopie de son épaule pour une suture du labrum. Je re-souligne de nouveau qu'une lésion du labrum ne vient pas pour de[s] troubles dégénératifs uniquement qui permettraient une suture de ce dernier si il est en bon état mais on se retrouvait plutôt dans un contexte de lésions dégénératives insuturables, ce qui n'était pas le cas lors de la première intervention ».

Le 18 octobre 2021, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule gauche, avec sutures du labrum et du subscapulaire, pratiquée par le Dr O. _____. L'Hôpital C. _____ a attesté l'incapacité totale de travail de l'assuré du 18 octobre au 5 décembre 2021.

Par rapport d'appréciation du 20 octobre 2021, le Dr F. _____ a retenu que l'épaule gauche n'avait pas été mentionnée initialement avec l'événement du 31 mars 2020. Ce n'était qu'en juin 2021, c'est-à-dire plusieurs mois plus tard, que l'épaule gauche avait été mentionnée. Il existait en outre un état dégénératif au niveau de la ceinture scapulaire gauche avec atteinte du cartilage, mis en évidence par IRM. Le Dr F. _____ estimait dès lors que la lésion labrale de l'épaule gauche était en relation avec un état dégénératif préexistant et nullement avec l'événement du 31 mars 2020 ou celui du 4 août 2021. De plus, les événements relatés n'étaient pas à même de provoquer une lésion labrale de l'épaule gauche, ce type de lésion survenant après une luxation gléno-humérale, ce qui n'apparaissait pas dans les documents concernant cette épaule.

Par rapport d'appréciation du 25 octobre 2021, le Dr W. _____ a estimé qu'en présence d'une mobilité réduite en fin de mouvement de l'épaule droite, mais d'une bonne force, aucun traitement

n'avait été réalisé après le 26 août 2021. La prolongation de l'incapacité de travail était liée aux troubles de l'épaule gauche.

e) Par décision du 8 novembre 2021, la CNA a mis un terme à ses prestations, à savoir l'indemnité journalière et les frais de traitement, au 14 novembre 2021. De l'avis de son service médical, il n'y avait plus lieu d'admettre un arrêt de travail pour les suites de l'accident du 31 mars 2020, l'incapacité de travail qui perdurait étant à mettre sur le compte des troubles de l'épaule gauche, pour lesquels la responsabilité de la CNA n'était pas engagée.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision.

Par rapport du 16 novembre 2021, le Dr B._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a informé la CNA qu'il retenait l'anamnèse suivante au 27 août 2021 : status après suture du labrum et arthroscopie de l'épaule droite le 31 mars 2021, douleurs persistantes de l'épaule droite avec abduction jusqu'à 90 degrés, absence de signe de capsulite et de troubles vésiculeux nerveux périphériques, et adaptation du traitement antalgique avec introduction du médicament Tramadol.

f) Par décision sur opposition du 25 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 6 octobre 2021, refusant la prise en charge des troubles de l'épaule gauche, faute de lien de causalité entre ces troubles et l'événement du 31 mars 2020 ou celui du 4 août 2021.

Par décision sur opposition rendue également le 25 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 8 novembre 2021.

B. Par acte du 2 février 2022, V._____, a formé recours à l'encontre des deux décisions sur opposition du 25 janvier 2022 précitées, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à leur réforme en ce sens que ses troubles de l'épaule gauche

sont pris en charge par l'intimée, le lien de causalité avec l'accident du 4 août 2021 ou du 31 mars 2020 étant reconnu et en ce sens que les conséquences de l'atteinte à son épaule droite continuent d'être pris en charge par l'intimée, au-delà du 14 novembre 2021. Il a également conclu à la condamnation de l'intimée à lui verser la somme de 50'000 fr. à titre de dommages-intérêts, ainsi que celle de 12'375 fr. à titre de dépens notamment pour les heures qu'il a consacrées à la rédaction de ses oppositions, courriers et de son recours, y compris les frais postaux.

En substance, il a reproché à l'intimée d'avoir retenu la description du déroulement de son accident du 31 mars 2020 telle que déclarée par son ancien employeur, alors qu'il avait indiqué que cette déclaration était erronée et en avait contesté certains éléments par courriel du 22 avril 2020. Il se prévalait du témoignage de l'un de ses collègues quant aux circonstances de l'accident. Il avait adopté une position ergonomique, avec les membres parallèles, et attrapé des deux mains la poignée du container, essayant de le soulever par le haut pour le débloquer. S'agissant de l'épaule gauche, il avait signalé ses douleurs à une gestionnaire de l'intimée le 17 mai 2021 déjà, l'informant qu'il en avait parlé avec le Dr O._____. Entre le 8 janvier 2021, date de l'événement avec son sèche-linge, et le 17 mai 2021, il ne s'était écoulé qu'un mois et demi. Par ailleurs, les clichés pris durant son opération de l'épaule gauche démontraient la cause accidentelle et non dégénérative de son atteinte, ces clichés étant plus précis que l'IRM du 20 août 2021. Les médecins-conseil de la CNA avaient rendu leurs appréciations sans l'ausculter ou même le contacter, et plusieurs s'étaient prononcés sur son cas successivement, sans tenir compte du réel déroulement de l'accident initial. En outre, il continuait les séances de physiothérapie, à raison de deux par semaine, depuis le 8 janvier 2021, contrairement à ce qu'avait affirmé le Dr W._____ dans son appréciation du 25 octobre 2021, à savoir qu'il ne suivait plus de traitement médical. Il a produit des pièces à l'appui de son recours, dont les clichés opératoires précités, une déclaration écrite de son collègue du 7 mai 2020 et un tableau chronologique détaillé de son cas. Il a également produit en particulier un rapport du Dr O._____ du 10 décembre 2021, selon lequel il revoyait son

patient six semaines après l'arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du labrum sur accident post-traumatique. L'examen clinique montrait un galbe de l'épaule gauche correct et cette épaule ne présentait pas de signe de décompensation ou de trouble neurovasculaire. Le médecin prolongeait l'arrêt de travail de deux mois, ainsi que les séances de physiothérapie avec mobilisation de l'épaule, proprioception douce et tonification, sans port de charges.

Par déterminations spontanées du 16 février 2022, le recourant a notamment fait état de deux nouveaux événements. Le 11 décembre 2021, il était tombé à proximité d'un arrêt de bus après avoir glissé, et s'était rendu aux urgences le lendemain, où des contusions de l'épaule et du coude droits avaient été constatés. Le 4 février 2022, il avait soulevé sa voisine âgée qui était tombée sur sa terrasse, pour la replacer sur son fauteuil. Il ressentait des douleurs à ses deux épaules, amplifiées, depuis lors. Il a également produit des lots de pièces, comprenant une décision sur opposition rendue le 1^{er} mars 2022 par l'intimée, rejetant son opposition et confirmant la décision du 11 août 2021, refusant la prise en charge de l'abcès du creux axillaire droit ayant entraîné des soins médicaux du 2 au 6 mai 2021.

Par courrier du 4 mars 2022, le recourant a formulé des observations spontanées, maintenant sa position.

Par réponse du 30 mars 2022, l'intimée a proposé le rejet du recours et la confirmation de ses deux décisions sur oppositions du 25 janvier 2022. Elle a produit les dossiers de la cause. Elle renvoyait en substance à l'appréciation du Dr F. _____ en ce qui concernait l'épaule gauche et à celle du Dr W. _____ pour l'épaule droite.

Par réplique du 7 mai 2022, le recourant a maintenu sa position et réitéré ses arguments.

Par courrier du 19 mai 2022, l'intimée a renoncé à déposer une duplique.

Le recourant s'est déterminé spontanément à plusieurs reprises. Le 7 novembre 2022, il a indiqué qu'il allait bénéficier d'une opération de l'épaule gauche le 18 janvier 2023 et détaillé sa situation personnelle et financière, pièces à l'appui. Le 8 mai 2023, il a indiqué s'être fait opérer à nouveau de l'épaule gauche le 18 janvier 2023 et il a produit le protocole opératoire. Il s'était soumis à une expertise organisée par l'assurance-invalidité le 25 avril 2023. Le 2 août 2023, il a notamment informé la Cour de céans qu'il avait reçu un projet de décision de refus de rente de la part de l'assurance-invalidité.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet

et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

c) Le litige porte sur le bienfondé de la cessation du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement du recourant concernant son épaule droite au 14 novembre 2021, ainsi que sur le bienfondé du refus de prestations de l'assurance-accidents concernant son épaule gauche.

Il s'agit en effet des objets des deux décisions sur oppositions rendues par l'intimée le 25 janvier 2022. Compte tenu des principes rappelés ci-avant, ainsi que de la compétence matérielle de la Cour de céans (art. 93 LPA-VD), plusieurs conclusions du recourant doivent être déclarées irrecevables. Il en va ainsi de sa conclusion tendant à l'allocation d'une indemnité de dommages-intérêts. Il en va de même de ses conclusions ou griefs concernant sa demande de prise en charge d'un oreiller ergonomique, ou concernant la responsabilité civile ou pénale de son ancien employeur (cf. également ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; TF 2C_212/2020 du 17 août 2020 consid. 3.2, 3.4 et les références). De plus, on relève que plusieurs faits rapportés par le recourant ne font pas partie de l'état de fait déterminant, car ils se sont produits après la reddition des décisions sur oppositions litigieuses. Ainsi, l'événement du 4 février 2022, la décision sur opposition de la CNA du 1^{er} mars 2022, l'opération du 18 janvier 2023 et l'expertise diligentée par l'assurance-invalidité le 25 mai 2023 ne seront pas pris en compte dans la résolution

du présent litige. Le cas échéant, il reste loisible au recourant d'annoncer tout éventuel accident ou rechute à son assureur-accidents.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. g LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de lésions des ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

5. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. Le recourant remet tout d'abord en cause l'établissement des faits s'agissant de l'événement du 31 mars 2020, à savoir le déroulement de l'événement, la position dans laquelle il était et les mouvements qu'il a effectués, que son employeur n'aurait pas décrits de manière conforme à la vérité dans la déclaration de sinistre. Il fait valoir les explications qu'il a envoyées à l'intimée le 22 avril 2020, auxquelles il s'est toujours tenu,

ainsi que le témoignage de l'un de ses collègues qui était présent au moment déterminant.

En l'occurrence, il ressort du dossier que l'intimée a pris en charge les lésions découlant de l'événement du 31 mars 2020 au titre de l'assurance-accidents, certes après un refus initial. Les troubles de l'épaule droite ont en effet été reconnus comme lésion assimilée, à la suite de l'événement précité. Dès lors, il importe peu, voire pas, que les mouvements décrits soient ou non exacts et il ne se justifie pas d'élucider davantage les circonstances en question. Le recourant s'efforce au demeurant de faire reconnaître sa version, sans toutefois expliquer l'influence que cela aurait sur sa situation juridique. En effet, les motifs qui ont mené l'intimée à rendre les deux décisions sur oppositions litigieuses ne relèvent ni du déroulement de cet événement, ni de sa qualification accidentelle ou non. Faute de pertinence et d'intérêt juridique pour l'issue de la cause, il ne s'impose ainsi pas d'instruire davantage ce point. Le grief, manifestement infondé, doit être rejeté.

Il s'ensuit que la requête en audition de témoin, à savoir celle de l'ancien collègue du recourant, pour autant que l'on puisse considérer qu'elle ait été formulée, peut être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1).

7. Le recourant fait valoir des griefs d'ordre général, à savoir la gestion négligente voire arbitraire de son cas par l'intimée, l'appréciation des médecins-conseil qui n'ont eu lieu que sur dossier sans l'examiner ou le consulter, et le fait que plusieurs médecins d'arrondissement se sont prononcés successivement sur son cas.

C'est le lieu de rappeler que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical. Le seul fait qu'un médecin d'arrondissement se soit prononcé sur dossier ne suffit pas à mettre en doute la force probante de son appréciation, dans la mesure où ce praticien a examiné l'ensemble des pièces médicales versées au

dossier, qui, elles, se fondent sur un examen personnel (TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2 ; 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2).

En outre, le simple fait qu'un médecin-conseil soit engagé par un assureur et qu'il soit, dans cette fonction, amené à se prononcer plusieurs fois dans un même dossier ne constitue pas un motif pour mettre en doute la fiabilité et la pertinence de ses constatations (TF 8C_554/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.5, 4.4 et les références).

Au vu des principes rappelés ci-avant, on ne saurait reprocher à l'intimée le fait que plusieurs de ses médecins-conseil se soient prononcés sur le cas de l'assuré, successivement et sans examen personnel. La valeur probante des appréciations des Drs W._____ et F._____ ne peut être d'emblée écartée pour ces motifs non plus, étant précisé qu'elle sera en outre examinée ci-après, à la lumière des critères idoines. Quant à la critique de gestion négligente, force est de constater que le dossier ne contient élément en ce sens, en particulier qu'aucune pièce n'indique que le recourant n'aurait pas reçu les traitements médicaux nécessaires ou que son cas aurait été traité de manière arbitraire. Au contraire, on relève qu'il a toujours reçu des réponses et explications à ses interrogations. On ne voit dès lors pas que ces arguments d'ordre général puissent justifier l'annulation des décisions sur opposition entreprises et il sied de les rejeter également.

8. S'agissant de son épaule gauche, le recourant argue que son atteinte serait d'origine traumatique et qu'un lien de causalité aurait dû être reconnu avec l'événement du 31 mars 2020, ou avec celui du 4 août 2021.

a) Pour rendre sa décision niant ce lien de causalité, l'intimée s'est fondée principalement sur l'appréciation du Dr F._____, dans ses avis et rapports des 22 septembre 2021, 6 et 20 octobre 2021, ainsi que sur le rapport du Dr W._____ du 5 juillet 2021. Selon le Dr F._____, la présence d'un kyste labral, révélé par l'IRM du 20 août 2020, signifiait que la lésion était chronique et ancienne. De plus, l'épaule gauche présentait

des troubles dégénératifs, sous la forme d'un amincissement du cartilage de moitié et les événements des 31 mars 2020 et 4 août 2021 n'étaient pas compatibles avec la lésion constatée, qui aurait impliqué la survenance d'une luxation. En outre, l'épaule gauche n'avait été mentionnée par le recourant qu'en juin 2021, des mois après l'événement du 31 mars 2020. Le Dr W. _____ a également relevé que la mention de la symptomatologie douloureuse n'avait été faite qu'une année après l'événement du 31 mars 2020 et qu'aucune pièce n'indiquait qu'un traumatisme de cette épaule serait survenu lors de cet événement.

b) Il y a lieu de convenir avec le recourant qu'il avait mentionné ressentir des douleurs à l'épaule gauche le 28 avril 2021 lors d'un entretien téléphonique avec la personne alors en charge de son cas au sein de la CNA (doc. 133), puis dans un courriel du 17 mai 2021 (doc. 147), avant de les signaler au Dr O. _____ le 18 juin 2021 (doc. 167). Pour autant, le mois de juin 2021 demeure le premier moment où il en a fait part à un médecin - lors d'une consultation prévue pour un autre motif, à savoir l'épaule droite. Quoi qu'il en soit, même à retenir la fin du mois d'avril 2021, ce moment se situe plusieurs mois après l'événement du 31 mars 2020, même plus d'une année après en réalité, ce qui est tout à fait congruent avec ce qu'ont retenu les Drs F. _____ et W. _____. En définitive, il a fait état de cette symptomatologie bien après l'événement, ce que les médecins-conseil ont retenu à juste titre. Par ailleurs, le recourant semble prétendre, pour la première fois au stade du recours, que l'atteinte de son épaule gauche pourrait être liée à l'événement du 8 janvier 2021 et qu'il aurait mentionné ses douleurs quatre mois plus tard seulement (et non un mois et demi comme il le prétend de manière erronée). Or, il a jusqu'alors toujours mentionné cet événement en lien avec son épaule droite et n'a pas fait état de douleurs de l'épaule gauche au Dr O. _____ dans la suite de cet événement. Le Dr O. _____ a d'ailleurs fait réaliser une imagerie de l'épaule droite le 22 février 2021, indiquant précisément que l'IRM était diligentée en raison de l'événement du 8 janvier 2021 (cf. rapports des 16 février et 1^{er} mars 2021). Dès lors, ces nouvelles allégations du recourant, qu'au demeurant aucune pièce médicale ne soutient, ne sauraient être tenues pour crédibles et il ne

saurait être suivi dans son argumentation (sur la règle dite des « premières déclarations », ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

Le constat retenu par les Drs W._____ et F._____, selon lequel le recourant n'avait fait état de douleurs à l'épaule gauche que plusieurs mois après l'événement du 31 mars 2020, ne prête ainsi pas le flanc à la critique et ne saurait remettre en cause la valeur probante de leurs appréciations.

c) En outre, il convient de reconnaître une pleine valeur probante aux appréciations des Drs F._____ et W._____. En effet, leurs avis et rapports sont fondés sur toutes les pièces du dossier, rappellent le contexte médical, ne contiennent aucune contradiction, sont motivés et étayés. Ainsi, le Dr F._____ en particulier a expliqué de manière convaincante et détaillée les raisons pour lesquelles il considérait que les lésions de l'épaule gauche n'étaient imputables ni à l'événement du 31 mars 2020, ni à celui du 4 août 2021, s'appuyant sur l'IRM du 20 août 2021. Il estimait dès lors que les troubles constatés étaient dus, selon toute vraisemblance, à l'usure ou la maladie. On relève encore que la radiographie du 4 août 2021 soutient également son avis, en ce qu'elle n'a mis en évidence aucune luxation.

C'est le lieu de rappeler que le lien de causalité s'examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir ledit lien (cf. consid. 3b *supra*). Les arguments du recourant qui ne reposent sur aucun constat médical et qui découlent uniquement d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* doivent donc être écartés. Il en va ainsi de ses allégations quant aux clics de son épaule, pris en cours d'intervention chirurgicale, qui seraient selon lui plus précis que l'IRM du 20 août 2021. De surcroît, le Dr W._____ a mentionné et pris en compte l'opération du 18 octobre 2021, dont le protocole figure au dossier, et il a renvoyé à l'appréciation

du Dr F._____ du 20 octobre 2021 (cf. rapport du 25 octobre 2021 *in fine*).

Les rapports des médecins traitants du recourant qui figurent au dossier ne permettent pas non plus de douter de la valeur probante des appréciations précitées s'agissant de l'épaule gauche. Dans son rapport du 16 novembre 2021, le Dr B._____ n'a pas fait mention de l'épaule gauche. Dans son rapport du 11 octobre 2021, au demeurant formulé de manière relativement peu claire, le Dr O._____ a indiqué que, lors de la première intervention, à savoir celle du 31 mars 2021 de l'épaule droite, les lésions n'étaient pas « dégénératives insuturables ». Or, les troubles de l'épaule droite ayant conduit à cette intervention ont été pris en charge par l'intimée et le Dr O._____ ne se prononce pas sur le lien de causalité avec l'épaule gauche dans ce rapport. En revanche, dans son rapport du 10 décembre 2021, le Dr O._____ s'est prononcé sur l'épaule gauche, indiquant qu'il revoyait son patient six semaines après une arthroscopie et suture du labrum « sur un accident post-traumatique ». Toutefois, cette seule mention, eu égard aux circonstances du cas d'espèce, ne saurait suffire à faire douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr F._____ quant à l'origine des lésions. Cette simple affirmation n'est en effet ni objectivée médicalement, ni étayée, ni motivée. On rappellera encore que l'utilisation du terme « post-traumatique » n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme (TF 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références).

Ainsi, il sied de confirmer la décision sur opposition du 25 janvier 2022 s'agissant de l'épaule gauche du recourant, dont le lien de causalité avec les événements des 31 mars 2020, 4 août 2021, voire 8 janvier 2021, n'est pas établi à satisfaction de droit, de sorte que le refus de prestations de l'intimée est justifié.

9. En ce qui concerne son épaule droite, le recourant conteste le terme de la prise en charge du traitement médical et du versement de l'indemnité journalière au 14 novembre 2021, soutenant que son état de

santé n'était pas stabilisé à cette date et que l'intimée aurait dû continuer de lui octroyer ces prestations temporaires.

a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (TF 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et les références).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2 et les références).

b) Pour rendre sa décision de fin de prestations temporaires, l'intimée s'est fondée principalement sur l'appréciation du Dr W. _____ du 25 octobre 2021. Selon ce médecin, il ressortait du rapport du Dr O. _____ du 30 août 2021, relatif à la consultation du 26 août précédent, que la situation de l'épaule droite s'était bien améliorée après l'arthroscopie du 31 mars 2021, avec une élévation jusqu'à 140°, une abduction jusqu'à 130° et une bonne force de la coiffe des rotateurs. Des

douleurs étaient toujours présentes en fin d'amplitudes articulaires. Le Dr W._____ considérait que, vu les observations du Dr O._____ à la consultation du 26 août 2021, vu la présence d'une mobilité réduite en fin de mouvement de l'épaule droite, mais d'une bonne force, aucun traitement n'avait été réalisé après cette date. La prolongation de l'incapacité de travail subséquente était liée aux troubles de l'épaule gauche et non à ceux de l'épaule droite.

c) L'appréciation du Dr W._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante ; elle est claire et motivée. On observe effectivement que les rapports des médecins traitants après le 26 août 2021 ne contiennent pas d'arrêt de travail explicitement lié à l'épaule droite, ni de traitement discuté ou mis en œuvre, autre que conservateur (cf. rapports du Dr O._____ des 30 août, 11 octobre, et 10 décembre 2021, et du Dr B._____ du 16 novembre 2021). Le Dr B._____ a signalé des douleurs persistantes également, que le Dr W._____ a pris en compte, ainsi que l'absence de capsulite et de troubles vésiculeux nerveux périphériques. Il a adapté le traitement antalgique. L'avis de ce médecin ne contredit ainsi pas celui du médecin d'arrondissement. Il en va de même des rapports du Dr O._____, qui ne s'inscrivent en réalité pas en contradiction de l'avis du Dr W._____ ; le médecin traitant a préconisé des traitements et arrêts de travail en lien avec l'épaule gauche uniquement, après sa consultation du 26 août 2021.

En l'espèce, le seul fait que le recourant ressente encore des douleurs ne permet pas de conclure que son état de santé ne serait pas stabilisé. Il ne précise pas quel traitement serait susceptible de les résorber significativement ou d'améliorer sensiblement son état. Aucun avis médical au dossier ne propose une nouvelle thérapie. C'est le lieu de rappeler que la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (TF 8C_20/2022 précité consid. 6.3 ; 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence). C'est en ce sens que doit être comprise l'appréciation du Dr W._____, qui n'a certes pas mentionné les séances de physiothérapie suivies par le

recourant avec assiduité, sans que cela ne remette en question la stabilisation de son état de santé pour autant.

d) Quant à l'événement du 11 décembre 2021, que le recourant n'a semble-t-il pas annoncé à l'intimée avant la procédure judiciaire mais dont il semble se prévaloir, on ne voit pas en quoi il pourrait remettre en question ce qui précède. Ainsi, pour autant que ce faux fait nouveau puisse être pris en compte dans la présente cause, la contusion de l'épaule droite constatée aux urgences après sa chute à proximité d'un arrêt de bus le 11 décembre 2021 n'est pas apte à faire douter de l'appréciation du médecin d'arrondissement s'agissant de la stabilisation de l'état de l'épaule droite.

e) Partant, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations temporaires en lien avec l'atteinte de l'épaule droite du recourant, au 14 novembre 2021, de sorte que sa décision sur opposition y relative du 25 janvier 2022 doit également être confirmée.

10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et les décisions sur oppositions attaquées confirmées.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et ATF 127 V 205 consid. 4b). Aussi, sa conclusion tendant à l'allocation d'une indemnité de 12'375 fr. au titre de dépens doit être rejetée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. Les décisions sur oppositions rendues le 25 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents sont confirmées.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. V. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :