

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

S. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol né le [...], travaille en qualité de conseiller en placement pour le compte de [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de S._____ SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

Le 25 juillet 2018, l'assuré a été victime d'un accident ayant été décrit en ces termes dans la déclaration du 4 octobre 2018 à l'assureur :

« En descendant les escaliers de mon immeuble, j'ai glissé sur une marche et suis tombé en arrière. J'ai essayé de me rattraper pour amortir la chute en m'agrippant et suis tombé de côté (bras en appui). En tombant, mon bras et mon épaule (côté droit) ont été sollicités pour amortir la chute et ont reçu un coup. »

Le 23 août 2018, l'assuré a consulté sa médecin traitante, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale. Celle-ci n'a pas constaté de douleur à la palpation de l'épaule droite ou en réalisation de mouvements contrariés. Elle n'a en outre relevé aucunes limitations fonctionnelles de ladite épaule. Elle a conclu à une probable contusion musculaire profonde ou à une tendinite du muscle pectoral droit.

L'assuré a suivi des séances de physiothérapie entre les mois de novembre 2018 et février 2019.

Le 9 mai 2019, l'assuré a été reçu en consultation par la Dre K._____ en raison d'une torsion de sa cheville après une chute de l'escalier. A cette occasion, sa médecin traitante a constaté que la douleur à l'épaule droite persistait malgré la physiothérapie.

Le 2 novembre 2020, l'employeur de l'assuré a annoncé à l'assureur une rechute relative à l'accident du 25 juillet 2018.

Invité par l'assureur à remplir un questionnaire, l'assuré a déclaré, le 9 novembre 2020, souffrir de douleur intense interne au niveau de l'épaule lorsqu'il effectuait des mouvements en rotation avec son bras droit ainsi que dans certaines positions. Il a de surcroît précisé que, quand bien même cette douleur s'avérait moins intense et moins dérangeante, elle n'avait jamais disparu après l'accident du 25 juillet 2018, cela malgré les séances de physiothérapie.

Dans un rapport médical daté du 27 novembre 2020, mais qui semble avoir été établi à la suite d'une consultation ayant eu lieu le 1^{er} décembre 2020 (!), la Dre K._____ a exposé que, depuis l'accident, l'assuré présentait des douleurs à l'épaule droite, qu'elle a qualifiées de « supportables ». Ces dernières étaient réapparues de manière plus marquée dès le mois de septembre 2020 environ, et ce même le matin au réveil et au moindre mouvement. Elles étaient par ailleurs dues à l'accident. Cette médecin n'a enfin noté aucune asymétrie ni douleur à la palpation. L'assuré ressentait en revanche une douleur à l'abduction dès 100°, à la rotation extérieure et en rétropulsion, sans limitation fonctionnelle.

Une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite de l'assuré a été réalisée le 4 décembre 2020, laissant principalement apparaître, selon le rapport du radiologue du même jour, une tendinite d'insertion du supra-épineux distincte avec un œdème marqué de la moelle osseuse du tubercule majeur et une ostéose fibreuse probable.

Dans un rapport médical du 22 décembre 2020, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué que les douleurs s'étaient manifestées chez l'assuré à la suite de l'accident (qu'il a daté en octobre 2018), mais que ces dernières étaient de faible intensité et présentaient un caractère variable. Elles n'affectaient toutefois pas le quotidien de l'assuré. Au cours des deux ou trois derniers mois, les douleurs avaient augmenté sans nouveau traumatisme ou élément déclencheur. Ce médecin s'est de

surplus exprimé sur une radiographie de l'épaule droite de l'assuré ayant été effectuée le jour d'avant et sur l'arthro-IRM du 4 décembre 2020 : de son point de vue, ces images avaient révélé une lésion intratendineuse du bord antérieur du tendon supra-épineux avec suspicion d'une fracture s'étant entre-temps consolidée ; une bursite subdeltoïdienne accompagné d'une dyskinésie scapulaire de type 2 selon Kibler apparaissaient aussi clairement.

Sollicité par l'assureur afin de se prononcer sur la causalité de la rechute, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie et en médecine intensive et médecin-conseil de S. _____ SA, a répondu ce qui suit dans un avis du 14 janvier 2021 :

« L'imagerie de l'épaule droite réalisée le 4 décembre 2020 [...] fait ressortir un œdème de la moelle osseuse au niveau de la tête de l'humérus et de nettes modifications au tendon sus-épineux. Par ailleurs, un kyste est présent à la tête de l'humérus, au niveau de l'insertion du tendon sus-épineux. Il n'est pas possible de dire si ces pathologies sont imputables à l'événement de 2018 invoqué. A l'époque, aucun diagnostic en lien avec le problème à l'épaule invoqué n'a été établi. En conséquence, on peut tout au plus dire que le lien de causalité entre la problématique actuelle et l'événement de 2018 est possible, mais n'est pas attesté à un degré de vraisemblance prépondérante. »

Par courrier du 2 février 2021, l'assureur a signalé à l'assuré qu'il ne pouvait pas lui reconnaître un droit à des prestations de l'assurance-accidents, dès lors que les rapports médicaux au dossier et l'appréciation de son médecin-conseil avaient démontré, à un degré de vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité entre les maux allégués et l'accident du 25 juillet 2018. Il l'a au demeurant informé du fait qu'il pouvait exiger, par écrit, qu'une décision soit rendue.

Par courrier du 22 février 2021, l'assuré a en substance indiqué à l'assureur que la gêne et la douleur à son épaule avaient persisté en dépit de la physiothérapie, de sorte qu'il avait suivi plusieurs séances d'ostéopathie en 2019 et 2020. Il a également spécifié n'avoir jamais eu de problème avec cette épaule auparavant. Il a donc réclamé qu'une décision lui soit notifiée.

Le 17 juin 2021, une arthro-IRM a été pratiquée sur l'assuré. Le rapport du radiologue - non présent au dossier, mais cité par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-consultant de l'assureur, dans un rapport médical du 8 août 2022 - a fait état des conclusions suivantes :

« Par rapport au 4 décembre 2020, œdème régressif de la moelle osseuse au niveau du tubercule majeur. Tendinite d'insertion marquée du tendon supra-épineux (inchangée), avec début d'impingement (l'espace sous-acromial mesure jusqu'à 6 mm). Aucune autre lésion de la coiffe des rotateurs. »

Par courrier du 14 octobre 2021, l'assuré a imparti à l'assureur un délai au 5 novembre 2021 pour lui communiquer une décision, faute de quoi il introduirait un recours pour « déni de justice et retard injustifié » auprès du Tribunal administratif du canton de Berne, alors l'autorité compétente de son précédent domicile.

N'ayant pas reçu de nouvelles de la part de l'assureur dans l'intervalle, l'assuré a déposé un recours auprès du tribunal susmentionné le 11 novembre 2021.

Par décision du 6 janvier 2022, l'assureur a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-accidents, aux motifs que le lien de causalité naturelle entre les douleurs et l'accident du 25 juillet 2018 ne pouvait pas être prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante.

Par acte du 4 février 2022, l'assuré a formé opposition contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations.

Par courriel du 25 mars 2022, l'assureur a requis une série de renseignements auprès du cabinet dans lequel l'assuré avait effectué les séances d'ostéopathie en 2019 et 2020, en particulier les raisons du traitement. Celui-là lui a répondu, par courriel du 30 mars 2022, que l'assuré était venu le consulter en raison de dorsalgies.

Par décision sur opposition du 6 avril 2022, l'assureur a confirmé sa décision du 6 janvier 2022.

B. Par acte du 20 mai 2022, W._____ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents. A l'appui de son recours, il a joint diverses pièces, notamment un rapport médical du 28 mars 2022 de la Dre K._____, par lequel cette dernière attestait que les maux dont il souffrait étaient en lien avec l'accident du 25 juillet 2018, dans la mesure où il ne présentait aucune douleur à l'épaule avant cet événement et que la symptomatologie n'avait jamais totalement disparu depuis. La péjoration de la douleur l'avait conduit à subir une arthro-IRM en décembre 2020 et à consulter un chirurgien orthopédique spécialiste de l'épaule, en la personne du Dr Z._____. Le recourant a de surplus reproché à l'intimée de ne pas s'être approchée des deux médecins susmentionnés dans le but d'obtenir des informations supplémentaires sur son état de santé. Il a au demeurant expliqué avoir contacté, le 19 avril 2022, le cabinet lui ayant dispensé les séances d'ostéopathie en 2019 et 2020, dans le dessein d'obtenir des précisions quant au contenu de son courriel du 30 mars 2022 à S._____ SA. Celui-ci lui avait ainsi indiqué, par courriel du 21 avril 2022, avoir reçu une demande très générale de la part de l'intimée, de sorte qu'il lui avait également répondu de cette manière, sans détailler le contenu de ses réponses. Il restait néanmoins à disposition pour fournir des renseignements complémentaires à ce sujet.

Par réponse du 22 août 2022, l'intimée a conclu au rejet de toutes les conclusions du recourant, sous suite de frais et dépens (éventuels). Elle a joint le rapport médical du 8 août 2022 du Dr N._____, attestant en résumé que l'accident du 25 juillet 2018 avait provoqué une lésion du muscle grand pectoral droit. La symptomatologie étant dès le départ très légère, il avait été renoncé d'éclaircir la situation médicale de manière plus approfondie. La référence à cette problématique avait été faite pour la dernière fois en mai 2019. A cette date déjà,

d'autres maux se trouvaient clairement au premier plan. Sans symptomatologie documentée dans l'intervalle, de nouvelles douleurs à l'épaule s'étaient manifestées dès l'automne 2020, qui avaient par la suite été imputées à une tendinite calcifiante. Il s'agissait donc d'une maladie avec une évolution dégénérative, si bien que le lien avec l'accident devait être exclu au degré de la vraisemblance prépondérante. L'avis exprimé par la Dre K. _____ dans son rapport du 28 mars 2022 ainsi que les allégations du recourant ne modifiaient par ailleurs pas cette appréciation. En effet, ils avaient uniquement fait état d'une corrélation temporelle, fondée sur l'argument selon lequel l'assuré n'aurait jamais souffert de l'épaule droite avant l'accident et que les douleurs ne seraient survenues qu'après cet événement. Cette argumentation ignorait toutefois totalement le fait qu'à partir de l'été 2019, plus aucune symptomatologie liée à l'accident n'avait été documentée et que des maux pertinents n'étaient survenus qu'à partir de l'automne 2020, soit avec une latence de plus d'un an et dans un laps de temps de plus de deux ans après l'événement initial. L'interprétation faite par le Dr Z. _____ de l'arthro-IRM du 4 décembre 2020 était en outre singulière, dès lors qu'elle contredisait non seulement les observations de l'auteur du rapport, mais également les rapports des radiologues, qui ne contenaient pas la moindre indication relative à une fracture du tubercule majeur. Qui plus est, une telle fracture aurait, sur la base de l'expérience médicale, presque certainement été associée à l'apparition immédiate de pertes fonctionnelles importantes et de douleurs marquées à l'épaule. Ces circonstances auraient par conséquent incité l'assuré à se soumettre à un traitement médical, ce qui n'avait pourtant pas été le cas en l'espèce. De surcroît, une problématique de ce type aurait difficilement échappé à la Dr K. _____ lors de la consultation du 23 août 2018.

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, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à la suite d'une rechute, annoncée le 2 novembre 2020, de l'accident du 25 juillet 2018.

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) aa) 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).

bb) 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).

cc) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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).

4. **a)** En l'espèce, les seules pièces au dossier attestant de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 juillet 2018 et les maux ayant fait l'objet de la déclaration de rechute du 2 novembre 2020 sont les rapports de la Dre K. _____ des 27 novembre 2020 et 28 mars 2022. Cette dernière n'a cependant aucunement motivé sa position dans son premier rapport. Dans son second rapport, elle a justifié sa conclusion en expliquant que le recourant ne souffrait pas de son épaule avant l'accident et que la symptomatologie n'avait jamais totalement disparu depuis cet événement. Or, conformément à la jurisprudence précitée (cf. *supra* consid. 3b/aa), un lien de causalité naturelle ne saurait être établi en se fondant sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, si bien que cette première explication n'apparaît pas suffisante pour justifier un tel lien. Il en est de même de la seconde explication, qui ne concorde pas avec les renseignements à disposition au dossier. En effet, lors de la consultation du 23 août 2018, la Dre K. _____

n'avait constaté aucune douleur à la palpation de l'épaule droite ou en réalisation de mouvements contrariés ni relevé de limitations fonctionnelles chez le recourant. Ce dernier ne s'est en outre plus rendu chez sa médecin traitante ou un autre médecin durant une période de près de neuf mois, la consultation du 9 mai 2019 ayant d'ailleurs été agendée pour un autre motif que des douleurs à l'épaule.

Le Dr Z._____, quant à lui, ne s'est pas prononcé sur la question du rapport de causalité naturelle dans son rapport du 22 décembre 2020. Il s'est ainsi limité à exposer que des douleurs de faible intensité et variables étaient apparues à la suite de l'accident, sans toutefois impacter le quotidien de l'assuré, et qu'elles avaient augmenté au cours des deux ou trois derniers mois, sans nouveau traumatisme ou élément déclencheur. Aussi, il ne peut être déduit de ces éléments une quelconque preuve de l'existence d'un tel rapport de causalité.

b) En revanche, le Dr H._____, médecin-conseil de l'intimée, a estimé, dans son rapport du 14 janvier 2021, qu'à défaut de pouvoir établir un diagnostic avec le problème à l'épaule allégué par le recourant, un lien de causalité naturelle entre les douleurs et l'accident du 25 juillet 2018 ne pouvait être attesté à un degré de vraisemblance prépondérante.

Cette appréciation a été confirmée par le Dr N._____, médecin-conseil de l'intimée, dans son rapport du 8 août 2022. Aussi, celui-ci a motivé de façon sérieuse ses conclusions relatives à l'absence de rapport de causalité naturelle, en se fondant sur des éléments objectifs. Il a à cet égard exposé de manière convaincante que les nouvelles douleurs ne trouvaient pas leur origine dans un événement traumatique, mais étaient occasionnées par une tendinite calcifiante, à savoir une maladie avec une évolution dégénérative. De surcroît, il a soigneusement discuté les positions des Drs K._____, et Z._____, en expliquant notamment pourquoi l'interprétation de l'arthro-IRM du 4 décembre faite par ce second médecin, dans son rapport du 22 décembre 2020, n'était pas concluante à ses yeux. Il a dans ce cadre mis en évidence que, d'une part, les radiologues n'avaient nullement fait état d'une fracture du tubercule

majeur à la lecture des images et que, d'autre part, une telle blessure aurait presque certainement été associée à l'apparition immédiate de pertes fonctionnelles et de douleurs marquées, ce qui, en l'occurrence, n'avait pas été le cas. Dès lors, dans la mesure où le rapport du Dr N._____ ne contient pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause son bien-fondé, il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il ne peut en conséquence être reproché à l'intimée de s'être appuyée sur lui afin de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les maux du recourant et l'accident du 25 juillet 2018.

c) Au demeurant, contrairement à l'avis du recourant, l'intimée n'était pas tenue de requérir des renseignements supplémentaires auprès des Drs K._____ et Z._____. Certes, l'avis du Dr H._____ du 14 janvier 2021 ne semble pas suffisamment étayé pour se prononcer sur la problématique du lien de causalité naturelle. L'intimée a néanmoins soumis le cas au Dr N._____ dans le cadre de la procédure de recours. Celui-ci a pris position à ce sujet dans son rapport du 8 août 2022 précité, auquel une pleine valeur probante a été constatée (cf. *supra* consid. 4b). Les avis des Drs K._____ et Z._____ ont à cette occasion été analysés de manière détaillée. L'intimée disposait donc de toutes les informations médicales nécessaires au maintien de sa décision sur opposition.

De plus, le fait qu'il existe un doute quant aux raisons précises du suivi des séances d'ostéopathie en 2019 et 2020 n'est pas à même de remettre en question les conclusions de l'intimée relatives au rapport de causalité, aucune déduction sur la cause effective des douleurs ne pouvant être faite à partir de cette indication.

d) Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de reconnaître au recourant le droit à des prestations de l'assurance-accidents en raison d'une rechute de l'accident du 25 juillet 2018, faute de lien de causalité naturelle et adéquat entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et cet événement.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition de l'intimée du 6 avril 2022 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

c) L'intimée, qui obtient gain de cause, ne saurait prétendre à une indemnité de dépens, car elle doit être assimilée, en sa qualité d'assureur privé participant à l'application de la LAA, à un organisme chargé de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4a).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 avril 2022 par S. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- W. _____,
- S. _____ SA,
- 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).

Le greffier :