

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 août 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne.

---

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

**E n f a i t :**

**A. a)** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait au restaurant [...] depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'O. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : O. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par formulaire d'annonce d'accident complété le 13 août 2020, l'assuré a expliqué que, le 30 juillet 2020, il avait chuté d'environ vingt-cinq centimètres sur le bitume sur l'épaule gauche ensuite d'une perte d'équilibre alors qu'il jouait au ballon avec sa fille. Il avait alors constaté que son épaule était légèrement enflée et avait ressenti les premières douleurs immédiatement, lorsqu'il effectuait certains mouvements.

Aux termes d'un rapport médical initial LAA non daté, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les premiers soins avaient été prodigués le 31 juillet 2020. Il a posé le diagnostic d'entorse acromioclaviculaire stade I de l'épaule gauche et attesté une incapacité de travail totale du 31 juillet au 23 août 2020.

Par rapport du 14 décembre 2020 à O. \_\_\_\_\_, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution « très lentement favorable marquée par la survenance d'épaule gelée, puis la survenance de douleur cervicale avec dysesthésie » et d'un bon pronostic. L'assuré avait repris le travail à 100 % le 24 août 2020 et le traitement était terminé depuis la dernière consultation du 23 octobre 2020, la dernière séance de physiothérapie ayant eu lieu le 30 octobre 2020.

**b)** Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale a été réalisée le 15 février 2022 en raison d'une apparition progressive de dysesthésies de type C5-C6 à gauche. Le rapport y relatif concluait à une modification de la statique avec raideur globale et même une petite inversion de la courbure en C5-C6 et C6-C7, une discopathie protrusive C5-

C6 un peu plus marquée à gauche mais sans contact neurologique et une discopathie moins sévère en C6-C7 avec un débord circonférentiel.

L'assuré a subi une infiltration sous scanner C5-C6 à gauche le 21 février 2022 (cf. rapport du même jour de la Dre [...], spécialiste en radiologie).

Le 4 mars 2022, l'assuré a complété un questionnaire d'annonce de rechute d'O.\_\_\_\_\_. Il a relevé qu'il avait à nouveau consulté un médecin en raison de douleurs persistantes de l'épaule à la main depuis l'accident, exposant qu'il avait toujours ressenti ces sensations et que les plaintes actuelles n'étaient donc pas dues à un nouvel évènement déclenchant. Il a expliqué avoir ressenti des lancées le long de la nuque, de l'épaule, de l'avant-bras et de la main entre la fin du traitement médical le 30 octobre 2020 et le commencement du nouveau traitement médical en février 2022, sans avoir consulté de médecin durant cette période ; il avait toutefois consulté plusieurs ostéopathes pour détendre la musculature.

Par rapport du 7 mars 2022 à O.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient l'avait consulté le 16 février 2022 (sic) et qu'il lui avait rapporté avoir visité beaucoup de physiothérapeutes et d'ostéopathes depuis son accident de juillet 2020, les douleurs cervicales et interscapulaires avec sensations au niveau des membres supérieurs ayant persisté. Ce médecin a observé que les douleurs interscapulaires étaient plus présentes à droite avec une dysesthésie peu systématisée du membre supérieur droit. Il a posé le diagnostic de séquelles cervicales d'exacerbation de protrusion discale et sténose foraminale et préconisé des infiltrations sous scanner. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dès le 21 février 2022, une reprise du travail ayant eu lieu le 29 février 2022 et le traitement médical étant à présent terminé.

O.\_\_\_\_\_ a soumis le dossier à son médecin consultant, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a indiqué, le 21 juillet 2022, qu'une chute sur

l'épaule de sa hauteur était un traumatisme non violent, cette action vulnérante n'étant pas à même d'induire des discopathies pluriétagées douloureuses nécessitant à nouveau une consultation et des traitements plus d'un an et demi après l'accident ; la causalité entre l'accident et l'atteinte n'était ainsi que possible.

Par décision du 26 juillet 2022, O.\_\_\_\_\_ a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents au 30 octobre 2020 et refusé la prise en charge de la rechute annoncée dès le 9 février 2022, date à laquelle il avait consulté le Dr E.\_\_\_\_\_, compte tenu de l'avis de son médecin-conseil.

Le 7 septembre 2022, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision.

Dans un rapport du 7 septembre 2022 à O.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a notamment fait part de ce qui suit :

« Je reviens à vous pour les 2 notions suivantes :

- 1- Le contentement du patient d'être suivi et d'être guéri de son traumatisme acromio claviculaire a fait négliger ses douleurs cervicales.
- 2- La nature des lésions constatées cervicales et la plainte cervicale du patient qui a commencé en 2020 sans aucun antécédent auparavant nous orientent vers le diagnostic exact de lésions de prédisposition cervicale exacerbée par l'accident et ce qui est une définition courante et logique pour ce genre d'évènement. »

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé, le 20 octobre 2022, que celui-ci n'était pas probant et qu'une chute banale sur l'épaule ne devait pas engendrer des cervicalgies plus d'un an et demi après.

Par décision sur opposition du 23 novembre 2022, O.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 26 juillet 2022.

**B.** Par acte du 19 décembre 2022, K.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant implicitement à la prise

en charge de la rechute annoncée en février 2022. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise par un médecin spécialiste neutre. En substance, le recourant fait valoir que l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ n'a à tort pas été pris en compte par l'intimée. Il explique qu'après sa chute, en juillet 2020, ses douleurs à l'épaule avaient en grande partie disparu ensuite d'un arrêt de travail, de repos et de séances de physiothérapie. Lorsque les douleurs étaient réapparues, il avait favorisé dans un premier temps des séances d'ostéopathie. Selon lui, les douleurs étaient apparues progressivement, des fourmillements aux doigts ayant commencé à le gêner de plus en plus, jusqu'au moment où les douleurs avaient fini par altérer ses nuits. Le recourant avait décidé d'effectuer des investigations auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ lorsque ses douleurs ont commencé à causer des désagréments dans ses activités professionnelles. Le recourant estime que l'état de ses cervicales est lié à sa chute en juillet 2020, car aucun autre antécédent ne l'avait amené à consulter pour des douleurs aux cervicales et aux bras, son activité professionnelle et son âge ne devant pas laisser supposer ce type de traumatisme.

Par réponse du 30 janvier 2023, l'intimée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée.

### **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.** Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 octobre 2020 en lien avec des atteintes constatées en février 2022, singulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 30 juillet 2020 et les séquelles tardives affectant le recourant.

**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.

Par ailleurs, conformément à l'art. 6 al. 2, let. f, LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Ainsi, la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. Cependant, dans l'hypothèse où une atteinte à la santé visée par l'art. 6 al. 2 LAA survient lors d'un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, le Tribunal fédéral a déterminé que l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

**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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, 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 ou plus 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 serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

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). 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).

**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).

**d)** 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).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées ; 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, *in* SVR 2017 UV n° 19 p. 63 ; 8C\_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2, *in* SVR 2016 UV n° 18 p. 55). En l'absence de symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les atteintes nouvellement annoncées, l'assureur-accidents ne sera pas tenu de prester et la décision sera défavorable à la personne assurée (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 ; 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a en effet eu l'occasion de préciser que par analogie avec la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) relative au dépôt d'une nouvelle demande de prestations en matière d'assurance-invalidité, la personne qui sollicite l'octroi de prestations doit rendre probable l'existence d'une modification importante de l'état de fait, c'est-à-dire d'une rechute ou d'une séquelle tardive, pour que l'assureur-accident doive entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations (TF U

55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1 ; voir également ATF 144 V 245 consid. 6.1).

**4.** 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).

**5.** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un événement accidentel le 30 juillet 2020, qui a donné lieu à des prestations de l'intimée. L'avis des parties diverge en revanche sur la question de savoir si les conséquences de la symptomatologie douloureuse constatée au mois de février 2022 doivent être prises en charge par l'intimée au titre de rechute ou de séquelles tardives. Il convient dès lors d'examiner s'il existe, entre les nouvelles atteintes et l'accident assuré, un lien de causalité qui peut être qualifié de probable, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Dès lors que la notion d'accident n'est pas contestée par les parties, la question du versement de prestations doit être examinée à la seule

lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 3a *supra*).

**a)** Il ressort des éléments médicaux au dossier, en particulier du rapport médical initial LAA et du rapport du 14 décembre 2020 rédigés par le Dr E.\_\_\_\_\_, que l'accident subi par l'assuré le 30 juillet 2020, consistant en une chute d'une hauteur de vingt-cinq centimètres sur l'épaule gauche sur le bitume alors qu'il jouait au ballon avec sa fille, a causé une entorse acromio-claviculaire de stade I de l'épaule gauche. Ensuite de cette chute, l'intéressé a été en incapacité de travail totale jusqu'au 24 août 2020, date de sa reprise à son poste à 100 %. Le traitement avait cessé le 23 octobre 2020 et la dernière séance de physiothérapie avait eu lieu le 30 octobre suivant.

D'après le rapport du 7 mars 2022 du Dr E.\_\_\_\_\_, l'assuré avait à nouveau consulté ce médecin au début du mois de février 2022 en raison de douleurs cervicales et interscapulaires avec sensations au niveau des membres supérieurs ayant persisté depuis l'accident du 30 juillet 2020. Une IRM cervicale avait été réalisée le 15 février 2022, qui concluait à une modification de la statique avec raideur globale et une petite inversion de la courbure en C5-C6, une discopathie protrusive C5-C6 un peu plus marquée à gauche mais sans contact neurologique et une discopathie moins sévère en C6-C7 avec un débord circonferentiel. Le recourant avait alors subi une infiltration sous scanner C5-C6 à gauche le 21 février 2022. Le 7 mars 2022, le médecin précité a posé le diagnostic de séquelles cervicales d'exacerbation de protrusion discale et sténose foraminale et attesté une incapacité de travail totale du 21 au 28 février 2022, précisant que le traitement était terminé.

Le 7 septembre 2022, après avoir eu connaissance du refus de prestations d'O.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a ajouté que son patient s'était contenté d'être suivi et guéri de son traumatisme acromio claviculaire et avait négligé ses douleurs cervicales. D'après lui, la nature des lésions cervicales constatées et les plaintes de l'intéressé à cet égard, qui avaient commencé en 2020 sans aucun antécédent auparavant, l'orientaient vers

le diagnostic exact de lésions de prédisposition cervicale exacerbée par l'accident.

**b)** Les rapports du médecin précité ne permettent toutefois pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions constatées en février 2022. Celui-ci se base en effet uniquement sur les déclarations de son patient dans son rapport du 7 mars 2022 lorsqu'il note que les douleurs cervicales et interscapulaires ont persisté depuis l'accident, puisqu'il n'a pas examiné l'assuré depuis le 23 octobre 2020. Si des douleurs cervicales ont été mentionnées dans le rapport du 14 décembre 2020, il n'existe en effet pas d'indice de leur persistance, celles-ci n'ayant d'ailleurs nécessité aucun suivi médical ou traitement ni engendré aucun arrêt de travail dans les mois suivants l'accident. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne se positionne pour le surplus nullement sur le lien de causalité entre le diagnostic posé et l'accident dans le rapport susmentionné.

Puis, aux termes de son rapport du 7 septembre 2022, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lésions de prédisposition cervicale exacerbée par l'accident, ce qui implique que l'origine de ces lésions serait dégénérative, et non accidentelle, et que l'accident n'aurait fait que révéler cette atteinte latente. L'assureur-accidents doit certes 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, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (cf. consid. 3b *supra*). En l'occurrence toutefois, le médecin précité fait uniquement valoir, pour relier ces troubles à l'accident, que les plaintes au niveau cervical ont commencé en 2020 sans aucun antécédent auparavant, ce qui repose, en l'absence d'explications fondées sur des éléments médicaux objectifs, sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », qui ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle certain ou tout au moins probable (*ibidem*).

A cela s'ajoute le fait que les conséquences d'une éventuelle séquelle tardive doivent être prises en charge seulement s'il existe des

symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement traumatique initial et les prétendues séquelles tardives. Or, il ressort du dossier qu'il s'est écoulé environ quinze mois depuis la fin du traitement médical prodigué par le Dr E.\_\_\_\_\_ et par un physiothérapeute les 23 et 30 octobre 2020 et l'annonce de la rechute au mois de février 2022, sans que le recourant ne consulte de médecin dans cet intervalle. De plus, les atteintes apparues à ce moment-là sont survenues sans notion de traumatisme ou de faux mouvement, alors que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail le 24 août 2020 à la suite de l'événement accidentel. On précisera à toutes fins utiles que les explications données par l'assuré, tant dans le formulaire d'annonce de rechute que dans son acte de recours, ne lui sont d'aucun secours, la Cour de céans devant se fonder sur des éléments médicaux objectifs.

Dans ces conditions, l'appréciation du 21 juillet 2022 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, selon laquelle une chute sur l'épaule de sa hauteur était un traumatisme non violent pas à même d'induire des discopathies pluriétagées douloureuses nécessitant à nouveau une consultation et des traitements plus d'un an et demi après l'accident est convaincante.

**c)** Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les douleurs annoncées au mois de février 2022 à l'accident du 30 juillet 2020. La causalité de ladite symptomatologie avec cet accident est tout au plus possible, mais pas probable au sens de la jurisprudence. Ainsi, l'intimée a à juste titre, sur la base des appréciations probantes des 21 juillet et 20 octobre 2022 de son médecin-conseil, mis un terme aux prestations aux 30 octobre 2020 et refusé de prendre en charge les affections constatées au mois de février 2022.

**d)** On ajoutera qu'au vu de la jurisprudence citée sous consid. 3d *supra*, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire, singulièrement d'une expertise médicale, ne peut qu'être écartée. Le recourant n'a en effet pas rendu probable

l'existence de séquelles tardives susceptibles de justifier l'entrée en matière de l'intimée.

**6. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition querellée 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 (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 23 novembre 2022 par O. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- 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 :

- K. \_\_\_\_\_,
- Me Jean-Michel Duc (pour O. \_\_\_\_\_),
- 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 :