

S2 22 69

ARRÊT DU 20 FÉVRIER 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Flore Primault, avocate, Lausanne

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, Lausanne

(art. 6 et 36 LAA ; lien de causalité)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1978, sans formation particulière, a exercé une activité professionnelle en qualité d'ouvrier d'entretien auprès de la Ville de A _____. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 4 mai 2021, en jouant au football sur l'heure de midi avec ses collègues, l'assuré est tombé sur son épaule gauche. Après avoir achevé sa partie, il est retourné sur son lieu de travail et a pu terminer sa journée. Le lendemain, il s'est rendu auprès de la Dresse B _____ qui l'a mis en arrêt de travail pour cause d'accident et lui a prescrit des anti-inflammatoires ainsi que des séances de physiothérapie (dossier CNA, pièces 4 et 8). Cette généraliste FMH a observé une contusion à l'épaule gauche, sans hématome ni tuméfaction, une douleur à la mobilité active, mais une force et une sensibilité conservées (pièce 26). Une radiographie effectuée le 5 mai 2021 n'a en outre pas démontré de fracture sur la partie proximale de l'humérus (pièce 18). Ce sinistre a été annoncé à la CNA le 11 mai 2021 (pièce 1).

La suite de la prise en charge médicale a été assurée par le médecin traitant de l'intéressé, la Dresse C _____, généraliste FMH. Elle a précisé le 26 août 2021 que son patient avait subi un traumatisme de l'épaule gauche avec une elongation du sus-épineux. Elle a ajouté que malgré une reprise du travail depuis le 28 juin 2021, il persistait une douleur et une faiblesse lors de port de charges, de sorte qu'une consultation auprès d'un chirurgien orthopédiste était agendée en septembre 2021 (pièce 11).

Le 14 septembre 2021, l'assuré a ainsi été examiné par le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès de la E _____. Celui-ci a posé le diagnostic de tendinopathie post-traumatique du supra-épineux gauche, avec des difficultés à l'élévation du membre supérieur gauche, à la suite d'une chute avec réception sur ce membre (pièce 14). Après avoir obtenu les résultats d'une IRM, le Dr D _____ a observé que son patient souffrait d'une lésion transfixiante du tendon supra-épineux avec rétraction de grade I, ainsi que d'une lésion de la partie haute du tendon infra-épineux. Il a dès lors proposé une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs gauche (pièces 15 et 43), laquelle s'est déroulée le 15 novembre 2021 sans complication (pièces 29 et 34). Une capsulite rétractile s'est néanmoins développée par la suite et a nécessité la poursuite de la physiothérapie (pièces 34 [p. 6], 36 et 39).

Lors d'un entretien téléphonique du 10 décembre 2021, l'assuré a décrit à un collaborateur de la CNA qu'il avait chuté directement sur son épaule en pleine course, avec la balle aux pieds, après avoir marché dans un « nid de poule » et sans avoir eu le temps de se retenir en raison de la vitesse de la chute. Il a par la suite pu finir le match ainsi que son activité professionnelle avant d'aller consulter un médecin le lendemain en raison de l'apparition de fortes douleurs durant la nuit (pièce 30).

Ces éléments ont été soumis à la Dresse F _____, médecin d'arrondissement de la CNA, laquelle a estimé, le 4 janvier 2022, que l'évènement du 4 mai 2021 n'avait pas provoqué de lésion structurelle pouvant lui être imputée et que l'opération du 15 novembre 2021 n'était pas en relation de causalité avec cet accident, mais avait été nécessaire pour traiter des lésions dégénératives préexistantes (pièce 31). Le 25 février 2022, elle a confirmé qu'il n'existait pas de lésion structurelle objectivable, que l'intéressé était tombé directement sur son épaule gauche sans se retenir, qu'il avait pu terminer le match de football puis retourner au travail et qu'il avait en outre repris son emploi à 100% dès le 28 juin 2021 (pièce 44). Le 21 mars 2022, la Dresse F _____ a encore ajouté que les douleurs de l'assuré étaient apparues progressivement, qu'il n'avait pas souffert d'impotence fonctionnelle ni de fracture et que seule une contusion avait été retenue lors du premier examen médical. En outre, selon elle, la nature de la chute n'était pas propre à provoquer une lésion de trois tendons de la coiffe des rotateurs. Pour le médecin d'arrondissement, la chute avait dès lors tout au plus décompensé de manière passagère un état préexistant jusqu'à ce que l'intéressé puisse reprendre son activité professionnelle le 28 juin 2021 (pièce 46).

C. Par décision du 21 mars 2022, la CNA a mis un terme à ses prestations au soir du 11 novembre 2021, soit avant l'opération du 15 novembre suivant, au motif que les troubles de l'assuré n'étaient plus dans une relation de causalité avec l'accident du 4 mai 2021 (pièce 47).

L'intéressé s'est opposé à cette décision le 6 mai 2022, soutenant que ses atteintes à l'épaule gauche étaient bien en lien direct avec l'accident du 4 mai 2021 et qu'une instruction médicale complémentaire devait être ordonnée (pièce 60). Le 14 juillet 2022, il a complété son opposition en joignant un rapport du 12 mai 2022 du Dr D _____. Ce dernier indiquait que l'assuré avait chuté « *de sa hauteur avec réception sur son membre supérieur gauche en extension* », répondant dès lors à un traumatisme pouvant provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs. Le médecin a ajouté que son patient ne souffrait pas d'atrophie musculaire ni de dégénérescence graisseuse et que l'absence d'impotence fonctionnelle complète pouvait s'expliquer par une lésion non massive. A

son avis, le lien de causalité entre ses troubles à l'épaule gauche et l'accident du 4 mai 2021 était établi (pièces 63 et 64).

Le 21 juillet 2022, la Dresse F _____ a rendu une appréciation médicale sur l'avis du Dr D _____. Elle a relevé que sa description de la chute ne correspondait pas à celle donnée par l'assuré qui avait notamment précisé être tombé directement sur son épaule gauche sans avoir pu se retenir. Le médecin d'arrondissement s'est ensuite basé sur une grille d'évaluation médicale ciblée après traumatisme de l'épaule (paru dans Infoméd/Medinfo N. 2021/1 ; DUBS/SOLTERMANN/BRANDENBERG/LUCHSINGER, Evaluation médicale ciblée après traumatisme de l'épaule – Causes des lésions isolées de la coiffe des rotateurs et leur diagnostic médical d'asséculoogie) pour retenir qu'il n'existait aucun indice en faveur d'un traumatisme, alors que l'IRM avait au contraire décrit des lésions dégénératives (tendinopathies avec déchirures incomplètes insertionnelles, intégrité du bourrelet labral et sans déchirure de type SLAP). Elle a également noté que l'âge de l'intéressé, l'exposition professionnelle répétée et le caractère crescendo des douleurs et des inaptitudes parlaient en faveur d'une atteinte dégénérative. Enfin, la Dresse F _____ a indiqué que l'absence d'atrophie musculaire ou de dégénérescence graisseuse s'expliquait par le fait que les lésions dégénératives étaient progressives et non totales (pièce 66).

Par décision sur opposition du 22 juillet 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé que ses prestations prenaient fin au 11 novembre 2021. Elle s'est, pour ce faire, fondée sur l'avis de la Dresse F _____ en estimant qu'il était entièrement probant à l'inverse de l'appréciation du Dr D _____.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision sur opposition le 8 septembre 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la prise en charge des prestations au-delà du 11 novembre 2021, subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait grief à l'intimée de n'avoir pas apporté la preuve que ses lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie et de s'être basée uniquement sur l'avis insuffisamment probant de son médecin d'arrondissement qui était contredit par le Dr D _____. Selon le recourant, face à ces avis divergents sur des points essentiels, il revenait à la CNA d'ordonner une expertise indépendante.

Dans sa réponse du 31 octobre 2022, la CNA a relevé que le recourant avait chuté directement sur son épaule gauche lui provoquant une contusion, que l'arthro-IRM n'avait pas révélé de lésion traumatique et qu'il avait pu reprendre son activité

professionnelle le 28 juin 2021. Selon l'intimée, les troubles qui l'ont conduit à consulter le Dr D _____ étaient ainsi préexistants et d'origine dégénérative, de sorte que le recourant aurait subi l'intervention du 15 novembre 2021 également en l'absence de l'accident du 4 mai 2021. Enfin, elle a estimé que l'avis du Dr D _____ était inexact, peu étayé et donc insuffisant pour remettre en cause l'appréciation probante de la Dresse F _____.

Le 10 janvier 2023, le recourant a répliqué que l'avis du Dr D _____, spécialiste FMH, prévalait sur celui, biaisé et incomplet, du médecin d'arrondissement et commandait dès lors la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Dans sa duplique du 9 février 2023, la CNA a rejeté les critiques à l'égard de l'avis du de la Dresse F _____ et a estimé qu'une expertise indépendante était superflue.

Le 10 février 2023, l'échange d'écritures a été clos.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 8 septembre 2022, le présent recours contre la décision sur opposition du 22 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81 a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 4 mai 2021.

2.1. Dans leurs écritures, les parties invoquent contradictoirement l'application de l'article 6 LAA, le recourant demandant que l'alinéa 2 lui soit appliqué et l'intimée répondant que seul l'alinéa 1 est applicable en l'espèce.

Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA. Il a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'article 6 alinéa 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêts 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.2, 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5 et 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

En l'occurrence, il n'est pas litigieux que l'évènement du 4 mai 2021 doit être considéré comme un accident au sens de l'article 4 LPGA. Il s'impose dès lors d'examiner exclusivement sous l'angle de l'article 6 alinéa 1 LAA si la CNA doit prendre en charge les suites de la lésion à l'épaule gauche du recourant.

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se

recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. 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 ; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.3. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante

suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Selon la jurisprudence, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 et les références citées).

3. Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si la CNA pouvait légalement mettre un terme à ses prestations au 11 novembre 2021.

3.1. Dans un premier temps, le déroulement de l'incident du 4 mai 2021 est litigieux. Au stade du recours, le recourant a repris le rapport du 12 mai 2022 du Dr D _____ indiquant qu'il était tombé « *de sa hauteur avec réception sur son membre supérieur gauche en extension* » (pièce 64). Le fait qu'il soit tombé avec son bras en extension ne figurant pas dans ses précédentes déclarations ni dans le descriptif des différents médecins l'ayant examiné, l'intéressé soutient qu'il avait simplement omis d'apporter cette précision. Cela apparaît cependant peu vraisemblable qu'il ait omis de décrire un tel élément essentiel dans le déroulement de sa chute lors de ses différentes

consultations médicales. En outre, au vu du degré de précision avec lequel il a décrit le déroulement des faits lors de son entretien téléphonique avec la CNA le 10 décembre 2021, il ne fait guère doute qu'il n'aurait pas manqué de préciser qu'il serait tombé avec le bras en extension. Or, au contraire, il ressort du compte-rendu de cet entretien téléphonique qu'il n'avait justement pas eu le temps de se retenir en raison de la vitesse de sa chute (pièce 30). Cela étant, ce n'est qu'après avoir pris connaissance de la décision du 21 mars 2021 refusant des prestations à son patient, que le Dr D _____ a apporté cette nouvelle version. Peu crédible, elle est visiblement le produit de réflexions asséculo-logiques ultérieures à la décision en question et ne saurait par conséquent être décisive dans la présente cause (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et 121 V 45 consid. 2a ; arrêt U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3).

Il convient par conséquent de s'en tenir à la première version des faits ressortant du dossier, à savoir une chute du recourant directement sur son épaule gauche. Retenu comme tel et sans que cela ne soit déjà déterminant à lui-seul pour trancher le litige, la Dresse F _____ a expliqué d'une manière fondée que ce mécanisme accidentel ne pouvait pas être de nature à entraîner des lésions sur trois tendons de la coiffe des rotateurs (cf. avis du 21 mars 2022 ; pièce 46).

3.2. L'intimée a choisi de régler le cas d'assurance du recourant en se basant uniquement sur l'avis de son médecin-conseil et sans recourir à une expertise externe au sens de l'article 44 LPG. Il s'agit ainsi d'examiner si l'appréciation de la Dresse F _____ était suffisamment probante pour rendre une décision sur la cause.

3.2.1. Pour établir son appréciation, le médecin d'arrondissement a repris le rapport initial du médecin ayant effectué les premiers soins et la première radiographie, lequel avait observé une contusion, l'absence d'hématome, de tuméfaction ou encore de fracture (cf. rapport du 23 novembre 2021 de la Dresse B _____ ; pièce 26). Elle a dès lors noté qu'il n'existait pas de lésion structurelle, que la douleur s'était accentuée progressivement et que l'intéressé parvenait encore à mobiliser son épaule gauche. La Dresse F _____ a également mis en avant des lésions dégénératives révélées par la radiographie (excès de couverture acromiale de la tête humérale pouvant favoriser un conflit sous-acromial) et l'arthro-IRM du 29 septembre 2021 (tendinopathie insertionnelles distales avec une déchirure transfixiante distale et une désinsertion partielle). Elle a ensuite rappelé que le recourant avait été en mesure de terminer son match de football après sa chute, qu'il s'était rendu à son travail l'après-midi même, puis qu'il avait repris son emploi à temps plein depuis le 28 juin 2021, si bien qu'il ne présentait pas la souffrance et l'impotence fonctionnelle caractéristiques d'une lésion

traumatique d'un tendon de la coiffe des rotateurs (cf. avis du 21 mars 2022 ; pièce 46). Selon la littérature médicale citée par la Dresse F _____, de telles lésions auraient en effet dû entraîner une symptomatologie aiguë avec d'emblée une impotence fonctionnelle majeure et au maximum un tableau d'épaule pseudo-paralytique (arrêt 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.3), ce qui n'était en l'occurrence pas le cas. Enfin, lors de son appréciation médicale du 21 juillet 2022, le médecin d'arrondissement a pris en compte l'avis du Dr D _____ et a encore examiné le cas sous l'angle d'une grille d'évaluation médicale dont plusieurs indicateurs allaient dans le sens d'une atteinte dégénérative (pièce 66).

En procédant de la sorte, la Dresse F _____ a examiné d'une manière complète et circonstanciée le cas, en se basant sur les différentes pièces médicales au dossier puis en fournissant une explication convaincante exempte de toute incohérence en justifiant les raisons pour lesquelles elle écartait le diagnostic de son confrère. Elle n'était en outre pas tenue d'effectuer un examen personnel de l'assuré, dès lors qu'elle disposait d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il lui revenait uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre les atteintes à l'épaule gauche et l'accident du 4 mai 2021 (arrêts 8C_108/2020 précité consid. 4.4.1 et 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2). Dans la même mesure, les faits étant essentiellement établis, il n'y a à présent pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Au demeurant, les critiques relatives à l'absence de spécialisation FMH de la Dresse F _____ ne sont pas pertinentes. Selon la jurisprudence, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont en effet considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêts 8C_355/2022 du 2 novembre 2022 consid. 7.2, 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 et 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

3.2.2. Le recourant se prévaut de l'avis du Dr D _____, lequel a estimé que les caractéristiques de la lésion tendineuse étaient compatibles avec le traumatisme (une seule lésion du tendon supra-épineux gauche se terminant dans la partie haute des tendons infra-épineux et sous-scapulaire), ajoutant que sa taille réduite n'avait pas provoqué d'impotence fonctionnelle complète et qu'il n'existait pas d'atrophie musculaire ni de dégénérescence graisseuse (cf. rapport du 12 mai 2022 ; pièce 64).

Reprenant cela dans son évaluation médicale du 21 juillet 2022, la Dresse F _____ a expliqué d'une manière étayée les raisons pour lesquelles l'avis de ce médecin ne pouvait pas être suivi. Pour ce faire, elle a relevé que l'analyse des différents indicateurs (selon la grille d'évaluation, in : Infoméd/Medinfo N. 2021/1) permettant d'évaluer l'origine d'une atteinte montrait une origine dégénérative, notamment en raison du mécanisme de la chute avec réception directe sur l'épaule gauche, de l'absence de lésion à l'arthro-IRM, de l'âge de l'assuré (41 ans lors de sa chute), ainsi que du caractère crescendo des douleurs et des inaptitudes. Comme relevé justement par le médecin d'arrondissement, l'analyse du Dr D _____ se basait en outre sur un état de fait inexact, ce dernier partant de la prémisse erronée que son patient avait subi un mouvement de torsion forcée en essayant de se retenir avec son bras gauche lors de sa chute. On ajoutera qu'une consultation auprès de ce chirurgien n'a été nécessaire que le 14 septembre 2021, soit plus de quatre mois après l'évènement accidentel, et que lors de celle-ci une mobilisation complète et symétrique avait été observée auprès d'un assuré qui avait pu reprendre son activité professionnelle et présentait simplement des douleurs et une difficulté à l'élévation de son membre supérieur gauche (cf. rapport du 16 septembre 2021 ; pièce 34). L'opération a en outre été effectuée le 15 novembre 2021, soit plus de cinq mois après l'accident, ce qui est également un critère allant à l'encontre d'un traumatisme (Infoméd/Medinfo N. 2021/1, p. 6).

Du reste, le fait que la Dresse C _____ ait mentionné un « traumatisme » de l'épaule gauche (cf. pièce 11) ne permet pas encore d'affirmer qu'elle entendait se prononcer sur la causalité des troubles de son patient, ce terme étant fréquemment utilisé pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est survenue après un traumatisme (arrêts 8C_108/2020 précité consid. 4.4.5 et 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les arrêts cités).

3.3. Au vu des éléments qui précèdent, la CNA pouvait valablement se baser sur l'avis du médecin d'arrondissement pour mettre un terme à ses prestations au 11 novembre 2021, la Dresse F _____ ayant estimé que le statu quo sin vel ante avait été atteint le 28 juin 2021 lorsque le recourant a repris son activité professionnelle à temps plein. Au-delà de cette date, l'intimée a rendu vraisemblable que les douleurs résiduelles du recourant n'était plus dans une relation de causalité naturelle avec son accident du 4 mai 2021. La CNA a dès lors pris en charge le cas du recourant durant plus de six mois, étant précisé qu'un accident sans lésion structurelle de la coiffe des rotateurs ne devrait plus produit d'effet au-delà d'une telle période même en cas de persistance de certains symptômes (arrêt 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 5.3).

Le recours du 8 septembre 2022 est par conséquent rejeté et la décision sur opposition du 22 juillet 2022 confirmée.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).
5. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGGA *a contrario*), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 20 février 2024.