

S2 23 110

ARRÊT DU 22 MAI 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Jean-Pierre Wavre, avocat, Genève

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, intimée

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

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1999, a été engagé dès le 1^{er} décembre 2019 en tant qu'aspirant instructeur de parapente à un taux de 80% par A _____, à B _____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladies professionnelles auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise).

B. Par déclaration d'accident bagatelle du 8 mars 2021, l'employeur du prénommé a annoncé que celui-ci était tombé au décollage du parapente au départ de la C _____ le 22 février précédent et qu'il souffrait d'une contusion à l'épaule, sans qu'il n'ait présenté d'incapacité de travail (pièce Vaudoise 2).

Dans un rapport initial du 21 mars 2021, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué avoir été consulté par l'intéressé le 24 février 2021 suite à un violent tirage de l'épaule gauche vers l'arrière au décollage du parapente le 22 février précédent et a retenu le diagnostic d'élongation musculaire de l'épaule gauche. Ce médecin a ajouté qu'il n'y avait pas eu de traitement au-delà de la consultation du 24 février 2021 (pièces Vaudoise 1 et 6).

C. Le 13 avril 2023, l'assuré est retourné consulter le Dr D _____, en raison de douleurs intermittentes à l'épaule gauche. Dans un rapport faisant suite à cette consultation, le Dr D _____ a relevé que son patient présentait un épisode par mois de douleurs à l'épaule gauche consécutives à des faux-mouvements, des douleurs nocturnes régulières ainsi que des douleurs lors des décollages en parapente. Ce médecin a ajouté avoir adressé l'intéressé au Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et spécialiste de l'épaule, du coude et de l'orthopédie du sport (pièce Vaudoise 7).

Une arthro-IRM réalisée le 3 mai 2023 a mis en évidence des tendinopathies du susépineux gauche, du sous-scapulaire gauche et du long chef du biceps gauche ainsi qu'une dégénérescence labrale gauche (pièce Vaudoise 10).

Le 6 juillet 2023, l'employeur de l'assuré a annoncé à la Vaudoise une rechute de l'accident du 22 février 2021, en raison d'une récurrence de douleurs à l'épaule gauche depuis la fin du mois de mars 2023 (pièce Vaudoise 11).

Dans un questionnaire rempli le 24 juillet 2023, l'intéressé a déclaré qu'il ressentait des douleurs fréquentes et lancinantes depuis l'événement du 22 février 2021 lorsqu'il faisait un faux mouvement et que son médecin traitant lui avait prescrit des séances de physiothérapie, qui étaient en cours. Il a ajouté qu'il faisait du sport plusieurs fois par semaine (fitness, ski, vélo, parapente) et qu'il ne prenait pas de médicaments (pièce Vaudoise 15).

Le 3 août 2023, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil auprès de la Vaudoise, a posé les diagnostics de contusion de l'épaule gauche, de tendinopathies du susépineux gauche, du sous-scapulaire gauche et du long chef du biceps gauche ainsi que de dégénérescence labrale gauche, en précisant que les tendinopathies et la dégénérescence, révélées par l'arthro-IRM du 3 mai 2023, étaient des éléments étrangers à l'accident du 22 février 2021. Le Dr F _____ a ajouté que les lésions mises en évidence par l'arthro-IRM étaient de type dégénératives, si bien qu'une rechute était exclue, et que cette imagerie avait été réalisée plus de deux ans après l'accident du 22 février 2021, de sorte que le lien de causalité entre les troubles actuels et cet accident étaient seulement possible, mais pas probable. Enfin, dès lors que l'événement du 22 février 2021 avait provoqué une contusion de l'épaule gauche s'inscrivant dans un status antérieur dégénératif, le médecin-conseil a fixé le *statu quo sine* à six semaines, soit au 5 avril 2021 (pièce Vaudoise 16).

Par décision du 4 août 2023, la Vaudoise a informé l'assuré que l'examen de son dossier médical n'avait pas démontré l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'accident du 22 février 2021 et les troubles actuels au niveau de l'épaule gauche. Elle a retenu que son intervention se limitait aux frais encourus jusqu'au 5 avril 2021 et a recommandé à l'intéressé de s'adresser à son assurance maladie pour le remboursement des frais de traitement encourus au-delà de cette date (pièce Vaudoise 17).

Le 21 août 2023, l'assuré et son employeur se sont opposés à la décision du 4 août précédent, motif pris qu'il était évident que les douleurs qui avaient suivi l'accident du 22 février 2021 y étaient liées. Ils ont ajouté qu'une lésion du labrum n'arrivait pas sans accident et que les tendinopathies faisaient suite à des mouvements répétitifs sur une période supposément prolongée, les douleurs à ce niveau-là n'étant pas présentes avant ledit accident et étant apparues juste après (pièce Vaudoise 19).

Dans un rapport du 19 octobre 2023, le Dr E _____ a retenu le diagnostic de lésion SLAP (*superior labral anterior to posterior* ou lésions antéro-postérieures du labrum

supérieur) de l'épaule gauche suite à un accident de parachute. Il a indiqué avoir vu l'intéressé lors de la consultation du 23 juin 2023 et n'avoir pas préconisé de prochain rendez-vous, mais qu'en cas de récurrence des douleurs, une arthroscopie de l'épaule avec une tenodèse du long chef du biceps pourrait être discutée (pièce Vaudoise 28).

Le 12 novembre 2023, le Dr F _____ a rappelé que les lésions SLAP avaient été initialement décrites dans la population sportive, que l'assuré présentait une fissuration longitudinale, soit une lésion d'usure du long chef du biceps dans sa portion haute marquant une chronicité, constatée sur l'arthro-IRM du 3 mai 2023 avec des lésions de clivage du sous-scapulaire, typique d'une situation dégénérative et que la lésion labrale se situait entre midi et une heure, localisation habituelle des lésions de traction chronique sur le long chef du biceps, relativement cohérente chez un parapentiste. Le Dr F _____ a ajouté que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* ») et que, dans son rapport du 19 octobre 2023, le Dr E _____ n'établissait pas de lien de causalité entre les lésions constatées et l'événement du 22 février 2021 (pièce Vaudoise 35).

Par décision sur opposition du 13 novembre 2023, la Vaudoise a rejeté les griefs de l'intéressé et a confirmé sa décision du 4 août précédent (pièce Vaudoise 36).

D. X _____, représenté par Me Jean-Pierre Wavre, a recouru cédans le 15 décembre 2023 à l'encontre de la décision sur opposition du 13 novembre précédent, concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, au constat que les douleurs ressenties dès le printemps 2023 au niveau de l'épaule gauche sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 février 2021 et à la prise en charge par la Vaudoise de l'intégralité des coûts médicaux et d'éventuelles pertes de salaires relatifs aux traitements effectués à l'épaule gauche. Subsidiatement, le recourant a conclu au renvoi de la cause à la Vaudoise pour nouvelle décision. Il a en substance soutenu que les douleurs qu'il présentait au niveau de l'épaule gauche étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 février 2021. Pour ce faire, il s'est fondé sur un rapport du 30 novembre 2023 du Dr D _____, joint en annexe à son écriture, qui contestait les conclusions du Dr F _____ et attestait que son patient n'avait jamais souffert de douleurs à l'épaule gauche avant l'accident susmentionné, si bien que le lien de causalité lui semblait clairement établi. A titre de moyens de preuve, le recourant a requis son propre interrogatoire ainsi que la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Dans sa réponse du 11 janvier 2024, la Vaudoise a relevé que le rapport du 30 novembre 2023 du Dr D _____ ne permettait pas d'établir un quelconque lien de causalité entre les troubles présentés par l'intéressé et l'accident du 22 février 2021, dès lors que ce médecin effectuait un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* ». L'intimée a pour le reste renvoyé à la décision sur opposition du 13 novembre 2023 et a conclu au rejet du recours.

Le 27 février 2024, le recourant a indiqué n'avoir pas de remarques particulières à formuler et a maintenu sa position.

Le 26 mars 2024, l'assurance-maladie de l'intéressé a informé le Tribunal de céans qu'elle renonçait à se déterminer et qu'elle acceptait la décision de refus de prestations de la Vaudoise.

L'échange d'écritures a été clos le 27 mars 2024.

Considérant en droit

1.

Selon l'article 1 alinéa 1 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.

Remis à la poste le 15 décembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 13 novembre précédent, notifiée au mandataire du recourant le 16 décembre 2023, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites d'une rechute annoncée le 6 juillet 2023 en lien avec l'événement du 22 février 2021.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, 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 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et séquelles tardives 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3.1, in SVR 2019 n° 9 p. 26). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C_115/2019 du 20 novembre 2019 consid. 3, 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 avec les références [in SVR 2017 UV n° 19 p. 63] et 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2 [in SVR 2016 UV n° 18 p. 55]).

2.3 L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se

présente comme la *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).

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 du Tribunal fédéral 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'évènement 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 du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.4 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 du Tribunal fédéral 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). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du

Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). S'il existe des avis contradictoires, le juge 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, ce qui est déterminant c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références).

En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, 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 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera 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 dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations

médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

2.5 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

2.6 En l'espèce, la Vaudoise a considéré que la résurgence, attestée par le Dr D _____ suite à la consultation du 13 avril 2023, de douleurs au niveau de l'épaule gauche chez le recourant n'était pas dans une relation de causalité avec son accident du 22 février 2021. Pour ce faire, elle s'est fondée sur l'appréciation médicale de son médecin-conseil, le Dr F _____, qui a retenu qu'un lien de causalité entre la rechute annoncée en 2023 et l'accident de 2021 était seulement possible, mais non probable. Le recourant se prévaut quant à lui de l'avis de son médecin traitant, le Dr D _____, pour affirmer que les lésions qu'il présente à l'épaule gauche sont en lien de causalité avec l'accident susmentionné.

2.6.1 A l'analyse des pièces au dossier, force est toutefois de constater que l'argumentation du recourant ne peut pas être suivie. En effet, dans son rapport du 30 novembre 2023, certes postérieur à la décision contestée mais étroitement lié à l'objet du litige et ayant trait à la situation antérieure à cette décision, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine générale, a uniquement contesté les conclusions du

Dr F _____, soit l'existence de lésions dégénératives antérieures à l'accident du 22 février 2021, en indiquant qu'il suivait l'intéressé depuis son enfance et que celui-ci n'avait jamais présenté une quelconque douleur ou limitation de son épaule gauche avant ledit accident, si bien que le rapport de causalité lui semblait clairement établi. Or, une telle argumentation constitue manifestement un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* », impropre à établir un lien de causalité entre les douleurs à l'épaule gauche annoncées par le recourant en 2023 et l'accident de 2021 (cf. *supra* consid. 2.3). Les autres rapports émis par le Dr D _____ ne sont pas non plus de nature à prouver l'existence d'un tel lien, dès lors qu'aucun d'entre eux n'aborde la question de la causalité. En outre, compte tenu du fait que plus de deux ans se sont écoulés entre ledit accident et la manifestation de l'atteinte, les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, doivent être sévères (cf. *supra* consid. 2.2) et ne sauraient être considérées comme remplies *in casu* au regard des rapports du Dr D _____.

Quant au Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et spécialiste de l'épaule, du coude et de l'orthopédie du sport, le seul document émanant de ce médecin, transmis dans le cadre de l'audition ouverte suite à l'opposition déposée par le recourant, est un rapport du 19 octobre 2023 ne contenant aucune information sur la question de la causalité entre les lésions de l'épaule gauche annoncées en 2023 et l'accident subi par l'intéressé en 2021. Ce document n'est ainsi d'aucun secours au recourant.

2.6.2 A l'inverse, dans ses avis des 3 août 2023 et 12 novembre suivant, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a expliqué de manière claire et détaillée pour quelles raisons les douleurs à l'épaule gauche annoncées en 2023 n'étaient que possiblement en lien avec l'événement du 22 février 2021, à savoir parce que les tendinopathies du susépineux gauche, du sous-scapulaire gauche et du long chef du biceps gauche ainsi que la dégénérescence labrale gauche, révélées par l'arthro-IRM du 3 mai 2023, étaient des lésions de type dégénératif et que cette imagerie avait été réalisée plus de deux ans après l'accident de 2021. Le Dr F _____ a ajouté que l'assuré présentait une fissuration longitudinale, soit une lésion d'usure du long chef du biceps dans sa portion haute marquant une chronicité typique d'une situation dégénérative et que la lésion labrale se situait entre midi et une heure, soit une localisation classique des lésions de traction chronique sur le long chef du biceps, relativement cohérente chez un parapentiste. Enfin, le Dr F _____ a dûment expliqué pour quel motif il avait fixé le *statu quo sine* à six semaines de l'accident,

soit au 5 avril 2021, à savoir parce que ledit accident avait uniquement provoqué une contusion de l'épaule gauche s'inscrivant dans un status antérieur dégénératif. Autrement dit, l'accident avait seulement décompensé momentanément la situation préexistante. L'avis du Dr F _____ se fonde en outre sur l'ensemble des pièces au dossier et repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, de sorte qu'un examen personnel de l'intéressé ne se justifiait pas.

2.6.3 Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée – et maintenant au Tribunal – de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire telle que suggérée par le recourant à l'appui de ses griefs ou encore son audition (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1). Dès lors, faute de lien de causalité entre les troubles à l'épaule gauche annoncés par le recourant en 2023 et l'accident du 22 février 2021, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations à celui-ci au-delà du 5 avril 2021. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

3.

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Prononce

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

Sion, le 22 mai 2025