RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1274/2022 **ATAS/602/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 août 2023

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____ recourant

Représenté par Maître Éric MAUGUE, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, marié, né le _____ 1957, a travaillé à Genève en qualité de peintre en bâtiment à partir de 1987.

b. Depuis le mois de février 2012, l'assuré est salarié de la société B_____ Sàrl dont le but est l'exploitation d'une entreprise de peinture, de tapisserie, de parquet, de stores et de carrelages, ainsi que de nettoyage et de conciergerie. À ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

c. Le 11 janvier 2013, l'assuré a été victime d'un accident. Il a glissé d'une échelle et est tombé d'une hauteur de 1,5 mètre sur le poignet gauche.

d. Par décision du 2 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que l'incapacité de travail était de 75% dans l'activité habituelle depuis le 7 juin 2013, puis totale dès le 17 septembre 2013. Dans une activité adaptée, la capacité était toutefois pleine depuis le 17 décembre 2013.

e. Par arrêt du 25 janvier 2017 (ATAS/46/2017), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré à l'encontre de la décision de l'OAI.

f. Par décision du 5 mai 2017, la SUVA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 25% dès le 1er juillet 2015 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 10%.

g. Par opposition du 12 mai 2017, complétée le 22 juin 2017, l'assuré a contesté la décision de la SUVA et requis l'octroi d'une rente d'au minimum 50% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 15%.

h. Par décision sur opposition du 22 août 2017, confirmée par arrêt de la chambre de céans du 19 mars 2018 (ATAS/256/2018), la SUVA a rejeté son opposition.

Il ressort de cet arrêt que, dans un rapport du 23 mai 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, avait diagnostiqué une dissociation scapho-lunaire avec une rupture du ligament scapho-lunaire et du TFCC avec une évolution vers une instabilité scapho-lunaire chronique, un syndrome de compression ulno-carpien, un status après une stéotomie de raccourcissement de l'ulna et une plastie du ligament scapho-lunaire, ainsi qu'une douleur chronique du poignet gauche. L'assuré présentait une tuméfaction et des douleurs constantes du poignet gauche, douleurs qui devenaient insupportables après une ou deux heures de travail ou d'une activité quotidienne impliquant l'utilisation de sa main gauche. En outre, il souffrait de cervicalgies en raison de hernies discales et d'arthrose de la colonne cervicale, et signalait des douleurs de l'épaule gauche plutôt liées à une contracture musculaire et au déconditionnement du membre supérieur gauche.

L'assuré avait également communiqué, dans cette procédure, un rapport du 24 mai 2017 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, mentionnant qu'il était suivi par un autre médecin pour son problème de l'épaule.

i. Par déclaration de sinistre du 24 juin 2021, complétée en décembre 2021, l'assuré a annoncé avoir été victime d'un accident sur son lieu de travail le 19 juin 2021, déclarant que, pendant le déplacement d'un meuble, des étagères en verre et des supports en métal lui étaient tombés dessus, le blessant au bras gauche. Des points de suture avaient été nécessaires. Dès le lendemain, il avait ressenti des douleurs dans la zone de l'épaule gauche.

j. Le rapport médical de son hospitalisation aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) à la suite de l'accident mentionne que l'assuré avait renversé accidentellement la plaque en verre d'un meuble et s'était coupé la face externe du coude gauche. Il souffrait de légères douleurs au regard de la plaie.

k. Il a produit un certificat médical des HUG faisant état d'un arrêt de travail pour accident du 19 au 29 juin 2021. Son arrêt de travail a ensuite été régulièrement prolongé par le Dr C_____.

l. Une échographie de l'épaule gauche a été effectuée le 26 juillet 2021. Le radiologue concluait à une lésion transfixiante focal du supra-épineux, sans rétractation tendineuse et une tendinopathie fissuraire on transfixiante du sub-scapulaire.

m. L'IRM de l'épaule gauche, faite le lendemain a révélé une arthropathie acromio-claviculaire avec épanchement en son sein et épaississement de l'appareil capsulo-ligamentaire, une absence de contusion osseuse post-traumatique et des petits kystes d'inclusion au niveau du tubercule majeur.

Le radiologue concluait à une rupture transfixiante de l'insertion distale du tendon supra-épineux étendue sur environ 7 mm, sans rétraction tendineuse majeure, ainsi qu'à des fissurations interstitielles à la jonction des tendons supra et infra-épineux, une amyotrophie du muscle sous-scapulaire et un aspect filiforme de son tendon, mal visible au niveau de son insertion distale.

n. Par rapport médical intermédiaire du 26 septembre 2021, le Dr C_____ a certifié que, depuis la chute, l'assuré souffrait de douleurs invalidantes à l'épaule gauche, ainsi que d'une rupture du tendon supra-épineux.

o. Le docteur E_____, chirurgien orthopédiste aux HUG, a reçu l'assuré en consultation le 5 octobre 2021. Il a constaté une épaule gauche limitée douloureusement et retenu que le bilan radiologique montrait une lésion transfixiante de la coiffe supérieure associée à une lésion rétractée et une dégénérescence marquée du sub-scapulaire. Il existait, par ailleurs, une pathologie bicipitale marquée associée.

p. Le 6 novembre 2021, le Dr C_____ a rendu un nouveau rapport médical intermédiaire faisant état d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs

gauche, avec rupture du tendon supra-épineux gauche. Il soutenait que l'assuré n'avait pas d'antécédents médicaux au niveau de l'épaule gauche, se rapportant à cet égard au rapport du 30 octobre 2014 de la clinique romande de réadaptation mentionnant que, lors de tests effectués sur les épaules, les coiffes avaient toutes tenues, ainsi que sur un rapport du 19 janvier 2016 dans lequel le docteur F_____, rhumatologue, interprétait une IRM cervicale effectuée en 2016 et mentionnait que la mobilité de l'épaule gauche était complète à l'examen clinique.

q. Le 14 décembre 2021, à la demande de la SUVA, le docteur G_____, chirurgien orthopédiste FMH, a rendu une appréciation médicale.

Après avoir résumé les pièces du dossier, il a retenu que l'IRM n'avait décelé aucune anomalie osseuse, ce qui lui permettait d'affirmer que les lésions de l'épaule n'étaient pas la conséquence d'un choc direct sur celle-ci. La seule plaie constatée aux HUG avait été celle du bras gauche. À aucun moment, l'assuré n'avait alors évoqué des anomalies au niveau de l'épaule. L'évaluation de la mobilité du coude gauche avait confirmé la normalité de celui-ci. Lors de la mobilisation du coude, l'épaule est également sollicitée. Or, il n'apparaissait pas que l'assuré se soit alors plaint de douleur dans l'épaule. L'absence d'anomalie osseuse et la présence d'anomalies de type dégénératif (arthropathie acromio-claviculaire et anomalies au niveau du tendon sous-scapulaire ainsi que les fissurations interstitielles) faisaient évoquer une pathologie de type dégénératif, confirmée par les commentaires du Dr E_____.

Ainsi, aucun lien de causalité entre l'événement traumatique annoncé par l'assuré, qui avait fait l'objet d'une suture au niveau de la plaie du coude, et les anomalies constatées au niveau de l'épaule gauche par l'IRM du 27 juillet 2021 et l'échographie du 26 précédent ne pouvait être retenu. Le fait qu'aucune anomalie n'ait été constatée en 2016 ou précédemment n'empêchait pas l'apparition progressive de ce type de lésion dégénérative.

r. Par décision du 23 décembre 2021, se basant sur l'avis du Dr G_____, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance au 1er novembre 2021, estimant que les troubles qui persistaient n'avaient plus de lien avec l'accident. L'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident du 19 juin 2021, pouvait être considéré comme atteint depuis le 1er novembre 2021 au plus tard.

B. **a.** Par acte du 11 janvier 2022, complété le 11 mars suivant, l'assuré a fait opposition à la décision du 23 décembre 2021.

Il joignait un rapport médical du Dr C_____ du 6 mars 2022 soutenant qu'il était normal que l'épaule de l'assuré, maçon, présente une certaine usure. Toutefois, les deux rapports médicaux antérieurs à l'accident décrivaient qu'il n'y avait pas de lésion notable des épaules avant l'accident. Cela démontrait que l'accident avait blessé de manière grave l'épaule de l'assuré.

b. Par décision sur opposition du 16 mars 2022, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

C. **a.** Le 25 avril 2022, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans. Il a conclu, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 mars 2022, à ce qu'il soit dit qu'il a droit aux prestations de l'assurance-accident après le 1er novembre 2021 et à la condamnation de la SUVA au paiement de ces prestations, notamment des indemnités journalières et des frais médicaux, plus intérêts à 5% l'an dès le 1er novembre 2023.

b. Le 4 mai 2022, la SUVA a persisté dans ses conclusions.

c. Le 19 mai 2022, le recourant a répondu, estimant l'appréciation médicale du Dr G_____ dénuée de toute valeur probante. L'intimée avait ainsi échoué à établir la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident et ses lésions.

Il a produit un rapport médical du Dr C_____ du 7 mai précédent dans lequel ce dernier exposait être le médecin traitant du recourant depuis 2005 et ne pas partager les conclusions du Dr G_____ qu'il estimait médicalement incorrectes. Le fait que le tendon ne présente pas de rétractation était une preuve de blessure récente. L'inexistence de contusion osseuse n'excluait pas le traumatisme, dès lors qu'il existait des épanchements dans l'articulation gléno-humérale et acromio-claviculaire, liés au traumatisme. Une contusion osseuse n'était pas obligatoire, le tendon supra-épineux se situant au-dessus de l'os. De plus, tout traumatisme ne provoquait pas forcément de contusion osseuse visible sur une IRM, ce d'autant que cet examen avait été pratiqué cinq semaines après l'accident. Les signes d'une contusion avaient pu s'estomper. Son patient ne souffrait pas de son épaule gauche avant l'accident.

d. Le 9 juin 2022, l'intimée a transmis à la chambre de céans une évaluation médicale complémentaire de son médecin-conseil, lequel attestait que l'IRM réalisée au mois de juillet 2021 confirmait une lésion ancienne de type dégénératif au niveau du muscle sous-scapulaire. La conséquence directe de cette rupture, qui n'avait pas de lien avec l'accident annoncé, était l'amyotrophie, confirmée par les radiologues, laquelle se produisait de façon progressive. Il confirmait ainsi que la lésion de l'épaule gauche était de type dégénératif.

e. Le 24 juin 2022, l'assuré a produit un nouveau rapport médical du Dr C_____ lequel contestait l'analyse médicale faite par le Dr G_____, exposant que si la rupture du tendon sous-scapulaire était une lésion dégénérative, cela n'impliquait pas qu'il en soit de même du tendon sus-épineux dont il était bien plus vraisemblable qu'il se soit rompu lors du choc.

f. Le 8 août 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur transmettant son projet de mission d'expertise et en leur

impartissant un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur la mission d'expertise.

g. Le 10 août 2022, l'assuré a répondu ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr H_____ et a souhaité que la question 5.1.3 soit reformulée.

Il a également transmis de nouveaux rapports médicaux, rédigés par le Dr E_____, à savoir :

- un compte-rendu opératoire de son épaule gauche du 3 mai 2022 retenant comme diagnostic une rupture transfixiante du sub-scapulaire rétractée à la glène et une rupture partielle du long chef du biceps. L'intervention chirurgicale avait consisté en une arthroscopie de l'épaule gauche, avec réinsertion du sub-scapulaire, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie ;
- une lettre de sortie des soins aigus des HUG du 16 mai 2022, mentionnant le même diagnostic ;
- un rapport de consultation du 10 juin 2022 stipulant que *«la situation était encore sensible»*, en particulier la nuit et que l'examen clinique montrait des amplitudes restant modérées avec une élévation antérieure active à 50° et en passif à 90°, en adéquation avec le délai post-opératoire ;
- un rapport de consultation du 29 juillet 2022, mentionnant que l'élévation antérieure active restait limitée à 90°.

h. Par ordonnance du 13 septembre 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée au Dr H_____, en considérant ce qui suit : le recourant se plaint de douleurs à son épaule gauche qu'il relie à l'accident du 19 juin 2021. L'échographie de cette épaule effectuée le 26 juillet 2021 a révélé, selon le radiologue, une lésion transfixiante focal du supra-épineux, sans rétractation tendineuse et une tendinopathie fissuraire non transfixiante du sub-scapulaire. L'IRM effectuée le lendemain a confirmé la rupture transfixiante de l'insertion distale du tendon supra-épineux, sans rétraction tendineuse majeure. Le radiologue a également relevé une arthropathie acromio-claviculaire avec épanchement en son sein et un épaississement de l'appareil capsulo-ligamentaire, une absence de contusion osseuse post-traumatique et des petits kystes d'inclusion au niveau du tubercule majeur, ainsi que des fissurations interstitielles à la jonction des tendons supra et infra-épineux, une amyotrophie du muscle sous-scapulaire et un aspect filiforme de son tendon, mal visible au niveau de son insertion distale.

Dans ses divers rapports, le médecin-conseil de l'intimée conteste tout lien de causalité entre l'accident annoncé et les lésions de l'épaule gauche du recourant, en raison de l'absence d'anomalie osseuse et de l'existence de lésions de type dégénératif au niveau du muscle sous-scapulaire.

Le Dr C_____, médecin traitant du recourant, estime quant à lui que son patient souffre d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs gauche, avec rupture du tendon supra-épineux gauche, dont la cause est l'accident du 19 juin 2021. Selon lui, une contusion osseuse n'est pas obligatoire ou a pu s'estomper et l'éventuelle lésion dégénérative du tendon sous-scapulaire n'implique pas que celle du tendon sus-épineux soit également de type dégénératif. Il est bien plus vraisemblable que ce tendon se soit rompu lors du choc, ce d'autant que le recourant ne souffrait pas de son épaule gauche avant l'accident.

La chambre de céans a constaté que l'appréciation du médecin-conseil, élaborée sur la seule base des pièces présentes au dossier, sans avoir vu le recourant, soit notamment l'échographie et l'IRM des 26 et 27 juillet 2021, repose sur des hypothèses quant à l'inexistence d'un choc sur l'épaule gauche et sur le fait que la présence d'anomalies de type dégénératif du tendon sous-scapulaire impliquerait que la déchirure du tendon sus-épineux soit également de type dégénératif. Le délai retenu par l'intimée pour fixer le statu quo n'a fait l'objet d'aucune discussion de la part du médecin-conseil.

L'avis du médecin-traitant du recourant, reposant notamment sur les mêmes échographie et IRM, est tout autre, puisqu'il estime que l'accident est la cause des lésions de l'épaule gauche du recourant. Il base également son avis sur le fait que son patient n'avait pas d'antécédents médicaux au niveau de l'épaule gauche avant l'accident de juin 2021.

Ces deux avis contradictoires ne sont ainsi pas suffisamment probants et ne permettent pas de définir si les atteintes toujours présentes chez le recourant au 1er novembre 2021 sont dues à l'accident assuré ou si elles reposent uniquement sur des causes étrangères à l'accident.

Partant, la cause n'était pas en état d'être jugée sur le fond et il convenait d'ordonner une expertise orthopédique.

i. Le 31 mars 2023, le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise.

Après avoir examiné le recourant et fait procéder à une IRM 3 T GE des deux épaules, les diagnostics en lien certain ou probable avec l'accident étaient ceux de :

- Plaie d'environ 6 cm face externe du coude gauche (status post trauma/choc direct par une étagère vitrée sur son coude gauche) existant depuis le 19 juin 2021. Lien de causalité certain, donc de 100% avec l'accident du 19 juin 2021.
- Développement d'une capsulite rétractile surtout postérieure suite à une perte d'équilibre du couple de force sub-scapularis / sous-épineux dans les suites du trauma du 19 juin 2021 avec décompensation progressive de cette épaule gauche. Lien de causalité avec une probabilité de 50%.

Il était évident que le recourant souffrait de longue date d'une atteinte massive de son épaule gauche avec un équilibre précaire lui permettant de fonctionner encore

correctement. On pouvait s'imaginer que lors du choc contre le coude gauche, il avait contracté violemment son sub-scapulaire, provoquant une avulsion des quelques fibres restantes, ce qui avait provoqué une capsulite rétractile.

L'intervention du 27 avril 2022 ne concernait aucune lésion post-traumatique.

S'agissant de la plaie, le statu quo ante avait été atteint quelques semaines après la lésion. S'agissant de la capsulite rétractile, il n'avait pas été atteint.

La rupture sub-totale du sub-scapulaire s'était décompensée suite à l'accident. Le statu quo sine de cette décompensation était atteint au plus tard le 1er novembre 2021 et celui de la plaie six semaines après l'accident.

La capacité de travail, pour les atteintes en lien avec l'accident, était totale dès le 1er novembre 2021.

j. Le 25 avril 2023, la SUVA a estimé que l'expertise judiciaire était probante et que sa décision pouvait être confirmée.

k. Le 19 mai 2023, le recourant a observé que l'intervention chirurgicale du 27 avril 2022 avait causé une atteinte qui avait modifié l'état de son épaule gauche ; or, cette intervention était en relation directe avec l'accident, de sorte que l'atteinte en découlant était à la charge de l'intimée.

Il a joint un rapport du 2 mai 2023 de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecine du sport SSMS, selon lequel le recourant présentait une atteinte importante à l'intégrité de l'épaule gauche ; les suites post-opératoires avaient évolué de façon peu favorable, avec la persistance de limitations fonctionnelles douloureuses invalidantes.

l. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

4. Dans la mesure où l'accident est survenu 19 juin 2021, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront ainsi citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 1er novembre 2021, singulièrement si elle était légitimée à retenir que les troubles persistants dès cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 19 juin 2021.

6.

6.1

6.1.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.1.2 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue également ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

Dans l'ATF 146 V 51 du 24 septembre 2019, 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'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral 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'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

6.2 En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant a été victime d'un accident le 19 juin 2021, au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins dans le dossier litigieux relèvent de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

7.

7.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 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 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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 ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). 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.

7.2 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) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], Sécurité sociale, 3ème éd., nos 107 ss, p. 930). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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 129 V 177 consid. 3.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

7.3

7.3.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2021 du 8 juin 2022 consid. 3.2).

Ainsi, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, 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 d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

7.3.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

7.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.

8.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la

santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2)

8.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'occurrence, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire orthopédique afin de pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur les conséquences de l'accident du 19 juin 2021.

9.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, complété par des examens d'imagerie des deux épaules du recourant, comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes du recourant, des diagnostics clairs, une analyse détaillée du lien de causalité de ceux-ci avec l'accident et une description des limitations

fonctionnelles et de la capacité de travail du recourant compte tenu des atteintes en lien avec l'accident, le rapport d'expertise du Dr H_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

9.2 Le Dr H_____ conclut à des diagnostics de plaie au coude gauche et de capsulite rétractile en lien avec l'accident, avec des effets au plus tard au 1er novembre 2021 et à une capacité de travail totale dès cette date.

L'intimée s'est ralliée aux conclusions du rapport d'expertise.

Le recourant admet également sa valeur probante, sous réserve du lien de causalité entre l'intervention chirurgicale du 27 avril 2022 et l'accident, qu'il estime être réalisé, de sorte que l'atteinte causée, selon lui, par dite intervention devrait être prise en charge par l'intimée.

9.2.1 À cet égard, l'expert judiciaire a expliqué de façon claire et convaincante que l'intervention chirurgicale du 27 avril 2022 n'était en aucun cas à la charge de l'intimée, car aucune lésion directement post-traumatique n'avait été mise en évidence lors de l'intervention et le rapport de causalité entre celle-ci et l'accident était d'une probabilité de moins de 50% (expertise judiciaire p. 12). Par ailleurs, le Dr H_____ ne fait pas état d'une atteinte causée par l'intervention chirurgicale mais indique que celle-ci n'a pas pu empêcher l'évolution irrévocable vers une péjoration progressive de la situation de l'épaule gauche.

Aucun élément médical contraire ne permet de contester les conclusions claires du Dr H_____. En particulier, le rapport du 2 mai 2021 de la Dre I_____, transmis par le recourant, se borne à évoquer un traumatisme de l'épaule gauche avec rupture complète du sous-scapulaire et partielle du long chef du biceps, ce qui n'est pas à même de faire douter des conclusions de l'expertise judiciaire.

9.2.2 Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 1er novembre 2021.

10. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le