RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1624/2021 **ATAS/902/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 octobre 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Ghita DINSFRIEND-DJEDIDI	recourant

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1992, était employé en qualité d'analyste auprès d'une banque sise dans le canton de Genève, et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels ou non par la BÂLOISE ASSURANCE SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée) lorsque, le 23 septembre 2017, alors qu'il circulait en scooter, il a été renversé par une voiture, et a chuté avec réception sur l'épaule gauche puis sur la tête.

b. À la suite de cet événement, il s'est plaint en particulier de douleurs cervicales et de l'épaule gauche, de céphalées, de difficultés attentionnelles, de fatigabilité, et de troubles anxieux.

c. La Bâloise a pris en charge le cas, en s'acquittant des frais médicaux et en octroyant des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail, d'après les décomptes au dossier, de 100 % du 26 septembre au 2 décembre 2017, de 50 % du 3 décembre 2017 au 17 janvier 2018, de 40 % du 18 janvier au 25 février 2018, de 50 % du 26 février au 30 septembre 2018, de 30 % du 1er au 31 octobre 2018, de 20% du 1er novembre 2018 au 15 janvier 2019, de 100 % du 20 au 31 mars 2019, de 50% le 5 mai 2020, de 100 % du 4 au 23 août 2020, de 50 % du 24 août au 8 septembre 2020, et de 50% les 24 septembre 2020 et 13 novembre 2020.

d. L'assuré a été engagé à compter du 1er octobre 2018 en tant que « Investment advisor » par une société de conseil en investissement.

e. Le 20 mars 2019, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait diagnostiqué une instabilité gléno-humérale antéro-inférieure récurrente gauche, a procédé à une stabilisation (ostéotomie de la coracoïde, double vissage sur la face antérieure de la glène, réinsertion du labrum et reconstruction du ligament gléno-huméral antéro-inférieur).

f. Mandaté par la Bâloise, dans un rapport d'expertise du 10 juin 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait examiné l'assuré le 5 mai 2020, a posé les diagnostics de contusion cervico-dorsale et de l'épaule gauche en relation de causalité hautement possible à probable avec l'événement du 23 septembre 2017, ainsi que de laxité postérieure modérée bilatérale des deux épaules et de plastie de l'épaule gauche en relation de causalité naturelle possible avec cet événement. La décompensation n'avait été, selon lui, que temporaire et, en l'absence de lésion somatique ou structurelle objectivée, le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint une année après l'événement.

g. Le 4 août 2020, l'assuré a bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, et d'une stabilisation antérieure dynamique avec réinsertion, ténodèse du long

chef du biceps sur face antérieure de la glène à travers split du sous-scapulaire et capsuloplastie de l'épaule gauche.

B. **a.** À compter du 28 novembre 2017, l'assuré a consulté Madame D_____, neuropsychologue FSP, puis depuis le 26 février 2018, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, et dès le 15 mars 2018, un psychologue.

b. La Bâloise a confié un mandat d'expertise au docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi qu'à Madame G_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, qui ont examiné l'assuré, respectivement, le 24 septembre 2020 et le 13 novembre 2020.

Dans un rapport du 17 novembre 2020, Mme G_____ a considéré que l'assuré présentait des troubles neuropsychologiques légers voire légers à moyens selon les critères de gravité de l'ASNP (Association suisse de neuropsychologie) et a exclu une origine organique de ces troubles dans un contexte de traumatisme cranio-cérébral mineur. La souffrance de l'assuré était plutôt d'ordre psychique (tendance au surmenage professionnel, anxiété, difficultés d'adaptation aux situations nouvelles, découragement face aux symptômes persistants). Une prise en charge psychothérapeutique d'approche cognitivo-comportementale pouvait se justifier afin de l'aider à mieux faire face au stress et à reprendre confiance dans ses propres ressources qu'il tendait à sous-estimer.

Dans un rapport du 18 novembre 2020, le Dr F_____ a posé le diagnostic de status après traumatisme cranio-cérébral mineur (commotion cérébrale) le 23 septembre 2017. Le *statu quo ante* pouvait être considéré comme rétabli à douze mois, si l'on tenait compte de la normalisation de l'examen neuropsychologique après sept mois et de la reprise de l'activité à plus d'un an. Les difficultés neuropsychologiques constatées, survenant dans le cadre d'un tableau psychiatrique, pourraient être en lien de causalité naturelle avec l'accident, à confirmer par un examen psychiatrique spécialisé.

c. Dans un rapport du 18 décembre 2020, la Dresse E_____ s'est prononcée sur les rapports d'expertise neuropsychologique et neurologique.

d. Dans un rapport du 9 février 2021, le Dr F_____ et Mme G_____ se sont déterminés sur le rapport précité de la neurologue traitante.

C. **a.** La Bâloise a également diligenté une expertise auprès du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné l'assuré les 28 juin et 12 juillet 2021.

Dans un rapport du 14 juillet 2021, l'expert a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.02), en rémission partielle. Les troubles manifestés par l'assuré (symptômes cognitifs et émotionnels à type d'anxiété dans les suites d'un traumatisme crânien sans cause organique) étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 23 septembre 2017. Le *statu quo sine* serait possiblement atteint dans un an si l'assuré s'astreignait à un traitement adapté

(psychothérapie cognitivo-comportementale et rééducation neurocognitive). Celui-ci ne présentait pas une atteinte à l'intégrité.

b. À la suite des remarques formulées par le conseil de l'assuré, le 10 septembre 2021, le Dr H_____ a déclaré confirmer ses conclusions.

D. **a.** Par décision du 25 août 2020, la Bâloise a nié tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 septembre 2017 et les troubles orthopédiques postérieurs au 23 septembre 2018, tout en précisant que les frais médicaux en lien avec l'épaule gauche seraient à sa charge jusqu'au 9 juillet 2020, date à laquelle l'assuré avait été informé des conclusions de l'expertise.

b. Le 22 septembre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision.

c. Par décision du 3 novembre 2020, annulant et remplaçant celle du 25 août 2020, la Bâloise, en se référant aux rapports complémentaires du Dr C_____ des 5 et 8 octobre 2020, dans lesquels celui-ci maintenait son appréciation en l'absence de nouveaux éléments médicaux, a repris les conclusions de la décision du 25 août 2020.

d. Le 25 novembre 2020, l'assuré a contesté la décision du 3 novembre 2020.

e. Le 12 janvier 2021, la Bâloise a informé l'assuré qu'elle avait donné par erreur la garantie de prise en charge pour l'intervention du 4 août 2020, mais que le séjour d'hospitalisation jusqu'au 6 août 2020 en division privée ainsi que les honoraires des médecins seraient néanmoins à sa charge si aucune assurance complémentaire n'intervenait. Les suites post-opératoires et tous les traitements en lien avec les lésions de l'épaule gauche étaient refusés à compter du 9 juillet 2020. Cependant, les factures en rapport avec l'intervention du 4 août 2020 lui seraient remboursées si elles étaient émises avant le 9 juillet 2020.

f. Par décision du 26 mars 2021, la Bâloise a confirmé celle du 3 novembre 2020.

E. **a.** Par décision du 4 mars 2021, la Bâloise a nié tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 septembre 2017 et les troubles neurologiques et neuropsychologiques postérieurs au 23 avril 2019, mais a accepté de prendre en charge les frais médicaux jusqu'au 2 mars 2021.

b. Le 7 avril 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision.

c. Par décision du 5 octobre 2021, la Bâloise a maintenu celle du 4 mars 2021.

F. **a.** Par décision du 3 janvier 2022, la Bâloise a indiqué prendre en charge pour une période d'une année les traitements médicaux préconisés par le Dr H_____ (psychothérapie cognitivo-comportementale et rééducation neurocognitive), sans reconnaître le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b. Le 1er février 2022, l'assuré a formé opposition à cette décision.

c. À compter du 15 février 2022, l'assuré a consulté aux fins desdits traitements Monsieur I_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie.

d. Par décision du 29 mars 2022, la Bâloise a rejeté l'opposition de l'assuré.

G. **a.** Par acte du 7 mai 2021, l'assuré, représenté par son avocate, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 26 mars 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: CJCAS) – qui a été enregistré sous le numéro de cause A/1624/2021 –, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique, principalement, à l'annulation de cette décision et à la prise en charge de ses frais médicaux jusqu'à sa guérison complète.

a. Dans sa réponse du 29 juin 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

b. Par réplique du 3 septembre 2021 et duplique du 15 septembre 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

c. Par écriture du 28 septembre 2021, le recourant a réitéré la nécessité de diligenter une nouvelle expertise orthopédique compte tenu de la persistance de ses atteintes à l'épaule.

d. Par écriture du 6 octobre 2021, l'intimée a maintenu sa position.

H. **a.** Par acte du 4 novembre 2021, le recourant, sous la plume de son conseil, a saisi la CJCAS d'un recours contre la décision sur opposition du 5 octobre 2021 – qui a été enregistré sous le numéro de cause A/3786/2021 –, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des Drs E_____ et H_____, et cas échéant, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique, principalement, à l'annulation de cette décision et à la prise en charge de ses frais médicaux jusqu'à sa guérison complète.

b. Dans sa réponse du 6 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 7 février 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Par ordonnance du 25 février 2022, la CJCAS a ordonné la jonction des causes A/1624/2021 et A/3786/2021 sous le numéro A/1624/2021.

e. Par duplique du 3 mars 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

f. Le 24 mars 2022, le recourant a produit deux publications de la Feuille officielle suisse du commerce (FOSC) concernant la société J_____ SA, active dans la gestion de patrimoine, dont celle du 27 septembre 2021 mentionne notamment que signature collective à deux a été conférée à celui-ci, nommé directeur.

I. **a.** Par acte du 16 mai 2022, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition du 29 mars 2022 auprès de la CJCAS, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à la prise

en charge des frais de thérapie cognitivo-comportementale et de rééducation jusqu'à sa guérison complète, et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/1592/2022.

b. Par ordonnance du 28 juin 2022, la CJCAS a ordonné la jonction des causes A/1624/2021 et A/1592/2022 sous le numéro de procédure A/1624/2021.

c. Dans sa réponse du 5 juillet 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

d. Par réplique du 2 août 2022 et duplique du 12 août 2022, les parties ont persisté dans leurs conclusions. Le recourant a versé au dossier en particulier un rapport du 5 juillet 2022 de la Dresse E_____.

e. Sur ce, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

f. Les autres faits seront cités, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Interjetés postérieurement au 1er janvier 2021, les recours sont par conséquent soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 23 septembre 2017), le droit aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (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 a contrario). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjetés dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après

Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA) en ce qui concerne le recours du 7 mai 2021, ainsi que celui du 16 mai 2022, contre les décisions sur opposition respectivement du 26 mars 2021 et du 29 mars 2022 (et du report au lundi 16 mai 2022 de l'échéance du délai de recours tombée sur le samedi 14 mai 2022 s'agissant de cette dernière décision), les recours sont recevables.

6. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a, d'une part, mis un terme à la prise en charge du traitement médical du recourant sous l'angle orthopédique (s'agissant des douleurs à l'épaule gauche), neurologique et neuropsychologique, et d'autre part, limité le remboursement des frais médicaux préconisés par l'expert psychiatre pour une période d'une année, puis refusé de lui reconnaître un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec l'atteinte psychique.

7. 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).

7.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi 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).

7.2 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'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 (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

7.3 En ce qui concerne son atteinte à l'épaule gauche, le recourant affirme avoir souffert de blessures tendineuses et/ou musculaires (ce que conteste l'intimée), et

semble pour cette raison faire valoir que sa cause doit être examinée sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA.

Cela étant, la question de savoir si le recourant a présenté une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA peut demeurer ouverte, car, de toute manière, dans la mesure où il est incontestable que l'événement du 23 septembre 2017 (lors duquel, alors que celui-ci rentrait à scooter, il a été heurté par une automobiliste) était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la cause doit, selon la jurisprudence précitée, être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA.

7.4 En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.1).

7.4.1 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).

7.4.2 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* »). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

7.4.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations

pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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. 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.2).

7.5 Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5).

7.5.1 En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

7.5.2 En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue

par la continuation du traitement médical doit être significative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

Il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

7.5.3 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5).

Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références).

7.5.4 Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

7.5.5 Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après

le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b).

7.5.6 Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

8. 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).

8.1 Selon le principe de 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).

8.2 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).

8.2.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.2.2 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 52 ; 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).

8.2.3 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. 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).

10. En l'espèce, sous l'angle orthopédique, l'intimée s'est appuyée sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 10 juin 2020 (dossier intimée pièce 105) pour mettre fin à la prise en charge du traitement médical en lien avec l'atteinte à l'épaule gauche.

Ce médecin, qui a pris connaissance des examens d'imagerie de l'épaule gauche (réalisés entre le 23 octobre 2017 et le 5 mai 2020 – date de l'expertise), considère que le recourant a présenté, dans les suites de l'accident, exclusivement une contusion de l'épaule gauche, sans lésion (osseuse ou ligamentaire) objectivée (p. 18-19), en soulignant que les imageries montraient uniquement un hypersignal extrêmement modéré au niveau de la partie supérieure de l'insertion du sous-scapulaire à la limite de la norme (p. 14), qui ne justifiait aucun traitement (p. 17). Constatant que le Dr B_____, chirurgien orthopédique, avait mis en évidence une instabilité gléno-humérale postérieure des deux côtés (rapport du 14 avril

2018 ; dossier intimée pièce 32), puis une instabilité antérieure gauche (p. 18) – pour laquelle le recourant a été opéré le 20 mars 2019 –, laxité (postérieure et antérieure) bilatérale que le Dr C_____ a également observée lors de son expertise (p. 16-17), celui-ci estime que, la laxité des deux épaules était préexistante à l'accident (p. 19), et que le caractère bilatéral de la laxité rend improbable l'existence d'une relation de causalité entre l'événement du 23 septembre 2017 et l'instabilité gauche et, en conséquence, l'intervention chirurgicale de l'épaule gauche (p. 20-21). En l'absence de lésion somatique ou structurelle objectivée, l'expert conclut que le *statu quo sine* a été atteint le 23 septembre 2018, une année après l'accident (p. 19 et 21). Après avoir analysé la radiographie de l'épaule gauche du 8 septembre 2020 (dossier intimée pièce 127) – réalisée postérieurement à la seconde opération de cette épaule le 4 août 2020 –, qui révélait des remaniements au secteur antéro-inférieur de la glène d'allure postopératoire, des structures osseuses de densité normale, sans lésion osseuse au niveau de l'humérus proximal, une articulation gléno-humérale congruente, un espace sous-acromial respecté, ainsi que l'intégrité de l'articulation acromio-claviculaire, le Dr C_____ a maintenu ses conclusions (dossier intimée pièce 140).

10.1 Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise, et expose n'avoir pas encore retrouvé l'état de son épaule antérieur à l'accident.

10.2 La question de savoir si ce rapport d'expertise remplit les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante peut rester indécise dans la mesure où le recourant, de toute façon, ne peut pas prétendre à la poursuite de la prise en charge du traitement médical afférent à l'épaule gauche pour un autre motif.

10.2.1 Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie

ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures - balnéothérapie ou physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) -, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

10.2.2 En l'occurrence, l'intimée (quand bien elle avait fixé le *statu quo sine* au 23 septembre 2018) a accepté de prendre en charge les frais médicaux liés à l'épaule gauche jusqu'au 9 juillet 2020, ainsi que l'opération du 4 août 2020 et les incapacités de travail y relatives du 4 août au 8 septembre 2020 (réplique du 7 février 2022 p. 5 ; courriel du 12 janvier 2021, dossier intimée pièces 500 et 502). Depuis lors, le recourant qui travaille à plein temps (rapport du Dr H_____ du 14 juillet 2021 p. 6), bénéficie de séances de physiothérapie (rapport non daté du Dr B_____, dossier recourant pièce 24), et effectue des exercices manuels à domicile (rapports de la Dresse E_____ du 22 septembre 2020 p. 2 – produit le 4 novembre 2021 – et du 5 juillet 2022 p. 2 – produit le 2 août 2022). Dans ces circonstances, bien que les douleurs du recourant persistent, force est de constater qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de son état de santé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 ; 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3).

10.2.3 Partant, l'intimée est fondée à refuser de prendre en charge la poursuite du traitement médical relatif à l'épaule gauche.

11. En ce qui concerne les volets neurologique et neuropsychologique, l'intimée a accepté de prendre en charge les frais médicaux jusqu'au 2 mars 2021, étant relevé que, contrairement à ce que prétend le recourant (recours du 16 mai 2022 pièce 6), celle-ci a remboursé la facture du 27 octobre 2020 de la Dresse E_____, neurologue traitante (dossier intimée pièce 502). Quant au volet psychiatrique, elle a limité la prise en charge psycho-cognitivo comportementale et la rééducation neurocognitive pour une période d'une année.

11.1 En substance, le recourant reproche à l'intimée de s'être basée sur des documents qu'il juge non probants (rapport d'expertise du 18 novembre 2020 du Dr F_____ – neurologue ; rapport du 17 novembre 2020 de Mme G_____ – neuropsychologue ; rapport cosigné par ceux-ci du 9 février 2021), en lieu et place

du rapport d'expertise du 14 juillet 2021 du Dr H_____ – psychiatre – lequel estime que le *statu quo ante/sine* n'est pas atteint, ainsi que des rapports de la neurologue traitante qui partage ce même avis. Le recourant regrette également que l'intimée ait ignoré le rapport du 24 mai 2022 de M. I_____ – neuropsychologue et psychothérapeute – dans lequel celui-ci fait état des séquelles que celui-là subit encore.

11.2 Quoi qu'en dise le recourant, il n'est pas utile de discuter de ses griefs au sujet – ici – de la causalité naturelle des atteintes avec l'accident, en l'absence d'un lien de causalité adéquate pour les motifs suivants.

11.2.1 Le recourant a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral sans déficit organique associé d'après les résultats d'imagerie (rapport de la Dresse E_____ du 2 mars 2018 p. 3-4, dossier intimée pièce 20 ; rapport du Dr F_____ du 18 novembre 2020 p. 2, 8, 10, dossier intimée pièce 146 ; rapport du Dr F_____ et de Mme G_____ du 9 février 2021 p. 2, dossier intimée pièce 173 ; rapport du Dr H_____ du 14 juillet 2021 p. 10, dossier intimée pièce 209). Quand bien même il aurait peut-être perdu connaissance un bref instant (rapport de la clinique de Carouge des 25 septembre et 6 octobre 2017, dossier intimée pièces 16 et 105), il n'empêche que ce traumatisme n'atteint pas le seuil d'une contusion cérébrale (rapport du Dr F_____ du 18 novembre 2020 p. 2). Mme G_____ et le Dr F_____ le qualifient de léger (rapport du 17 novembre 2020 p. 5 ; rapport du 18 novembre 2020 p. 10).

Dans ces circonstances (arrêts du Tribunal fédéral 8C_358/2014 du 14 août 2014 consid. 2.4.1 ; 8C_691/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2), et dès lors que l'état de stress post-traumatique, initialement diagnostiqué (rapport de la Clinique de Carouge du 4 novembre 2017, dossier intimée pièce 7 ; rapport de la Dresse E_____ du 2 mars 2018 p. 1 ; rapport du Dr H_____ du 14 juillet 2021 p. 10), ne fait pas partie du tableau clinique usuel en matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral (cf. ATAS/88/2016 du 3 février 2016 consid. 6), il convient d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et les symptômes post-commotionnels et psychiques selon les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques.

11.2.2 C'est le lieu de rappeler que, au moment où l'intimée a mis fin aux prestations au 2 mars 2021, il n'y avait plus, comme exposé supra (consid. 10.2.2), de traitement médical susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé somatique du recourant, ce malgré le traitement physiothérapeutique. Par conséquent, il se justifie d'examiner la causalité adéquate de troubles post-commotionnels et psychiques encore existants compte tenu de certains critères en relation avec l'accident (consid. 7.5.2 ci-dessus). Le seul fait que les symptômes présentés soient en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel ne suffit plus pour que l'intimée continue à prester.

11.3 Cela étant précisé, il convient désormais de qualifier l'accident en question.

11.3.1 Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1). Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

11.3.2 En l'espèce, la collision entre le recourant au guidon de son scooter et l'automobiliste s'est produite lorsque le premier, arrêté au feu rouge et une fois celui-ci vert, s'est engagé pour bifurquer à droite, alors que la seconde, n'ayant pas vu le recourant selon ses dires, et venant en sens inverse, a bifurqué à gauche à la même intersection. Le recourant, casqué, a alors chuté sur le côté gauche avec réception sur l'épaule gauche et la tête, puis percuté dans un deuxième temps le parechoc avant de la voiture avec sa tête (constat amiable d'accident automobile, dossier intimée pièce 1 ; déclaration du recourant du 1er mars 2018, dossier intimée pièce 21). La vitesse à laquelle circulaient ces deux conducteurs n'est pas connue. Ceci étant, dans la mesure où ils faisaient une manœuvre pour obliquer, ils avaient certainement ralenti leur vitesse lorsque le choc a eu lieu. De toute façon, le recourant, après l'impact, n'a pas été projeté en l'air par-dessus la voiture, ni été victime d'une collision frontale. Dans ces circonstances, il y a lieu de ranger l'événement du 23 septembre 2017 parmi les accidents de gravité moyenne stricto sensu.

11.4 De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept pour que la causalité adéquate soit admise, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.2).

11.4.1 La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection

psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1).

Le Tribunal fédéral a admis le critère de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, les éléments qui rendent le déroulement des accidents précités particulièrement impressionnant ne se retrouvent pas dans celui dont a été victime le recourant. En particulier, le fait que ce dernier, qui avait pu rentrer seul à son domicile à la suite de l'événement (déclaration du recourant du 1er mars 2018 p. 2), se remémorait un temps les circonstances de l'accident (« flash-back » [rapports de la Dresse E_____ des 2 mars, 12 avril, 15 mai, 12 juin 2018, dossier intimée pièces 20, 29, 38, 43]) ne suffit pas pour considérer que ce critère est réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.4). À titre de comparaison, ce critère n'a pas non plus été admis dans le cas d'une collision entre une voiture et un scooter à une vitesse de 60 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.3 et 4.4.2.1).

11.4.2 Pour être retenu, le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2).

En l'espèce, les lésions que le recourant, droitier, a subies (contusion de l'épaule gauche, entorse cervicale [rapport du Dr B_____ du 9 février 2018, dossier intimée pièce 14]) ne sauraient figurer parmi les atteintes à la santé graves au sens de la jurisprudence. Elles ne sont pas non plus comparables aux lésions potentiellement fatales dont il est question dans l'arrêt 8C_398/2012 du

6 novembre 2012 (rupture de la rate, fissure de l'estomac, hémopneumothorax bilatéral et fracture costale en série ; arrêt 8C_235/2020 précité consid. 4.3.2). Par ailleurs, les imageries cérébrale et cervicale pratiquées n'ont pas mis en évidence une séquelle organique consécutive à l'accident (consid. 11.2.1 ci-dessus). Le recourant n'a donc pas été sévèrement touché au cerveau. Ce critère n'est ainsi pas réalisé.

11.4.3 Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U. 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U.92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; U.380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n. U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'occurrence, le traitement médical, hormis les deux opérations de l'épaule gauche réalisées les 20 mars 2019 et 4 août 2020 – qui n'ont pas nécessité une longue hospitalisation –, a été purement conservateur (prise d'antalgie, physiothérapie, ostéopathie, infiltration, acupuncture, chiropratique [rapport du médecin traitant généralise du 2 février 2018, dossier intimée pièce 12 ; rapport du Dr B_____ du 22 mars 2018, dossier intimée pièce 27 ; rapport du chiropraticien du 19 février 2019, dossier intimée pièce 61). Ce critère n'est donc pas non plus rempli (pour un cas similaire : arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.2.2).

11.4.4 Le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale.

11.4.5 En ce qui concerne les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, pour admettre ce critère, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé ou ralenti la guérison, et ce même s'il n'a pas été

possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.4).

En l'espèce, le seul fait que le recourant ait subi une nouvelle intervention chirurgicale de l'épaule gauche le 4 août 2020 ne suffit pas pour que ce critère soit retenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_705/2020 du 28 avril 2021 consid. 6.4). Il y a par ailleurs lieu de faire abstraction ici des troubles non objectivables et en particulier des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2) qui persistent, lesquels ne sont pas déterminants dans le cadre de l'examen des critères définis à l'ATF 115 V 133, applicables au cas d'espèce (consid. 11.2.1 ci-dessus).

11.4.6 Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente. Dans un arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 dans lequel il s'était écoulé deux ans et sept mois avant que l'assuré ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (à 50%), le Tribunal fédéral a considéré qu'il est douteux que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques soit réalisé (consid. 6.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans sans interruption (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

En l'occurrence, à la suite de son accident le 23 septembre 2017, le recourant a été en arrêt de travail total jusqu'au 2 décembre 2017 seulement, puis les périodes d'incapacité de travail partielle étaient motivées essentiellement par ses symptômes post-commotionnels sans déficit organiques et psychiques (rapport de la Dresse E_____ du 2 mars 2018 p. 2 et 4), lesquels ne sont pas pertinents ici. L'incapacité de travail consécutive aux deux opérations de l'épaule gauche n'a ensuite été que de courte durée – 100 % du 20 au 31 mars 2019 à la suite de la première intervention, 100 % du 4 au 23 août 2020 puis 50 % jusqu'au 8 septembre 2020 à la suite de la seconde opération – (voir les certificats d'arrêt de travail établis par le médecin traitant généraliste, le Dr B_____ et la Dresse E_____, dossier intimée pièce 501). Le critère en cause n'est donc pas réalisé.

11.4.7 Le point de savoir si le critère des douleurs physiques persistantes est satisfait peut rester indécis, dès lors que son éventuelle admission ne conduirait qu'à la reconnaissance d'un seul critère sur sept, ce qui est insuffisant pour admettre le lien de causalité adéquate. Ces douleurs doivent en tous cas être relativisées, étant donné que le recourant, à la suite de la seconde opération de l'épaule gauche le 4 août 2020, se déplace souvent en voiture (rapport de la

Dresse E_____ du 22 septembre 2020 p. 2 ; rapport du Dr H_____ du 14 juillet 2021 p. 6 et 8) et a repris la course à pied (rapport du Dr F_____ du 18 novembre 2020 p. 7). Ce critère ne revêt donc pas à lui seul une intensité suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate.

11.5 En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge la poursuite du traitement médical pour les symptômes post-commotionnels et psychiques.

12. Enfin, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident étant niée, le recourant n'a pas droit, contrairement à ce qu'il prétend, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) en raison de ces troubles (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_440/2015 du 14 avril 2016 consid. 5.7).

13. En conséquence, l'audition de témoins et celle des Drs E_____ et H_____, ainsi que la mise sur pied d'une expertise judiciaire orthopédique voire psychiatrique, sollicitées par le recourant, sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

14. Au vu de ce qui précède, les recours sont rejetés.

15. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le