RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1731/2023 **ATAS/723/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 septembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Marlyse CORDONIER, avocate

contre

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

représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocat

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 _____ 1980, menuisier, travaillait à 100 % pour l'entreprise B_____ Sàrl. Il était à ce titre assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels lorsqu'en date du 16 mai 2022, alors qu'il portait une fenêtre, il s'est arrêté brutalement et la fenêtre a produit un choc contre la face antérieure de son épaule gauche, ce qui a produit une « sensation de grosse gêne » ce, avec perte de mobilité.

b. Selon le formulaire de déclaration de sinistre LAA du 19 mai 2022, le travail a été interrompu à 100% à la suite de l'accident et les premiers soins ont été donnés au Centre hospitalier Alpes Léman (ci-après : le CHAL) par la docteure C_____, à Contamine sur Arve, en France. Un certificat d'arrêt de travail a été délivré, avec une incapacité de travail à 100 % allant jusqu'au 25 mai 2022 ; il a ensuite été prolongé jusqu'au 15 juin 2022 par le docteur D_____, médecin généraliste à Annemasse, puis prolongé, par ce dernier, jusqu'au 1er août 2022, date à laquelle une pleine capacité de travail devait être retrouvée. Par la suite, le Dr D_____ a prolongé la durée de l'incapacité de travail.

c. La SUVA a informé l'assuré, par courrier du 2 août 2022, que selon les informations sa possession, ce dernier n'avait pas repris le travail ce qui l'obligeait à déterminer si sa responsabilité était toujours engagée. Elle a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement de ses prestations, dès le 1er août 2022, et émettait toutes réserves quant à l'éventuel droit aux prestations futures.

d. Dans son rapport médical initial LAA daté du 16 août 2022, le CHAL a indiqué, dans la rubrique des constatations objectives pour une éventuelle atteinte morphologique « pas de douleurs à la palpation des reliefs osseux » et pour une éventuelle atteinte fonctionnelle, il était indiqué « sensation de gêne en rotation externe, déficit moteur en élévation abduction à 60° environ, en élévation antérieure à 100° environ. Pas de déficit sensitif ». Il était ajouté que, suite à une radiographie de l'épaule, il n'y avait pas de fracture ni de luxation. Il était encore mentionné dans la rubrique thérapie la nécessité de faire une échographie de l'épaule en externe ainsi que de l'antalgie. Était joint à ce formulaire, le bilan d'échographie de l'épaule gauche, réalisé le 25 mai 2022 par la docteure E_____, spécialiste FMH en radiologie au centre médical de Chêne-Bourg et adressé au CHAL à l'attention de la Dre C_____. L'échographie mentionnait, sur le plan clinique, des douleurs au niveau de l'épaule suite à un traumatisme. Sous la rubrique « description » il était mentionné au niveau de l'articulation acromio- claviculaire « on observe une discrète expansion synoviale d'origine mécanique ; dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, il existe une minime lame liquidienne, sans signification pathologique ; les tendons de la coiffe des rotateurs

sont d'épaisseur normale sans signe de tendinopathie ou de rupture ; le tendon du sous-scapulaire est également d'aspect normal suivi jusqu'à son insertion ; le tendon de la longue portion du biceps est bien positionné au niveau de la gouttière bicipitale et suivi jusqu'au niveau de son insertion sur le tubercule supra glénoïdien de la scapula ; à noter un discret épanchement dans la gaine du tendon ». En conclusion, la Dre E_____ mentionnait un minime épanchement dans la gaine du long chef du biceps, secondaire, probablement, au traumatisme récent et ajoutait qu'il n'existait aucune lésion au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs.

e. Le Dr D_____ a répondu à une demande de rapport médical intermédiaire de la SUVA, en date du 22 août 2022. Il posait comme diagnostic une contusion à l'épaule gauche avec une évolution lente et un pronostic de deux à trois mois ; s'agissant de la reprise du travail, se posait le problème de douleurs à la mobilisation. Il signait encore un certificat d'arrêt de travail jusqu'au 31 août 2022.

f. En date du 12 octobre 2022, la docteure F_____, médecin radiologue au sein du cabinet Imagerie médicale à Annemasse, a effectué une IRM de l'épaule gauche de l'assuré et a décrit une arthropathie dégénérative congestive acromio-claviculaire avec lame d'épanchement intra articulaire, à l'origine d'une empreinte sur le muscle supra épineux sous-jacent pouvant être responsable d'un conflit sous-acromial. Elle a noté une absence d'amyotrophie ou d'involution graisseuse des muscles de la coiffe. En conclusion, elle notait la rupture non transfixiante des fibres superficielles du versant postérieur de l'enthèse du muscle supra épineux associée à une bursite sous acromio-deltoïdienne ainsi qu'une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire, congestive, avec empreinte sur le muscle supra épineux sous-jacent, pouvant être à l'origine d'un conflit sous-acromial.

g. En date du 9 décembre 2022, la SUVA a adressé le cas à son centre de compétences de médecine des assurances, en lui demandant, notamment, de déterminer si la responsabilité de l'assurance était engagée au-delà du 31 juillet 2022.

h. Par formulaire du 13 décembre 2022, le docteur G_____, médecin d'arrondissement, a répondu qu'avant l'accident du 16 mai 2022, la santé de l'assuré était probablement déjà altérée, au degré de la vraisemblance prépondérante, en raison de la présence d'une arthrose acromio-claviculaire avec empreinte sur la coiffe des rotateurs. À la question de savoir si l'accident avait, au degré de vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées, le Dr G_____ a répondu que non, car il n'y avait pas de lésion telle qu'une fracture ou une déchirure tendineuse musculaire et le diagnostic retenu était une contusion simple de l'épaule sur la base du dossier médical. Selon l'appréciation du médecin, au degré de la vraisemblance

prépondérante, l'événement avait fini de déployer ses effets à deux mois du traumatisme.

B. **a.** Par décision du 22 décembre 2022, en se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la SUVA a considéré que l'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident du 16 mai 2022, pouvait être considéré comme atteint à deux mois de l'événement accidentel au plus tard. Dès lors, le cas était clos au 31 juillet 2022.

b. Par courrier de son mandataire, daté du 1er février 2023, l'assuré s'est opposé à la décision du 22 décembre 2022 au motif que les réponses du Dr G_____ étaient dépourvues de toute explication circonstanciée et convaincante et a demandé l'octroi de l'assistance juridique gratuite et la mise sur pied d'une expertise, par un expert neutre indépendant.

c. À la demande de la SUVA, le Dr G_____ a complété son appréciation par courrier du 24 mars 2023 et a maintenu ses précédentes conclusions selon lesquelles l'événement avait fini de déployer ses effets à deux mois du traumatisme, soit au 19 juillet 2022, en tenant compte d'un traitement dans les règles de l'art et en retenant le diagnostic de contusion simple de l'épaule gauche.

d. Se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la SUVA a rendu une décision sur opposition, en date du 19 avril 2023, rejetant l'opposition du 1er février 2023 et confirmant intégralement la décision du 22 décembre 2022. La SUVA a constaté que l'opposant n'avait produit aucun avis médical nouveau et que le médecin d'arrondissement avait effectué une deuxième appréciation le 24 mars 2023, rappelant que le bilan radiologique n'avait pas mis en évidence des fractures ou d'entorse et que l'imagerie avait objectivé un acromion agressif de type II. La SUVA ajoutait encore qu'elle ne considérait pas l'assuré comme asymptomatique mais qu'il n'existait pas d'étiologie accidentelle des troubles de la santé persistant au-delà du 31 juillet 2022, ajoutant qu'on ne pouvait pas se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc* pour considérer que les douleurs persistantes étaient en relation de causalité avec l'événement accidentel.

C. **a.** Par acte de son mandataire, posté en date du 22 juin 2023, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision sur opposition du 19 avril 2023, concluant préalablement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et principalement à l'annulation de la décision querellée et à ce que la SUVA prenne en charge les prestations dues selon la législation, au-delà du 31 juillet 2022.

b. Par réponse de son mandataire, datée du 19 juillet 2023, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé les faits ainsi que les appréciations du Dr G_____, tout en mentionnant sur quels rapports médicaux ou imagerie médicale, ce dernier s'était fondé pour parvenir à ses conclusions. L'intimée a également critiqué les conclusions prises par l'assuré qui se fondait sur un article rédigé par le Dr H_____, en relevant notamment que le recourant faisait une appréciation toute personnelle des conclusions médicales figurant dans l'article, ce qui ne

pouvait pas supplanter les conclusions médicales provenant d'un expert, ainsi que celles des médecins spécialistes en la matière. Par ailleurs, la SUVA considérait qu'une expertise médicale judiciaire était inutile dans la mesure où le cas d'espèce avait été instruit à satisfaction de droit, en particulier s'agissant de la vraisemblance du lien de causalité naturelle entre les troubles à l'épaule gauche et l'accident du 16 mai 2022.

c. Par réplique de son mandataire, postée en date du 14 août 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se fondant à nouveau sur l'article du Dr H_____ et considérant que la SUVA n'apportait pas la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé au-delà du 31 juillet 2022 avait disparu.

d. Par duplique de son mandataire du 7 septembre 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions de rejet du recours, rappelant notamment qu'il n'appartenait pas à un avocat de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relevaient de la science et des tâches du corps médical.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront mentionnés, 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA mettant fin au versement des prestations, au-delà du 31 juillet 2022.

6. 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).

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. 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. **10.1** 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).

10.2 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. A 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).

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).

10.3 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 faibles quant à la fiabilité et 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 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

10.4 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).

10.5 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).

11. 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

12. 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).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales

doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, le recourant considère que les troubles de la santé dont il souffre après le 31 juillet 2022 sont toujours en rapport de causalité avec l'événement accidentel du 16 mai 2022, raison pour laquelle les frais de traitement et les indemnités journalières doivent être prises en charge par la SUVA.

L'intimée, en revanche, se fonde sur les appréciations de son médecin d'arrondissement pour considérer que deux mois après l'accident, celui-ci n'avait plus d'effet sur la santé du recourant, raison pour laquelle il se justifie de cesser d'octroyer des prestations au-delà du 31 juillet 2022.

15.1 Le recourant n'a joint à ses écritures aucune appréciation médicale de ses médecins traitants pouvant éventuellement critiquer l'appréciation du médecin d'arrondissement.

Ses griefs se fondent sur sa propre interprétation d'un article publié dans la revue forum médical suisse, 2019 ; 19 pp. 260 à 267, sous la plume du docteur H_____ et autres, du service de chirurgie et traumatologie de l'appareil moteur de l'hôpital I_____ à Genève.

Or, le Dr G_____ a répondu à ces griefs et a pris position, dans son appréciation médicale du 4 juillet 2023, sur l'article du Dr H_____. Il conteste que l'atteinte immédiate de la mobilité active en élévation, en rotation externe ou le développement d'une épaule pseudo-paralytique soit dû à une lésion de la coiffe des rotateurs et qu'elle soit classiquement retrouvée après un accident. En effet, selon le médecin d'arrondissement, cette affirmation ne s'étend pas sur le diagnostic différentiel d'un tel symptôme : le diagnostic différentiel, qui va de la

contusion simple de l'épaule, d'une capsulite rétractile, à la fracture de la clavicule ou de l'humérus proximal, d'une atteinte ligamentaire de l'articulation acromio-claviculaire, toutes ces affections entraînent également une atteinte immédiate de la mobilité active en élévation/rotation. Par conséquent, selon le Dr G_____, la présence d'une pseudo paralysie immédiate ne permet pas, en soi, de diagnostiquer une atteinte de la coiffe des rotateurs, mais ne peut que suggérer une telle lésion.

Il relève, en outre qu'une symptomatologie préexistante est objectivée à l'imagerie, cette dernière permettant d'affirmer, d'une part l'absence de lésion aiguë au niveau de la coiffe des rotateurs et, d'autre part, une atteinte chronique de cette coiffe des rotateurs dont on doit se poser la question de la découverte fortuite de l'altération tendineuse. Il en résulte que, selon l'intimée, le diagnostic de contusion de l'épaule a été posé après une étude soigneuse du dossier médical à disposition, excluant d'autres éléments du diagnostic différentiel.

15.2 Comme le souligne l'intimée, l'appréciation toute personnelle à laquelle s'emploie le recourant, en se fondant sur un article scientifique, ne saurait aucunement supplanter les conclusions médicales provenant d'un expert ainsi que celle des médecins spécialistes en la matière.

Contrairement au recourant et à son avocat, le Dr G_____ dispose des connaissances et d'expériences particulièrement développées en traumatologie ; les compétences des médecins d'arrondissement des assureurs ont d'ailleurs été reconnues par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 2 novembre 2022, 8C_355/2022, consid. 7.2 « *Denn praxisgemäss sind die Kreisärzte nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG (früher: unfallähnliche Körperschädigungen gemäss Art. 9 Abs. 2 aUVV*) ».

Compte tenu de ces éléments, on ne saurait se fonder sur l'interprétation par le recourant d'un article médical pour remettre en question l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA.

15.3 S'agissant des appréciations médicales des médecins que l'assuré a consultés, on constate que selon l'avis du CHAL du 16 août 2022, la radiographie de l'épaule ne fait apparaître ni fracture, ni luxation. Il est également mentionné, à propos des circonstances de l'accident, que selon les indications du patient une impotence fonctionnelle a été constatée sur le coup, puis l'assuré a travaillé le lendemain de l'accident avant de se rendre compte de sa gêne et de sa perte de mobilité. S'agissant de l'échographie de l'épaule gauche effectuée le 25 mai 2022, elle montre un tendon de la coiffe des rotateurs sans signe de tendinopathie ou de rupture de même que le tendon du sous-scapulaire est également d'espace normal et enfin, le tendon de la longue portion du biceps est bien positionné ; le médecin radiologue conclut qu'il n'existe aucune lésion au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs mais qu'on observe un minime épanchement dans la gaine du long chef du biceps, secondaire probablement au traumatisme récent.

Dans son rapport médical intermédiaire du 22 août 2022, le médecin généraliste D_____ pose comme diagnostic une contusion de l'épaule gauche, diagnostic qui sera par la suite partagé par le Dr G_____.

L'IRM de l'épaule gauche effectuée en date du 12 octobre 2022 à l'IML d'Annemasse conduit à la conclusion d'une rupture non transfixiante des fibres superficielles du versant postérieur de l'en-tête du muscle supra épineux associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne et à la constatation d'une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire, congestive, avec empreinte sur le muscle supra épineux sous-jacent, pouvant être à l'origine d'un conflit sous-acromial.

Aucune des constatations médicales susmentionnées ne permet de remettre en question l'appréciation médicale du Dr G_____, datée du 24 mars 2023.

Ce dernier a mentionné dans sa documentation, l'ensemble des rapports médicaux et de la documentation radiologique et a soigneusement analysé les pièces médicales avant de prendre ses conclusions. Il note également un épisode de chute à domicile qui se serait produit, au début du mois d'août 2022, dans le cadre d'un alcoolisme chronique, reconnu par l'assuré, avec au moins 12 à 20 bières par jour et « en cours de sevrage par lui-même ».

Après avoir résumé le dossier médical, la documentation radiologique et fait une courte anamnèse du patient, le Dr G_____ pose un diagnostic de contusion de l'épaule gauche (comme l'avait fait le Dr D_____).

Dans ses appréciations finales, le médecin d'arrondissement constate la présence dans l'imagerie d'un acromion agressif de type II et d'une présence liquidienne dans la gaine du tendon bicipital, qu'il considère comme probablement inflammatoire.

Il conclut à l'absence de lésion structurelle, telle que fracture, déchirure tendineuse ou musculaire et estime que l'événement a fini de déployer ses effets à deux mois du traumatisme.

15.4 Le recourant critique encore le fait que le Dr G_____ ne l'a pas examiné personnellement ; or, la jurisprudence a admis depuis longtemps qu'une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier, n'est pas en soi sans valeur probante, pour autant que le dossier 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).

En l'état cette condition est remplie, dès lors que le médecin d'arrondissement s'est fondé sur les appréciations médicales de ses confrères qui ont pu examiner le recourant.

15.5 Enfin, en ce qui concerne la demande d'expertise indépendante formulée par le recourant, il sied de rappeler que 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.

En l'occurrence, les conclusions du Dr G_____ sont sérieusement motivées et il n'existe pas de contradictions dans ses appréciations. Aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Son appréciation médicale présente une valeur probante.

La chambre de céans constate que, sur la base des documents rassemblés dans le dossier, il n'existe aucun doute, même minime, sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, ce qui implique qu'il n'y a pas 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).

Partant, et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans fait sienne les conclusions du médecin d'arrondissement et considère qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une expertise judiciaire.

16. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

17. 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 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	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