RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2172/2021 **ATAS/525/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juin 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marine DE SAINT LEGER	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 22 septembre 2020, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1986, chauffeur-_____, à temps partiel (taux d'occupation contractuel de 55 %), dans une entreprise de _____ sise à Genève et à ce titre assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée), a déclaré un accident non professionnel survenu le 10 septembre 2020 de la manière suivante: "Cyclisme/VTT : Chute accidentelle à vélo. Je roulais à une vitesse modérée sur la route entre […] et […]. Je suis tombé car dans un rond-point il y avait des graviers et j'ai glissé sur le côté gauche. Une forte douleur est apparue sur mon épaule gauche ainsi qu'au niveau de mes côtes". Etaient mentionnées une "fracture" à l'épaule gauche et une autre au "thorax (côtes, cage thoracique) gauche".

b. Il a été mis en arrêt de travail à partir du même jour par le docteur B_____ (en France), puis, pour la période du 23 septembre au 1er novembre 2020, par le docteur C_____, médecin en chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre hospitalier D_____ (en France).

Dans un rapport du 23 septembre 2020, le Dr C_____ a indiqué avoir vu le jour même l'intéressé pour une "fracture à trois fragments 1/3 moyen de la clavicule gauche à léger déplacement". La radiographie de ce jour ne montrait pas de déplacement secondaire par rapport à la radiographie initiale. Ce médecin optait donc pour le traitement orthopédique avec des anneaux claviculaires que le patient devait garder pour six semaines au total. Il était noté que celui-ci avait déjà présenté le même type de fracture du côté gauche et qu'il avait la même déformation.

Par "rapport médical initial LAA" rempli le 5 octobre 2020, la doctoresse E_____, médecin généraliste traitante (en France), a diagnostiqué une "fracture 1/3 moyen de la [clavicule] gauche", la thérapie consistant en une immobilisation et la capacité de travail étant nulle du 10 septembre au 2 novembre 2020 et entière depuis lors si c'était "OK" selon la "radio". L'évolution était normalement favorable si le cal osseux était efficace.

c. Par lettres des 15 et 21 octobre 2020, la SUVA a confirmé à l'assuré qu'elle verserait en mains de son employeur des prestations d'assurance-accidents, sous forme d'indemnités journalières, pour les suites de son accident non professionnel du 10 septembre 2020, ce avec effet au plus tôt le 13 septembre 2020.

B. **a.** Par courriel du 15 décembre 2020, l'employeur a annoncé à la caisse : "[L'intéressé] est à nouveau en arrêt accident depuis le 2 décembre 2020. Son médecin traitant lui avait autorisé de reprendre le travail le 2 novembre mais malheureusement il a dû se remettre en arrêt après un mois de travail".

Était joint un "avis d'arrêt de travail" émis le 2 décembre 2020" par le Dr C_____ avec effet à partir du jour même et jusqu'au 3 janvier 2021.

b. Par pli du 15 décembre 2020, la SUVA a fait part à l'assuré de ce qu'elle réexaminait sa responsabilité, formulait des réserves et suspendait ses prestations dès le 2 décembre 2020.

c. À teneur d'un "compte rendu de consultation du 02/12/2020" établi le 23 décembre 2020 par le Dr C_____, la radiographie de ce jour montrait un cal osseux presque unitif. Le patient "ne [souffrait] pas au repos, ni quand il [soulevait]". Il devait être revu dans un mois avec une nouvelle radiographie de contrôle. Il y avait prolongation d'arrêt de travail car le patient avait mal au dos.

d. Le 4 janvier 2021, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la caisse, a répondu de la manière suivante aux questions posées par celle-ci si, notamment, la nouvelle incapacité de travail à 100 % du 2 décembre 2020 jusqu'au 3 janvier 2021 "sans reprise annoncée" était en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 10 septembre 2020: "Selon les informations données par son médecin traitant, il a mal au dos. Aucune information n'est disponible pour une pathologie traumatique du dos. Dans l'état du dossier, la nouvelle [incapacité de travail] n'est pas en rapport avec la fracture de la clavicule qui a consolidé. Je propose de clore le dossier accident, mais à disposition si de nouveaux documents sont disponibles".

e. Par courrier du 6 janvier 2021 à l'intéressé, la SUVA a nié un lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 10 septembre 2020 et l'incapacité de travail débutant le 2 décembre 2020.

f. D'après une "notice téléphonique" de la caisse du 11 janvier 2021, l'assuré lui a indiqué le même jour "qu'il [avait] dû reprendre prématurément car il devait passer une évaluation pour technicien ambulancier et qu'il ne pouvait la faire s'il était en arrêt", et que cette reprise avait eu lieu "en novembre mais ne voulant pas [forcer] sur l'épaule, [c'était] le dos qui en [avait] pris un coup".

g. Selon un "compte rendu de consultation du 02/12/2020" établi le 12 janvier 2021 par le Dr C_____, la radiographie de ce jour montrait un cal osseux presque unitif. Il y avait prolongation d'arrêt de travail car le patient avait mal au dos "par compensation à son manque de force et à l'agilité du bras gauche sur fracture de la clavicule le 10/09/20". Le patient devait être revu dans un mois avec une nouvelle radiographie de contrôle.

h. La caisse demandant si ce rapport du 12 janvier 2021 modifiait sa prise de position, le Dr F_____, médecin-conseil, a répondu le 19 janvier 2021 : "Pas de modification de la position antérieure. Son mal au dos n'est pas en rapport avec la fracture de clavicule selon vraisemblance prépondérante. Si justification par radiographie (faite pour le mal de dos ???) ou autre élément médical, nous informer".

i. Le 22 janvier 2021, l'assuré a transmis à la SUVA un "rapport médical intermédiaire" (préimprimé par cette dernière) rempli le même jour par la Dresse E_____. Le Diagnostic y était: "contractions musculaires paravertébrales dorsales conséquentielles d'une compensation importante partielle [membre supérieur] gauche suite fracture clavicule gauche". Il y avait ou avait eu des douleurs (l'écriture de cette médecin traitante étant en partie illisible sous la question "évolution jusqu'à ce jour et état actuel"). Le pronostic était très bon. À la question de savoir si "des circonstances particulières" avaient "influencé l'évolution du traitement (p. ex. antécédents médicaux, accidents, conditions de vie)", il était répondu "oui" et il s'agissait d'une "scoliose […] (NDR: illisible) connue dans l'adolescence". Le traitement était terminé et il y avait eu reprise du travail à 100 % à compter du 3 janvier 2021.

j. Le 1er février 2021, sur demande de la SUVA, l'intéressé a communiqué à celle-ci une radiographie de son dos et de sa colonne vertébrale ("radiographie du rachis total") réalisée le même jour ainsi qu'un rapport, aussi du 1er février 2021, établi par la doctoresse G_____, radiologue à D_____ , avec pour "indication", un "suivi de scoliose". Sous "résultats" était noté: "Inflexion scoliotique à large courbure lombaire moyenne de convexité droite, sans rotation axiale significative des corps vertébraux. Son angle est évalué entre le bord supérieur de T12 et le bord inférieur de L5, à 13,8°. Petite courbure dorsale basse compensatrice de convexité gauche. Dos plat. Bascule droite non significative du bassin de 9 mm mesurée au pôle supérieur des têtes fémorales dont la couverture externe satisfaisante. Intégrité des interlignes sacro-iliaques et coxofémoraux".

k. Par décision du 10 février 2021, la SUVA, se référant à son courrier du 6 janvier 2021 ainsi qu'à une conversation téléphonique du même 10 février 2021 avec l'assuré, a considéré que, selon les pièces médicales, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 10 septembre 2020 et l'incapacité de travail débutant le 2 décembre 2020, et a confirmé ne plus verser de prestations d'assurance dès cette dernière date.

À teneur de la "notice téléphonique" afférente à ladite conversation du 10 février 2021, l'intéressé était informé qu'après avoir regardé une nouvelle fois le dossier avec le service médical, ce dernier maintenait sa position.

l. Par écrit du 10 mars 2021, complété le 18 mars suivant, de son conseil nouvellement constitué, l'intéressé s'est opposé à cette décision, concluant à la prise en charge par la caisse de son incapacité de travail qui avait duré du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021 et au versement des indemnités journalières qui lui étaient dues pour cette période.

m. Par "appréciation médicale" motivée du 31 mars 2021 faisant suite à cette opposition, le Dr F_____ a maintenu sa position tendant au refus de prestations de l'assurance-accidents dès le 2 décembre 2020.

n. Par décision sur opposition rendue le 28 mai 2021, la SUVA a rejeté l'opposition du 10 mars 2021, confirmant ainsi sa décision initiale.

C. **a.** Par acte du 24 juin 2021, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision sur opposition, concluant, "avec suite de frais et dépens", à son annulation et, cela fait, principalement à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents pour la période du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Selon lui, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique se justifiait, ce à quoi s'ajoutait l'audition de la Dresse E_____.

b. Le 29 juin 2021, le recourant a spontanément produit un rapport du même jour de la Dresse E_____.

c. Par réponse du 20 juillet 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

d. Par réplique du 2 septembre 2021, l'intéressé a persisté dans les conclusions et termes de son recours.

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 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.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4.

4.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident

(art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

4.2 En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

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). 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 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).

Ainsi, 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).

Il est à cet égard rappelé que 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).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examinateur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1; arrêts du Tribunal fédéral 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.4 et 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 2.1 et les références citées).

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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_140/2021 précité consid. 3.5; 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.

4.3 En vertu de l’art. 11 de l’ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d’assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d’invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l’art. 21 LAA (lequel porte sur le « traitement médical après la fixation de la rente »).

Dans ces cas, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle

atteinte et l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_140/2021 précité consid. 3.5; SVR 2019 UV n° 27 p. 99, arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

5.

5.1 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).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

5.3 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).

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. Étant 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).

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

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 ; 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).

On ajoutera qu'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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

5.4 Au surplus, 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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).

6.

6.1 En l'espèce, en raison d'une chute à vélo le 10 septembre 2020 ainsi que d'une "fracture à trois fragments 1/3 moyen de la clavicule gauche à léger déplacement" qui en est résultée selon les rapports des Drs C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, et E_____, médecin généraliste traitante, le recourant a été mis en incapacité de travail du jour de cet accident jusqu'au 2 novembre 2020, la thérapie consistant en une immobilisation.

Ce cas a été pris en charge par l'assureur-accidents (l'intimée).

6.2 Après environ un mois de reprise de travail en sa qualité de chauffeur-brancardier d'ambulance à temps partiel, l'assuré a souffert de douleurs dues à des "contractions musculaires paravertébrales dorsales conséquentielles d'une compensation importante partielle [membre supérieur] gauche suite fracture clavicule gauche", diagnostic posé le 22 janvier 2021 par sa médecin généraliste traitante, et il a été mis en incapacité de travail pour ce motif du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021. De son côté, le Dr C_____ a considéré le 12 janvier 2021 que la radiographie de ce jour montrait un cal osseux presque unitif et qu'il y avait prolongation d'arrêt de travail car le patient avait mal au dos "par compensation à son manque de force et à l'agilité du bras gauche sur fracture de la clavicule le 10/09/20". Enfin, sur la base d'une radiographie du "rachis total" réalisée le 1er février 2021, la Dresse G_____, radiologue, a retenu une "inflexion scoliotique", avec une "petite courbure dorsale basse compensatrice de convexité gauche", "dos plat", "bascule droite non significative du bassin de 9 mm mesurée au pôle supérieur des têtes fémorales dont la couverture externe satisfaisante" et "intégrité des interlignes sacro-iliaques et coxofémoraux".

Sur la base de l'avis – non motivé – de son médecin-conseil le Dr F_____, d'après lequel ledit mal au dos n'était pas en rapport avec la fracture de la clavicule selon la vraisemblance prépondérante, la SUVA a, par sa décision – initiale – du 10 février 2021, refusé de prendre en charge les suites de l'accident du 10 septembre 2020 à partir du 2 décembre 2020, faute de lien de causalité – naturelle – certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 10 septembre 2020 et l'incapacité de travail débutant le 2 décembre 2020.

6.3 Dans son opposition, l'intéressé a allégué que, du fait des mesures prises à l'époque contre le COVID-19 et ayant pour effet qu'un seul brancardier était envoyé en mission en lieu et place de deux personnes en période habituelle, il avait, dès sa reprise de son travail le 3 novembre 2020, dû porter à lui seul des charges très lourdes (port de patients), ce qui l'avait contraint à préserver son épaule gauche en forçant sur le dos. Selon lui, s'il n'avait pas souffert de son épaule gauche, il n'aurait pas eu besoin de compenser son manque de force et ses fragilités au bras gauche par un forçage sur le dos.

Par "appréciation médicale" motivée du 31 mars 2021 faisant suite à cette opposition, le Dr F_____ a maintenu sa position tendant au refus de prestations de l'assurance-accidents dès le 2 décembre 2020, pour les motifs qui suivent: aucune lésion ou anomalie traumatique de la colonne vertébrale n'avait été constatée dans les suites immédiates de l'événement annoncé – l'accident du 10 septembre 2020 –; l'évaluation du rachis total effectuée le 1er février 2021 par la radiologue montrait effectivement une incurvation de la colonne vertébrale mais non une scoliose en tant que telle; d'une manière générale, une douleur au dos dans les suites d'un événement traumatique pouvait être effectivement la conséquence de la chute; toutefois, ceci n'était pas susceptible de rester symptomatique en l'absence de pathologie traumatique aiguë confirmée plus de

deux mois, ce qui n'était pas possible de retenir dans le cas présent faute d'élément traumatique objectif pouvant justifier une lésion traumatique de la colonne vertébrale.

C'est sur la base de cette appréciation que, par décision sur opposition rendue le 28 mai 2021, la caisse a confirmé ainsi sa décision initiale de refus.

6.4 En procédure de recours, l'assuré a ajouté les explications suivantes: malgré le fait que la fracture de la clavicule – gauche – n'était pas encore totalement guérie, il avait été contraint de prendre le travail, car il devait passer une évaluation pour technicien ambulancier qu'il ne pouvait pas effectuer s'il était en arrêt maladie; dans ce contexte, il avait, dès la reprise le 3 novembre 2020, ressenti rapidement des douleurs au niveau du dos.

À teneur du rapport de la Dresse E_____ établi le 29 juin 2021, le patient l'avait consultée en janvier 2021 "pour des douleurs paravertébrales avec observation de contractures musculaires paravertébrales dorsales à la suite de [son] examen clinique", ce qui l'avait conduite à demander une radiographie du dos "compte tenu de [l'antécédent] d'inflexion scoliotique"; la kinésithérapie initiée dans le cadre de la fracture de la clavicule datant du 10 septembre 2020 avait pris en charge ces contractures.

Le recourant en a déduit que ses plaintes concernant son dos n'avaient pas été uniquement subjectives, mais avaient été objectivées.

6.5 Cela étant, dans un arrêt – invoqué par le recourant –, le Tribunal fédéral a traité du cas d'une opératrice sur machines, qui, en novembre 2012, avait subi une fracture multifragmentaire de l'olécrâne gauche ayant entraîné une incapacité entière de travail que la SUVA avait pris en charge. En août 2014, cette assurée avait indiqué à la caisse qu'elle commençait à avoir des douleurs à l'épaule droite en raison de la surcharge imposée au bras droit pour compenser la non-utilisation du bras gauche. Une IRM de l'épaule droite avait été réalisée en octobre 2015, dont il était ressorti que l'assurée présentait une tendinose marquée du sus-épineux avec une composante érosive de sa surface bursale, d'allure non transfixiante, une discrète tendinose du sous-épineux et de la partie supérieure du sous-scapulaire, une bursite sous-acromiale et une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire. Selon la Haute Cour, si l'existence des affections au membre supérieur droit et leurs incidences sur la capacité de travail de l'assurée n'étaient ni discutées ni remises en cause, les avis médicaux versés au dossier ne concordaient en revanche pas sur la question du lien de causalité naturelle contesté entre l'accident de novembre 2012 et les troubles que la recourante avait développés à ce membre. En effet, tandis qu'un médecin avait écarté l'hypothèse d'un lien de causalité pour le moins probable, notamment car aucune surutilisation du membre supérieur droit n'était demandée, un autre médecin avait attesté que la périarthrite scapulo-humérale et l'arthrose acromio-claviculaire inflammatoire droites étaient liées à la surcharge du membre supérieur droit pour compenser l'impossibilité d'utiliser le

membre supérieur gauche. De son côté, une autre médecin avait indiqué que l'intéressée avait développé une cervico-brachialgie droite de compensation, dès lors qu'elle n'utilisait plus du tout son membre supérieur gauche. A la différence du premier médecin susmentionné, les second et troisième admettaient donc de manière plus ou moins explicite l'existence d'un tel lien de causalité naturelle. Quant à un quatrième médecin, s'il ne s'était pas prononcé explicitement sur la question de la causalité, il avait toutefois attesté une tendinopathie de surcharge de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une arthropathie évolutive de l'articulation acromio-claviculaire droite. Il subsistait ainsi un doute à tout le moins léger quant à la pertinence de l'avis du médecin de la SUVA, selon lequel le cas était stabilisé et l'assurée était désormais apte à travailler dans un travail mono-manuel droit, le bras gauche ne pouvant être utilisé que pour des gestes d'appoint. Selon le Tribunal fédéral, il se justifiait dès lors, conformément à la jurisprudence, de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils ordonnent une expertise médicale afin de départager les opinions du premier médecin, d'une part, et des second et troisième médecins, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018).

6.6 Dans le cas présent, comme cela découle de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 précité, un lien de causalité – naturelle – entre l'accident du 10 septembre 2020 et les maux (contractures) de dos est envisageable, la reconnaissance ou non d'un tel lien dépendant dès lors d'une analyse et une confrontation des rapports médicaux.

6.6.1 C'est tout d'abord de manière erronée que l'intimée dénie une valeur probante aux rapports des Drs C_____ et E_____ des 12 et 22 janvier 2021, au motif que leurs conclusions ne seraient soutenues par aucun compte rendu d'examen, en particulier clinique, et ne seraient pas motivées.

En effet, c'est à la suite d'une consultation, donc d'un examen à tout le moins visuel et radiologique du patient, que le Dr C_____ a retenu que le mal au dos qui était la cause de l'incapacité de travail ayant commencé le 2 décembre 2020 résultait de la compensation sur le dos par rapport au manque de force et d'agilité au bras gauche de l'intéressé à la suite de la fracture de la clavicule – gauche – le 10 septembre 2020. Il est relevé que ce médecin est un spécialiste pour les atteintes à la santé présentement en cause et qu'il a suivi l'assuré depuis peu de temps après l'accident (de vélo), soit dès le 23 septembre 2020 à tout le moins. L'indication de ce médecin du 23 décembre 2020 selon laquelle le patient "ne [souffrait] pas au repos, ni quand il [soulevait]" n'excluait en soi pas l'éventuelle apparition de douleurs dorsales à cause d'autres positions et mouvements, par exemple des rotations des bras; en outre, la constatation par le Dr C_____ d'"un cal osseux presque unitif" était, vu notamment le mot "presque", compatible avec une absence de consolidation entière de la fracture; au demeurant, au 23 décembre 2020, l'intéressé était en arrêt de travail depuis environ vingt jours, arrêt de nature à réduire ses douleurs au dos.

La Dresse E_____ a quant à elle, le 22 janvier 2022, fait état de contractions musculaires paravertébrales dorsales causées par une compensation importante partielle due à l'épargne de l'effort sur le membre supérieur gauche à la suite de la fracture de la clavicule gauche le 10 septembre 2020. Comme confirmé le 29 juin 2021, elle a posé ce diagnostic sur la base d'un examen clinique. Le fait qu'elle soit médecin généraliste ne l'empêchait en tant que tel pas de constater des contractions musculaires sur le dos de l'intéressé, car il ne s'agit pas d'une problématique complexe.

6.6.2 À cet égard, à teneur du site internet "H_____.fr" cité par l'assuré dans son recours, concernant "les symptômes des contractures musculaires", la douleur est d'abord ressentie après l'exercice, pendant les moments de repos. Si l'effort est poursuivi, le muscle se raidit de plus en plus. La douleur devient sensible au cours de l'exercice, puis très gênante à la fin de celui-ci. La douleur est très localisée". S'agissant du "diagnostic de la contracture musculaire", "un point dur se révèle à la palpation. Le muscle est douloureux sur la partie contracturée, lors de l'étirement passif et lors de la contraction contre résistance. Une contracture peut être diagnostiquée par un examen clinique simple. Faire une échographie ne sert à rien : en effet, celle-ci ne révèlerait aucune anomalie". Pour ce qui est du "traitement des contractures musculaires", tout d'abord, le muscle touché doit être mis au repos; (…)" (https://www.H_____.fr/html/dossiers/douleur-musculaire/_____-contracture-musculaire.htm", consulté le 1er juin 2022). Certes, ces seules informations ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante scientifique si elles ne sont pas corroborées par d'autres éléments. Or ces autres éléments existent ici sous la forme des rapports de deux médecins qui ont vu et examiné l'intéressé.

Quoi qu'il en soit, l'intimée ne démontre pas en quoi des contractions musculaires paravertébrales dorsales justifiant un arrêt de travail d'environ un mois devraient nécessairement faire l'objet d'un compte rendu circonstancié et motivé de l'examen clinique, avec anamnèse puis résultat détaillé. L'expérience générale de la vie montre qu'une telle affection n'est ni grave ni complexe, ni forcément visible sur une radiographie, mais qu'elle se révèle principalement à la palpation du corps du patient et qu'elle est le signe d'un problème tel que la fatigue ou une surcharge, et que, suivant les cas, il convient d'épargner le plus possible la partie du corps touchée.

6.6.3 De son côté, l'appréciation du Dr F_____, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste pour la problématique médicale concernée, ne repose pas sur un examen personnel du recourant, mais sur l'analyse – et critique – des documents médicaux présentés ainsi que sur des considérations théoriques et générales. Au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée plus haut, on peut douter que l'appréciation de ce médecin-conseil puisse se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour remettre en cause les rapports des Drs C_____ et E_____, qui, eux, sont basés sur un examen personnel de l'assuré.

Quoi qu'il en soit, il est incontesté que l'intéressé ne souffre pas d'une scoliose mais d'une inflexion scoliotique, et il ne ressort pas du dossier que ce point serait déterminant par rapport au diagnostic pertinent retenu et son lien de causalité avec l'accident du 10 septembre 2020.

En outre, les considérations du Dr F_____ selon lesquelles une lésion traumatique de la colonne vertébrale, symptomatique, ne pourrait pas être retenue dans le cas présent vu l'absence de pathologie traumatique aiguë confirmée plus de deux mois, et de manière objective, apparaissent ici exagérément exigeantes et restrictives. Il convient en effet de souligner qu'il s'agit ici de simples douleurs au dos sans gravité particulière, sous forme de contractions musculaires paravertébrales qui n'ont causé qu'un arrêt de travail d'environ un mois.

6.6.4 Or rien dans le dossier ne permet de mettre en doute la sincérité et la crédibilité des constatations effectuées par les Drs C_____ et E_____ ainsi que des allégations du recourant. Elles apparaissent au contraire cohérentes : accident de vélo le 10 septembre 2020 avec fracture de la clavicule gauche qui est en contact avec l'épaule gauche, incapacité de travail d'un peu moins de deux mois, reprise du travail avec beaucoup d'exigences physiques et malgré une absence de consolidation complète au niveau de la fracture, obligeant l'intéressé à épargner son bras gauche et par là à solliciter le dos plus que normalement, ce avec pour conséquence des douleurs dorsales nécessitant, après un mois de travail, que le haut du corps soit mis au repos, pendant la durée raisonnable et relativement brève d'environ un mois, afin que les douleurs cessent et que les contractions musculaires paravertébrales dorsales n'évoluent pas vers une affection plus problématique.

6.6.5 Dans ce contexte, on ne voit pas quelle pourrait être l'utilité d'une expertise médicale mise en œuvre actuellement, ce d'autant que l'expert ne pourrait rien constater par l'examen clinique concernant les douleurs et atteintes somatiques ayant existé plusieurs mois auparavant et s'étant entièrement résorbées depuis lors. Quant à l'audition en qualité de témoin de la Dresse E_____, on ne voit pas ce qu'elle pourrait apporter de nouveau par rapport au contenu des rapports qu'elle a déjà établis.

6.6.6 En définitive, au regard des rapports suffisamment probants ici des Drs C_____ et E_____ ainsi que du déroulement cohérent des faits depuis l'accident du 10 septembre 2020, de même qu'au regard de ce qui a notamment été considéré dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 précité, il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle – et aussi adéquate – entre cet accident, d'une part, et les contractions musculaires paravertébrales dorsales et l'incapacité de travail qui a résulté de ces dernières, d'autre part.

7. Vu ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition querellée réformée en ce sens que le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents selon la LAA pour la période du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021.

8. Vu l'issue du litige, une indemnité de dépens de CHF 2'000.- sera allouée au recourant, qui est assisté d'un conseil, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision sur opposition rendue le 28 mai 2021 par l'intimée en ce sens que le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021.
4. Alloue une indemnité de dépens de CHF 2'000.- au recourant, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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