RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/236/2023 **ATAS/561/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 juillet 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Razi ABDERRAHIM

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1971, a travaillé dès le 10 janvier 2022 comme monteur électricien pour l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeuse).

b. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

c. À l'âge de 24 ans, l'assuré a été opéré en France des deux épaules, en raison de luxations récidivantes.

B. **a.** Le 11 janvier 2022, l'assuré, alors qu'il travaillait, a trébuché sur une grille au sol, est tombé sur le côté gauche et s'est déboité l'épaule gauche, qu'il a pu cependant remettre en place lui-même en manipulant son bras. L'employeuse a annoncé le sinistre par formulaire du 14 janvier 2022 et un arrêt de travail a été prescrit dès le 15 janvier par le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

c. Le 26 janvier 2022, l'assuré a passé une IRM de l'épaule gauche.

d. Le 31 janvier 2022, le Dr C_____ a prescrit à l'assuré neuf séances de physiothérapie.

e. Le 22 février 2022, l'assuré a repris son travail.

C. **a.** Par courriel du 18 août 2022, il a informé la CNA que depuis le 8 août 2022, il avait des blocages de l'épaule gauche et avait dû aller consulter son médecin, lequel l'avait mis en arrêt. Il a joint deux certificats d'arrêt de travail qui lui avaient été prescrits dès le 8 août 2022 par la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne, et le Dr C_____. Son arrêt de travail a ensuite été prolongé jusqu'au 30 septembre 2022.

b. Le 22 août 2022, l'assuré a passé une nouvelle IRM de l'épaule gauche.

c. La CNA a reçu une déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs, remplie le 1er septembre 2022 par la caisse de chômage de l'assuré, faisant état d'une rechute musculaire et du tendon de l'épaule gauche dès le 8 août 2022, à la suite de l'évènement du 11 janvier 2022.

d. Elle a également recueilli le rapport médical intermédiaire non daté de la Dre D_____ et celui du 7 septembre 2022 du Dr C_____.

e. Ces rapports ont été soumis au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a estimé, dans un rapport du 28 octobre 2022, que l'incapacité de travail dès le 8 août 2022 n'était

pas due, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 11 janvier 2022.

f. Par décision du 28 octobre 2022, la CNA a, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, clos le cas et mis un terme aux prestations d'assurance au 7 août 2022 au soir.

g. Le 30 novembre 2022, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté cette décision, faisant valoir qu'une rechute ne pouvait manifestement pas être exclue et qu'il n'y avait pas eu d'investigations sérieuses de la part de la CNA.

h. Le 7 décembre 2022, la CNA a confirmé sa décision, faute d'élément permettant de douter de l'analyse de son médecin d'arrondissement.

D. **a.** Par acte du 23 janvier 2023, l'assuré, sous la plume de son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Principalement, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul des prestations qui lui étaient dues. Il estimait que, sur la base des rapports au dossier, le lien de causalité naturel et adéquat était établi, car il présentait la même affection qu'à la suite de l'accident du 11 janvier 2022, la rechute était récente et l'intimée avait accepté de prendre en charge le cas à la suite de l'accident. Par ailleurs, rien ne permettait de dire que la rechute était due aux luxations et opérations qu'il avait subies auparavant.

b. L'intimée a répondu le 7 février 2022, en concluant au rejet du recours et a produit, à l'appui de sa position, une nouvelle appréciation du 2 février 2023 du Dr E_____.

c. Cette écriture a été transmise au recourant qui n'a pas répliqué dans le délai accordé.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), compte tenu de

la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), est recevable.

2. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant suite à l'annonce d'une rechute le 18 août 2022, singulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 11 janvier 2022 et des troubles à l'épaule gauche présents à nouveau dès le 8 août 2022.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ;ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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.

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).

3.3 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).

3.4 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). 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 atteinte 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 296

consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

4. 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).

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).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en oeuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

5. 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).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

6. 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

7.

7.1 En l'espèce, l'intimée a justifié son refus de prise en charge en se référant à l'appréciation du Dr E_____, lequel conclut à l'absence de lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident du 11 janvier 2022 et les troubles à l'épaule gauche présents dès le 8 août 2022.

7.2 Le recourant estime qu'il présente une rechute et qu'il y a bel et bien un lien de causalité naturel et adéquat entre l'accident en cause et les troubles présents en août 2022, car il s'agissait des mêmes atteintes que celles qu'il présentait après ledit accident, lequel était relativement récent, et qu'en janvier 2022 l'intimée avait pris en charge le cas, sans soulever l'argument des opérations aux épaules.

8. À titre liminaire, il sied de suivre le recourant lorsque celui-ci estime qu'il convient d'examiner la cause sous l'angle de la rechute.

Bien qu'il ne ressorte pas du dossier que l'intimée l'ait averti qu'elle clôturait le cas et mettait fin aux prestations avant que le recourant n'annonce une rechute, il n'y a pas lieu d'examiner le cas sous l'angle du cas initial. En effet, on peut aisément admettre une clôture tacite du cas, étant donné que l'accident du 11 janvier 2022 était relativement bénin, qu'il a été suivi d'un processus de guérison favorable, avec la prescription seulement de quelques séances de physiothérapie, qu'il a nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève d'un peu plus d'un mois, puisque le recourant est retourné au travail à 100% dès le 22 février 2022, et qu'il ne ressort pas du dossier qu'il se serait à nouveau plaint de problèmes à l'épaule avant le mois d'août 2022 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_102/2008 consid. 4.1 et 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références ; ATAS/125/2022 du 16 février 2022 consid. 5.3).

9. Il convient donc d'examiner la question du lien de causalité entre l'accident en cause et les troubles à l'épaule gauche présents dès août 2022.

9.1 En l'occurrence, il ressort du dossier les éléments médicaux suivants :

Le recourant a été opéré à l'âge de 24 ans pour un problème de luxation des épaules. Le 11 janvier 2022, il est tombé sur le côté et s'est luxé l'épaule gauche. Il a remis lui-même la luxation (cf. rapports du 11 janvier 2022 du docteur F_____, spécialiste en médecine générale, et du 13 janvier 2022 du Dr C_____). Une IRM de l'épaule gauche, réalisée le 26 janvier 2022, n'a montré aucun argument en faveur d'une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs mais a mis en évidence une tendinopathie calcifiante du sous-scapulaire et du sus-épineux, ainsi qu'une bursite sous-acromiale (cf. rapport d'IRM du 26 janvier 2022). Le Dr C_____ a prescrit un traitement par physiothérapie (neuf séances) et exercices à réaliser à la maison (cf. prescription de physiothérapie du 31 janvier 2022 et rapport du 17 février 2022).

À la suite de l'annonce de rechute du recourant, une nouvelle IRM de l'épaule gauche, réalisée le 22 août 2022, a mis en évidence des données pouvant corréler une composante séquellaire de luxation avec petite encoche de Hill-Sachs ainsi qu'un status post-chirurgical de la région sous-scapulaire, à intégrer aux antécédents, une tendinopathie fissuraire du sus-épineux, sans argument en faveur d'une lésion transfixiante, une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps et une bursite sous-acromiale (cf. rapport d'IRM du 22 août 2022). À la fin du mois d'août 2022, la Dre D_____ a posé le diagnostic de luxation de l'épaule gauche suite à la chute de sa hauteur sur un chantier, avec limitation des amplitudes articulaires et douleurs persistantes, et un pronostic favorable progressivement, sous réserve des antécédents de chirurgie des deux épaules qui pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison. Elle a prescrit un traitement par physiothérapie et antalgiques à la demande (cf. rapport intermédiaire de la Dre D_____). Le 7 septembre 2022, le Dr C_____ a estimé qu'il s'agissait d'un status post-traumatisme de l'épaule gauche avec bursite sous-acromiale et tendinopathie fissuraire du sus-épineux et du long chef du biceps. Il a relevé que le recourant était connu pour des opérations pour luxation scapulo-humérale avec poursuite des douleurs à l'épaule gauche et limitation fonctionnelle importante en août 2022 et qu'une IRM montrait une bursite sous-acromiale, une tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps, ainsi qu'une encoche de Hill-Sachs (cf. rapport intermédiaire du 7 septembre 2022 du Dr C_____).

Sur la base du dossier, le Dr E_____ a retenu les diagnostics de luxation gléno-humérale gauche dans le cadre d'une atteinte préexistante ayant été opérée en 1994, une tendinopathie calcifiante du sous-scapulaire et du sus-épineux gauche, ainsi qu'une bursite sous-acromiale gauche. Il a relevé que le recourant avait été opéré des deux épaules dans les années 1990, que dans un premier épisode, il avait subi une luxation de l'épaule gauche le 11 janvier 2022, à la suite de laquelle, il avait suivi un traitement conservateur selon les règles de l'art et repris son travail à la fin du mois de février 2022. Dans un second épisode, en août 2022, il avait à nouveau consulté son médecin en raison d'une raideur à l'épaule gauche et suivi un traitement conservateur avec probable reprise du travail en octobre 2022. Ce médecin a estimé que le premier épisode était en lien de causalité naturelle vraisemblable avec l'évènement déclaré, malgré l'absence d'élément objectif confirmant la luxation de l'épaule, étant précisé néanmoins que celle-ci s'était déboitée dans un contexte probablement d'instabilité chronique. Il a souligné que le traitement conservateur avait permis une bonne récupération de la mobilité et une indolence qui avaient permis une reprise de travail le 22 février 2022. S'agissant de la deuxième situation, soit l'éventuelle rechute en août 2022, il a considéré que la relation de causalité naturelle entre les troubles signalés à l'épaule gauche et l'évènement du 11 janvier 2022 était tout au plus possible, en raison du délai d'apparition de la symptomatologie et des antécédents de chirurgie de l'épaule associés à l'imagerie échographique qui laissaient suggérer une

tendinopathie chronique au niveau de la coiffe des rotateurs avec calcification présente au niveau du tendon sous-scapulaire et sus-épineux. Il a encore noté que l'IRM du 22 août n'apportait pas d'élément objectif d'une lésion en lien vraisemblable avec l'évènement déclaré (cf. appréciations des 28 octobre 2022 et 2 février 2023 du Dr E_____).

9.2 La chambre de céans relève que si la Dre D_____ se rapporte à l'accident du 11 janvier 2022, le Dr C_____ mentionne simplement un status post-traumatique, en précisant que le recourant était connu pour des opérations pour luxation scapulo-humérale, et qu'aucun des deux médecins traitants ne motive l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement déclaré et la présence des troubles à l'épaule gauche dès le 8 août 2022.

Quant au médecin-conseil, il émet une appréciation motivée et convaincante, en parvenant à la conclusion que la relation de causalité naturelle entre les troubles à l'épaule gauche en août 2022 et l'évènement du 11 janvier 2022 était tout au plus possible. Or, il sied de rappeler que le fait qu'une relation de causalité soit seulement probable ne suffit pas pour admettre l'existence d'un lien de causalité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_331/2020 du 4 mars 2021, consid. 5.4 *in fine* ; 8C_608/2010 du 10 mars 2011, consid. 4.2.1 *in fine*).

Par ailleurs, le recourant n'avance aucun élément qui permettrait de douter des conclusions du Dr E_____, tel qu'un rapport circonstancié établi par un médecin, motivant l'existence d'un tel lien de causalité. Or, il sied de rappeler que, dans le cadre d'une rechute, il incombait pourtant au recourant, qui est représenté par un conseil, d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'évènement du 11 janvier 2022 et les troubles qui se manifestaient à nouveau en août 2022.

En outre, on ne peut pas le suivre lorsque celui-ci explique que dans la mesure où il s'agit de la même atteinte, le lien de causalité naturelle et adéquate serait d'emblée établi. En effet, le fait qu'il présente les mêmes troubles ne signifie pas encore que ceux-ci aient été causés par l'évènement annoncé, car le recourant présente en l'occurrence un status post-opératoire à l'épaule gauche et cette opération avait été réalisée, déjà, en raison de problèmes de luxations, de sorte qu'on ne saurait exclure que les troubles en question soient dus à ces antécédents.

S'agissant du temps écoulé entre le premier épisode en janvier 2022 et la réapparition des troubles en août 2022, il est vrai que quelques mois seulement ont passé. Cela étant, dans la mesure où le processus de guérison était favorable et rapide (à peine plus d'un mois), puisque le recourant n'a suivi qu'un traitement conservateur durant peu de temps et qu'il a pu reprendre son travail à plein temps dès le 22 février 2022, le critère du temps écoulé n'est pas suffisant à établir le lien de causalité naturelle dans le contexte médical du recourant.

Quant au fait que l'intimée ait accepté de prendre en charge les suites de l'accident lors du premier épisode de troubles à l'épaule gauche en janvier 2022, cela ne

permet pas de retenir qu'elle aurait dû, au même titre, admettre un lien de causalité entre l'évènement annoncé et les troubles présents en août 2022, et ce, pour les raisons clairement exposées par le Dr E_____.

En l'état, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles à l'épaule gauche présents dès le 8 août 2022, sont en lien de causalité avec l'évènement du 11 janvier 2022.

En l'absence de tout doute sur la fiabilité et la validité des conclusions du Dr E_____, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires. Aussi n'est-il pas nécessaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

9.3 Partant, la décision litigieuse doit être confirmée.

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

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	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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