RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3282/2021 **ATAS/1094/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 décembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CHÂTELAINE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 20 janvier 2020, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1963 et marié, a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part de la société B_____ SA (ci-après: l'employeur), sise dans le canton de Genève, auprès de laquelle il avait été engagé en qualité d'ouvrier-peintre dès le 29 août 1996, avec un taux d'occupation de 100 %.

La date du sinistre indiquée était le 14 janvier 2020 et les faits étaient décrits comme suit : "[L'assuré] se trouvait sur une échelle pour effectuer des travaux de peinture, lorsqu'il est tombé sur une barrière de couloir". La partie du corps blessée était le "ventre".

b. L'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée), a, à la suite d'un courrier du 22 janvier 2020, pris en charge ce cas (par des indemnités journalières et prises en charge de traitements) et l'a instruit, en particulier en recueillant les avis médicaux qui suivent.

À teneur d'un rapport du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) du 28 janvier 2020, l'intéressé avait été pris en charge le jour même de l'accident, soit le 14 janvier 2020. Était noté un "traumatisme thoracique" avec "chute avec trauma basithoracique/abdomen supérieur", et il y avait une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 21 janvier 2020, suivie d'une reprise du travail à 100 % le lendemain 22 janvier.

Le 27 février 2020 ont été réalisées par le docteur C_____, radiologue FMH, une échographie de l'abdomen ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) de l'épaule droite, qui ont donné lieu à des rapports établis le même jour.

Le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale, par certificat du 6 février 2020, a attesté une capacité de travail nulle dès le 17 février 2020 et entière à partir du 10 mars 2020, par certificat du 3 mars 2020, une capacité de travail nulle dès le 10 mars 2020 et entière à partir du 1er avril 2020, par certificat du 24 mars 2020, une capacité de travail nulle dès le 1er avril 2020 et entière à partir du 1er mai 2020, à chaque fois pour accident.

Sur prescription du 3 mars 2020 de ce médecin généraliste, l'intéressé a commencé des séances de physiothérapie (à tout le moins pour les épaules droite et gauche), qu'il a toutefois interrompues en raison des douleurs provoquées.

Dans un rapport "intermédiaire" du 18 mai 2020, le Dr D_____ a, notamment, diagnostiqué un traumatisme abdominal et une "contusion entorse" aux épaules droite et gauche, sans reprise prévue d'une capacité de travail.

Le 25 mai 2020 a été effectuée par le Dr C_____ une IRM de l'épaule gauche, avec rapport rédigé le jour même.

Par certificat du 28 mai 2020, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail nulle dès le 1er juin 2020 et entière à partir du 1er juillet 2020.

Le 11 juin 2020, l'assuré a été entendu par un collaborateur de la SUVA. Notamment, selon l'intéressé, en arrêt de travail à 100 %, une reprise n'était pour le moment pas envisageable.

c. Le 15 juin 2020, la caisse a été informée que l'intéressé allait être opéré de l'épaule le 18 juin suivant, et, le même 15 juin 2020, le médecin-conseil de la SUVA, le docteur E_____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il n'y avait actuellement pas de motivation pour une acceptation de prise en charge de cette opération, relevant en outre que le rapport du chirurgien F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecine du sport, et les images IRM étaient manquants, et ne sachant pas de quelle épaule il s'agissait. Il sied toutefois de préciser que, selon les informations de la représentante de la caisse à l'audience du 1er novembre 2022 (mentionnée ci-après), le médecin-conseil a en réalité eu accès aux originaux des IRM des 27 février et 25 mai 2020.

Le 19 juin 2020, le Dr F_____ a rempli un rapport "intermédiaire" – difficilement lisible – à l'intention de la caisse.

Le 26 juin 2020, à la question de savoir si l'intervention chirurgicale prévue le 18 juin 2020 faisait partie du traitement des lésions consécutives à l'accident du 14 janvier 2020, le Dr E_____ a répondu qu'actuellement, sur la base des documents soumis, la causalité des atteintes et donc de l'intervention réparatrice était juste possible, et qu'il faudrait enquêter sur les circonstances exactes de l'accident, "chute contusion ?".

Par "rapport opératoire" du 24 juin 2020, le Dr F_____ a décrit l'opération effectuée le 18 juin 2020, avec pour assistant le docteur G_____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et anesthésiste FMH la doctoresse H_____, et consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, une ténodèse du biceps, une acromioplastie décompressive et une résection acromio-claviculaire, et a fait état des constatations médicales effectuées à cette occasion.

Le 29 juin 2020, le Dr F_____ a attesté un arrêt de travail de 100 % du 29 juin au 31 juillet 2020.

Le 4 août 2020, il a signé un bon pour neuf séances de physiothérapie.

d. Par la suite, par certificat du 20 juillet 2020, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail nulle dès le 1er août 2020 et entière à partir du 1er septembre 2020, par certificat du 25 août 2020, une capacité de travail nulle dès le 1er septembre 2020 et entière à partir du 1er octobre 2020, par certificat du

25 septembre 2020, une capacité de travail nulle dès le 1er octobre 2020 et entière à partir du 1er novembre 2020, toujours pour accident.

Le 10 septembre 2020, ce médecin généraliste a rempli un rapport "intermédiaire" à l'intention de la caisse.

e. Le 22 septembre 2020, le Dr F_____ a à nouveau rempli un rapport "intermédiaire" – également difficilement lisible – à l'intention de la caisse, évoquant un bon pronostic mais sans prévoir de reprise du travail, et il a signé un nouveau bon pour neuf séances de physiothérapie.

f. Le 29 septembre 2020, le Dr E_____ a indiqué que l'intervention du Dr F_____ n'entrait pas en causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident; ce dernier avait, selon lui, cessé de produire ses effet la veille de l'opération; il en découlait que l'incapacité actuelle n'était plus en relation de causalité avec l'événement assuré.

Le 22 octobre 2020, la SUVA a écrit à l'assuré que, de l'avis de son service médical, les troubles qu'il présentait actuellement n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec un accident assuré, de sorte qu'elle devait, pour les suites de l'accident du 14 janvier 2020, clore ce cas avec effet au 4 novembre 2020 au soir et mettre fin aux prestations d'assurance.

g. Selon une lettre adressée le 26 octobre 2020 par le Dr D_____ au médecin-conseil de la caisse, le patient présentait, à la suite de son accident, une rupture du tendon du biceps; il avait été opéré le 24 juin 2020; son épaule était toujours douloureuse et son abduction était limitée à 70 degrés; une fin de prise en charge ne semblait pas justifiable audit médecin généraliste sans la mise en œuvre d'une expertise.

Le 4 novembre 2020, le Dr E_____ a rétorqué que le Dr D_____ n'avait pas pris note de la négation de causalité en vraisemblance prépondérante.

h. Par certificat du 30 octobre 2020, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail nulle dès le 1er novembre 2020 et entière à partir du 1er décembre 2020, par certificat du 24 novembre 2020, une capacité de travail nulle dès le 1er décembre 2020 et entière à partir du 1er janvier 2021, toujours pour accident.

B. **a.** Par décision du 12 janvier 2021, la SUVA, considérant que, selon l'appréciation de son médecin-conseil et sur la base des éléments en sa possession, les troubles qui subsistaient actuellement n'étaient plus dus à l'accident assuré, mais étaient exclusivement de nature maladive, a décidé, pour les suites de l'accident du 14 janvier 2020, de clore ce cas avec effet au 4 novembre 2020 au soir et mettre fin aux prestations d'assurance. Ainsi, à partir du 5 novembre 2020, l'indemnité journalière et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie.

b. Par la suite, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail nulle dès le 1er janvier 2021 et entière à partir du 1er février 2021, pour accident.

c. Par pli du 19 janvier 2021, le Dr F_____ a demandé à la caisse de "réévaluer la prise en charge de ce cas en accident pour l'intervention étant donné qu'elle a eu lieu en juin 2020 alors que [la SUVA s'est rétractée] à partir du 05.11.2020". En effet, d'après ce chirurgien orthopédiste, de l'accident du 14 janvier 2020 avait découlé une résonnance magnétique qui montrait clairement une rupture partielle du sus-épineux avec lésion du biceps; l'évolution était favorable, mais il persistait une limitation de rotation interne surtout.

d. Le 2 février 2021, le Dr E_____ s'est déterminé sur cette demande de la manière suivante: "les précisions viennent du côté opéré le gauche qui ne figure pas sur son CRO et les images ne sont pas au pacs donc appréciation impossible".

e. Le 11 février 2021, l'assuré, représenté par sa mandataire nouvellement constituée, a formé opposition contre la décision de la caisse du 12 janvier 2021, concluant à la prise en charge de l'opération du 18 juin 2020 ainsi que des soins et de l'incapacité de travail (qui perdurait encore actuellement) au-delà du 17 juin 2020, respectivement du 5 novembre 2020, subsidiairement à l'instruction de son état de santé par une expertise médicale (orthopédique) indépendante.

f. Le 18 février 2021, l'assureur-maladie obligatoire de l'intéressé (HELSANA) a demandé à la SUVA de revenir sur sa position.

g. Le 25 février 2021, le médecin-conseil de la caisse a indiqué : "il manque toujours l'IRM de l'épaule [gauche] pour faire cette appréciation…".

h. Par certificat du 2 mars 2021, le Dr D_____ a attesté une capacité de travail nulle dès le 1er mars 2021 et entière à partir du 1er avril 2021, et, le 16 mars 2021, la caisse a reçu une prescription émise en début d'année 2021 par ce médecin généraliste portant sur neuf séance de physiothérapie pour l'épaule gauche.

i. Par communication du 6 avril 2021, transmise en copie à la caisse, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (l'OAI), qui instruisait une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), rente et mesures professionnelles, déposée le 3 juin 2020, a fait savoir à l'intéressé que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées.

j. Par son secrétariat et par écriture manuscrite, le Dr F_____ a rejeté la demande de la SUVA du 25 mars 2021 de lui envoyer les images de l'arthroscopie réalisée le 18 juin 2020.

k. Par "appréciation médicale" – motivée – du 28 avril 2021, le Dr E_____ a diagnostiqué des "contusions possible de l'épaule [gauche]" et a estimé que, compte tenu de ce seul examen – le compte rendu opératoire du Dr F_____ – évoquant une lésion bicipale (tendon du biceps effiloché) et discordant avec les éléments du dossier, il avait été demandé à ce chirurgien orthopédiste de fournir les images, chose qu'il avait refusée, et que, donc, "en l'état du dossier et en l'absence d'atteinte structurelle démontrée (montrée), il n'existe pas, par rapport à

l'intervention et ses suites, d'élément de vraisemblance prépondérante entre la prise en charge chirurgicale qui a été réalisée et l'événement, comme nous l'indiquions le 29.09.2020; l'événement a donc cessé ses effets la veille de l'intervention".

l. Par décision sur opposition rendue le 27 août 2021, la SUVA, se fondant pour l'essentiel sur l'appréciation de son médecin-conseil et retenant notamment l'absence de l'une des lésions assimilées de la loi sur l'assurance-accidents, elle a écarté l'opposition formée par l'intéressé contre sa décision du 12 janvier 2021, a considéré avoir octroyé à tort des prestations à celui-ci après le 17 juin 2020, avec pour corollaire une *reformatio in pejus*, mais elle a renoncé à en réclamer le remboursement, arrêtant néanmoins au 17 juin 2020 la date précise de la fin des prestations.

C. **a.** Par acte daté du 26 septembre 2021 et expédié le 27 septembre suivant, l'assuré, faisant notamment valoir l'existence d'une lésion assimilée au sens de la loi sur l'assurance-accidents sous forme de rupture partielle du sus-épineux gauche, a interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant à son annulation ainsi qu'à la prise en charge de l'opération du 18 juin 2020 ainsi que des soins et de l'incapacité de travail (qui perdurait encore actuellement) au-delà du 17 juin 2020, respectivement du 5 novembre 2020, subsidiairement à l'instruction de son état de santé par une expertise médicale (orthopédique) indépendante.

b. Par réponse du 26 octobre 2021 d'un avocat nouvellement constitué, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le 3 janvier 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours, en s'appuyant en particulier sur un rapport du 7 décembre 2021 du Dr F_____, selon lequel son intervention chirurgicale du 18 juin 2020 était en lien de causalité naturelle avec l'accident.

d. À la suite de la demande de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) faite le 11 janvier 2022 à l'assuré de demander au Dr F_____ les images opératoires du 18 juin 2020 puis de les lui transmettre, a eu lieu un échange d'écritures, dont il ressort ce qui suit.

Le 8 février 2022, le recourant a produit lesdites images opératoires que ce chirurgien orthopédiste lui avait récemment remises – les mêmes –, lesquelles consistaient néanmoins en des copies.

Le service médical de l'intimée réclamant les images originales, la transmission de celles-ci en CD-Rom a été requise du recourant, lequel a transmis un courrier du Dr F_____ du 12 mai 2022 lui indiquant ne malheureusement pas être en mesure de répondre favorablement à cette demande.

Malgré l'absence des images opératoires en original et sur la base des copies, le Dr E_____ s'est déterminé par "appréciation médicale" du 31 mai 2022, à l'issue de laquelle il a maintenu sa position.

e. Le 2 juin 2022, se référant à cette appréciation, la caisse a persisté dans ses conclusions de rejet du recours.

f. Le 29 juin 2022, l'intéressé a de son côté confirmé ses propres conclusions, sollicitant en outre l'audition du Dr F_____.

g. Dans le cadre d'un échange écrit avec la chambre de céans, le Dr F_____ a, par écrit du 28 juillet 2022, fait savoir à celle-ci qu'il lui était "absolument impossible de venir témoigner pour ce cas" et qu'il était tout à fait compréhensible que la SUVA ne le prenne pas en charge "sous le régime accident" étant donné qu'il y avait des lésions maladives sous-jacentes préalables que l'accident n'avait fait que révéler; ledit chirurgien orthopédiste espérait ainsi avoir, par ces lignes, répondu aux question que le juge lui aurait posées, lignes qui, malheureusement pour le patient, allaient dans le sens de la caisse.

Par lettre du 5 août 2022, la chambre des assurances sociales lui a répondu qu'il n'avait en l'état pas été formellement convoqué à une audience et que le fait de recevoir des consultations médicales n'était pas un motif pertinent pouvant le cas échéant justifier une non-participation à une audition en qualité de témoin, y être présent étant une obligation légale.

h. Le 30 août 2022, le recourant, "au vu de l'attitude incertaine du Dr F_____ à l'agenda surchargé", a demandé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique judiciaire.

Le 19 septembre 2022, sur question de la chambre de céans, il a fait part de son souhait d'être entendu en audience sur les circonstances de l'accident.

Le 18 octobre 2022, il a indiqué avoir pris contact avec le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialisé de l'épaule et du coude, lequel, étant absent pendant trois semaines, ne pouvait le recevoir que le 17 novembre 2022.

i. Le 1er novembre 2022 se sont tenues devant la chambre des assurances sociales une audience de comparution personnelle des parties – l'intimée étant dispensée d'être présente par un collaborateur à l'audience et étant représentée seulement par l'avocate-stagiaire de son conseil – ainsi que d'audition à titre de renseignement de l'épouse du recourant, Madame I_____. À la fin de l'audience, la suite de la procédure a été réservée.

j. En réponse à un courrier de la chambre de céans du 1er novembre 2022 lui demandant de lui transmettre les images originales (le cas échéant sous forme de CD si c'était le seul support original) de l'opération à l'épaule gauche effectuée le 18 juin 2020, le Dr F_____ a, le 7 novembre 2022, indiqué avoir envoyé le

29 août 2022 par courrier postal toutes les images originales de l'opération à l'épaule gauche à l'assuré

k. Le 25 novembre 2022, le recourant a infirmé la réception des images originales, contrairement à ce que le Dr F_____ avait indiqué.

l. Le 29 novembre 2022, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction et au fond.

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 - E 5 10]).

4.

4.1 Le présent litige porte sur la question de savoir si les éventuels troubles dont souffre le recourant au niveau en particulier des épaules ainsi que leurs conséquences en matière de capacité de travail doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 17 juin 2020. Il convient en outre, plus particulièrement, d'examiner si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de l'intervention chirurgicale réalisée le 18 juin 2020.

4.2 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la

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

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 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), puis – dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme (art. 19 al. 1ère phr. 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).

5.2 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).

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.

5.3 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).

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

5.4 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 an*te 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).

5.5 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

6.

6.1 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).

6.2 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).

6.3 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).

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).

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).

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).

6.4 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).

6.5 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).

6.6 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une

instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.

7.1 En l'espèce, il est incontesté et incontestable que la chute du recourant du 14 janvier 2020 constitue un accident au sens de la LAA, raison pour laquelle l'intimée a dans un premier temps, pris en charge ses conséquences (frais de traitement et indemnités journalières), lui reconnaissant dans sa décision sur opposition querellée un tel droit jusqu'au 17 juin 2020, mais renonçant à lui demander la restitution des prestations versées (selon elle à tort) jusqu'au 4 novembre 2020.

7.2

7.2.1 À l'instar de la déclaration d'accident qui ne mentionne une blessure ("contusion") qu'au ventre, le rapport du 28 janvier 2020 ne mentionne pas de problèmes spécifiques aux épaules et/ou bras de l'assuré, mais relève, dans l'anamnèse, que celui-ci, à la suite de la réception (à la fin de sa chute) sur une barrière au niveau basithoracique/sternal bas, présente des douleurs au moindre mouvement depuis lors, sans en préciser les endroits du corps.

Le 27 février 2020, à la suite d'une échographie, le radiologue C_____ ne mentionne rien d'anormal au niveau de l'abdomen. En revanche, le même jour, à la suite d'une IRM à l'épaule droite, il conclut à un phénomène de surcharge d'origine post-traumatique de l'articulation acromio-claviculaire avec bursite sous-acromio-deltoïde, à une tendinopathie d'étirement du sus-épineux sans rupture transfixiante, à des bourrelets glénoïdiens conservés ainsi qu'à une tête humérale à sphéricité normale sans contusion osseuse.

Les neuf séances de physiothérapie prescrites le 3 mars 2020 par le Dr D_____ portent sur les deux épaules.

Le 18 mai 2020, le Dr D_____ diagnostique un traumatisme abdominal et une "contusion entorse" aux épaules droite et gauche, sans reprise prévue d'une capacité de travail. Comme évolution, il note, de manière parfois difficilement lisible: "Au niveau […] sp, persiste des douleurs d'épaule [droite] avec tendinite d'étirement abduction > 70° max; et épaule [gauche] très limitée à 40° abd en Inn en cours". Le pronostic est moyen. Le traitement consiste notamment en des AINS et infiltrations pour l'épaule gauche.

Le 25 mai 2020, à la suite de l'IRM de l'épaule gauche, le Dr C_____ constate: "Le muscle du supra-épineux est de forme normale, de signal conservé et son tendon est de signal hyperintense au niveau de son tiers distal avec petit défect de sa surface inférieure traduisant une déchirure partielle et n'atteignant pas son versant supérieur. Pas de lésion des tendons de l'infra-épineux ni du petit rond. Le tendon du long chef du biceps est dans sa gouttière bicipitale et de signal homogène. Pas de lésion du sous-scapulaire. Les bourrelets glénoïdiens sont conservés. Discret phénomène de surcharge au niveau de l'articulation acromio-claviculaire sous forme d'irrégularité de ses surfaces sans conflit sous-acromial. Epanchement intra-articulaire gléno-huméral se rehaussant après injection de gadolinium évoquant une capsulite. Discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne". Ce radiologue conclut à une déchirure partielle du versant inférieur du tendon du supra-épineux non transfixiante avec discrète bursite sous-acromio-deltoïde, à un épanchement intra-articulaire gléno-huméral avec rehaussement de son récessus axillaire inférieur et de sa partie antérieure après injection menant au diagnostic le plus probable de capsulite, à un phénomène de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire sans conflit sous-acromial, à des bourrelets glénoïdiens conservés ainsi qu'à une petite dégénérescence kystique de la tête humérale de localisation postéro-externe.

Lors de l'entretien du 11 juin 2020 avec un collaborateur de la SUVA, l'assuré, en arrêt de travail à 100 %, dit ressentir encore, au niveau de l'abdomen, de temps en temps une douleur à deux niveaux (côte à gauche et peu plus bas à droite). Selon lui, l'évolution des lésions aux deux épaules est défavorable, et une reprise n'est pour le moment pas envisageable.

Le 19 mai 2020, à l'intention de la caisse, le Dr F_____ relève l'échec du traitement conservateur concernant l'épaule gauche.

Par "rapport opératoire" du 24 juin 2020, ce chirurgien orthopédiste décrit l'opération effectuée le 18 juin 2020 à l'épaule gauche et consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, une ténodèse du biceps, une acromioplastie décompressive et une résection acromio-clavicualire. Il diagnostique une rupture partielle du tendon du biceps, de même qu'un conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Dans la description de l'intervention chirurgicale, il note l'absence de lésion cartillagineuse gléno-humérale; selon lui, le bourrelet glénoïdien est bien en place, le tendon du sous-scapulaire est parfait; il n'y a aucune déchirure du tendon du sus-épineux ou du sous-épineux, mais, en revanche, le tendon du biceps est très effiloché au niveau de la gouttière; il y aussi un érythème avec synovite; ensuite, "on passe à l'étage sous-acromial après bursectomie sous-acromiale très importante, on met en évidence un bec acromial qui est excisé par voie latérale à la fraise. Mise en évidence également d'un bec ostéophytaire inférieur de l'articulation acromio-claviculaire, puis par une voie supérieure, on réalise la résection acromio-claviculaire à la fraise". Puis sont effectués le lavage et les "points simples de Vicryl rapide à la peau".

7.2.2 Dès le 15 juin 2020, le Dr E_____, médecin-conseil de la SUVA, dont les avis sont suivis de manière constante par cette dernière durant la procédure, nie l'existence, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, d'un rapport de causalité entre d'une part l'accident et d'autre part non seulement l'opération du 18 juin 2020 mais aussi une incapacité de travail et des soins au-delà du 17 juin 2020.

Cette position du médecin-conseil n'est pas motivée de manière minimale avant son "appréciation médicale" du 28 avril 2021 (dans le cadre de la procédure d'opposition à la décision initiale). Il sied néanmoins de relever que, le 26 juin 2020, le Dr E_____, évoquant un lien de causalité possible, propose d'enquêter sur les circonstances exactes de l'accident, "chute contusion ?". Or une instruction sur ce point n'est aucunement effectuée par l'intimée, ce qui n'empêche pas le médecin-conseil de persister dans son appréciation. La négation par celui-ci dudit rapport de causalité repose en outre sur l'absence d'images de l'opération du 18 juin 2020, images que la caisse n'a demandées au Dr F_____ qu'à fin mars 2021 (également dans le cadre de la procédure d'opposition à la décision initiale).

L'"appréciation médicale" du Dr E_____ du 28 avril 2021 consiste en le diagnostic de "contusions possible de l'épaule [gauche]", ainsi qu'en la constatation que, compte tenu de ce seul examen – le compte rendu opératoire du Dr F_____ – évoquant une lésion bicipale (tendon du biceps effiloché) et discordant avec les éléments du dossier, il a été demandé à ce chirurgien orthopédiste de fournir les images, chose qu'il a refusée, et que, donc, "en l'état du dossier et en l'absence d'atteinte structurelle démontrée (montrée), il n'existe pas, par rapport à l'intervention et ses suites, d'élément de vraisemblance prépondérante entre la prise en charge chirurgicale qui a été réalisée et l'événement, comme nous l'indiquions le 29.09.2020; l'événement a donc cessé ses effets la veille de l'intervention".

Cette motivation émise par le Dr E_____ et complétée de manière plus circonstanciée et précise dans son "appréciation médicale" du 31 mai 2022 (dans le cadre de la présente procédure de recours). Dans ce dernier document, le médecin-conseil de l'intimée relève: après le "rapport opératoire" du 18 juin 2020, "de nouvelles pièces ensuite nous sont communiquées, en particulier l'imagerie qui ne permet pas de tirer quelque conclusion que ce soit, si ce n'est que malheureusement l'état décrit du biceps en rupture partielle sur un effilochage n'est pas montré". L'appréciation du Dr E_____ est la suivante: "De ces différents documents et de cette analyse, il ressort qu'il y a des contradictions et une cohérence. Ces contradictions sont portées par le Dr F_____, puisque dans son compte rendu opératoire (qui est un document de référence qui se doit d'être sincère) il n'existe aucune atteinte décrite au niveau de la coiffe des rotateurs, en-dehors de l'effilochage du tendon du biceps, le Dr C_____ sur le plan de l'IRM (un mois avant l'intervention) retrouve ce tendon dans la gouttière et sans hypersignal, et potentiellement non atteint par l'événement. Même si l'aspect d'effilochage nous a été décrit, sans que nous ayons pu le voir sur les documents

soumis en complément de notre appréciation, dans cette situation, le biceps n'est qu'un des éléments de la coiffe, et il est tout autant symptomatique dans les atteintes inflammatoires et dégénératives de l'épaule. Ici les éléments de la deuxième IRM réalisée (NDR: celle du 25 mai 2020) montrent qu'il y a une contusion essentiellement au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et rien d'autre d'objectivement d'origine traumatique. Nous remarquons aussi dans les contradictions que pour l'essentiel, qu'abstraction faite de la ténotomie/ténodèse du biceps, l'intervention pratiquée par le Dr F_____ sur l'épaule consistait en une acromioplastie décompressive: ce médecin devait dès lors savoir qu'il y avait une atteinte de type dégénératif au niveau acromio-claviculaire: il y avait nécessité d'une très importante bursectomie sous-acromiale en présence d'un bec acromial, cette dernière atteinte étant de type éminemment dégénératif. Il existe une vraie cohérence dans le traitement d'un conflit sous-acromial pour une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule [gauche], comme le dit le Dr F_____, et une vraie incohérence à défendre une atteinte de la coiffe des rotateurs causée par l'événement assuré. Sur le plan médical, on ne peut que conclure que l'événement a cessé ses effets contusifs simple et ainsi confirmer pour cela la date du 04.11.2020. Il n'y a donc peu de contribution, ou pas de contribution, des documents transmis par l'ASSUAS, les documents transmis par l'ASSUAS n'apportent dès lors pas d'élément susceptible d'être pris en compte du point de vue médical. Quant au rapport du Dr F_____, il présente, on l'a vu, une grande incohérence. Nous confirmons que l'intervention du 18 juin n'est pas en lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'événement du 14.01.2020. La rupture partielle du sus-épineux inexistante de visu à l'arthroscopie, est une image IRM profonde témoin de remaniements dégénératifs interne de quelques fibres. Il faut encore souligner la contradiction entre les atteintes décelées à l'IRM et l'intervention, dont le but était de libérer l'articulation acromio-claviculaire d'un bec acromial, élément de caractère exclusivement maladif".

7.2.3 Il est vrai que, comme souligné par le médecin-conseil, il existe une divergence entre les constatations et conclusions du rapport après IRM du radiologue C_____ et celles du "rapport opératoire" du chirurgien orthopédiste F_____, relativement à l'épaule gauche. La principale divergence consiste en ce que, selon le premier, "le tendon du long chef du biceps est dans sa gouttière bicipitale et de signal homogène", alors que le second retient une rupture partielle du tendon du biceps, lequel est très effiloché au niveau de la gouttière. Une divergence moins importante résulte du fait que le radiologue conclut à une "déchirure partielle du versant inférieur du tendon du supra-épineux non transfixiante", contrairement au chirurgien orthopédiste qui indique qu'il n'y a aucune déchirure du tendon du sus-épineux ou du sous-épineux. En revanche, on ne peut en l'état pas exclure que ces deux spécialistes se rejoignent, en tout ou en partie, sur l'existence d'une "discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne" (Dr C_____) puisque le Dr F_____ procède, un peu moins d'un mois après

l'IRM, à une "bursectomie sous-acromiale très importante", de même que sur l'existence d'un éventuel problème au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, le radiologue concluant à un phénomène de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire sans conflit sous-acromial et le chirurgien orthopédiste mettant en évidence un bec acromial et un bec ostéophytaire inférieur de l'articulation acromio-claviculaire, qui sont excisés par voie latérale, respectivement réduits, à la fraise durant l'opération.

Le Dr F_____, dans son "rapport opératoire", en posant le diagnostic de conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, paraît certes prima facie faire état d'une dégénérescence, qui pourrait relever le cas échéant d'un état maladif préexistant plutôt que des conséquences de l'accident, au niveau acromio-claviculaire. Cependant, de l'avis de ce même médecin émis dans un rapport – ultérieur – du 19 janvier 2021, de l'accident du 14 janvier 2020 a découlé une résonnance magnétique qui montre clairement une rupture partielle du sus-épineux avec lésion du biceps; l'évolution est favorable, mais il persiste une limitation de rotation interne surtout. Dans son rapport du 7 décembre 2021, le Dr F_____ va dans le même sens : il ne remet pas en question la déchirure partielle du versant inférieur du tendon du sus-épineux (ou supra-épineux) à laquelle conclut le rapport d'IRM du 25 mai 2020; "à [ses] yeux, une rupture partielle du tendon du sus-épineux de sa face profonde est vraiment en rapport avec un accident contrairement à une lésion peut-être superficielle de ce tendon qui serait en rapport plutôt avec un conflit sous-acromial qui serait effectivement plutôt un cas maladie"; ledit chirurgien orthopédiste confirme en outre le lien de causalité naturelle entre l'accident et son intervention chirurgicale. Ce faisant, par ces deux rapports, le Dr F_____ paraît se rapprocher de la conclusion du radiologue quant à une "déchirure partielle du versant inférieur du tendon du supra-épineux non transfixiante", le muscle sus-épineux semblant correspondre à celui supra-épineux.

Au demeurant, on ne voit en l'état pas ce qui exclurait définitivement l'existence d'une douleur et d'une lésion à la fois au niveau du muscle sus-épineux et au niveau du tendon du biceps.

Enfin, c'est de manière justifiée que le Dr E_____ considère que l'original des images de l'opération du 18 juin 2020 auraient pu le cas échéant constituer un élément important pour l'appréciation de la situation concernant l'épaule gauche, y compris potentiellement relativement au rapport de causalité, mais l'impossibilité d'obtenir ces images ne découle pas d'un manque de collaboration de la part de l'assuré, mais du refus ou de l'impossibilité – en l'état inexpliqué et inexplicable – émanant du Dr F_____.

À cet égard, on ne peut accorder en l'état qu'une valeur probante très limitée aux phrases du courrier du Dr F_____ du 28 juillet 2022 à teneur desquelles il est tout à fait compréhensible que la SUVA ne prenne pas ce cas en charge "sous le régime accident" étant donné qu'il y avait des lésions maladives sous-jacentes

préalables que l'accident n'a fait que révéler, dans la mesure où, toujours d'après ce chirurgien orthopédiste, "les lésions accidentelles sont survenues dans le cadre d'un problème maladie sous-jacent étant donné qu'il présente une arthrose acromio-claviculaire qui favorise l'usure des tendons de la coiffe des rotateurs". En effet, ces phrases ont été écrite en contradiction avec ses rapports des 19 janvier et 7 décembre 2021, dans un contexte de refus de témoigner et de problème de remise d'images opératoires à la caisse et au patient, et alors que la dernière consultation auprès de ce chirurgien orthopédiste remonte à décembre 2021 (selon les déclarations de l'intéressé en audience).

À cela s'ajoute que l'existence d'une maladie dégénérative n'exclurait pas en soi, sans investigation plus approfondie, une prise en charge par l'assurance-accidents (prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent) lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (cf. art. 36 al. 1 LAA).

7.2.4 Dans ces conditions, la conclusion du médecin-conseil E_____ consistant en la négation d'un rapport de causalité entre l'accident du 14 janvier 2020 et une atteinte à l'épaule gauche de l'intéressé à compter du 18 juin 2020 ou du 5 novembre 2020, qui ne repose pour l'essentiel que sur des divergences – exposées ci-dessus – entre les constatations et conclusions du rapport après IRM du radiologue C_____ et celles du "rapport opératoire" du chirurgien orthopédiste F_____ ainsi que sur l'absence de remise des images opératoires originales, apparaît insuffisamment motivée et instruite.

7.3 Cette insuffisance de motivation et d'instruction apparaît également au regard de l'ensemble des autres circonstances afférentes au présent cas.

7.3.1 En particulier, les circonstances de l'accident en cause ainsi que des mois qui ont suivi n'apparaissent pas avoir été investiguées par le médecin-conseil, ni, partant, par la SUVA, alors même que, le 26 juin 2020, celui-là a estimé qu'il faudrait enquêter sur les circonstances exactes de l'accident, "chute contusion ?". Notamment, dans sa décision sur opposition, la caisse invoque, à l'appui de sa position, notamment le fait que l'assuré n'apparaît pas s'être plaint de son épaule gauche aux urgences le 14 janvier 2020 et que ce n'est que le 25 mai 2020 qu'une IRM de celle-ci a été réalisée.

7.3.2 Lors de l'audience, le recourant décrit le déroulement de son accident de la manière qui suit. Lorsqu'il est tombé le 14 janvier 2020 de l'échelle, il a d'abord essayé de s'accrocher sur des protections pour la poussière qui se trouvaient sur le vide, mais elles n'étaient pas suffisamment tenues au plafond pour son poids et elles ont cédé sous ce dernier. À la suite d'une chute d'environ 2 mètres, il est tombé sur la barrière métallique du couloir (barre en métal) sur le ventre et les côtes. S'agissant de ses douleurs, comme il avait touché la barrière avec le ventre, c'est à cet endroit-là qu'il avait le plus mal, mais il avait aussi des douleurs depuis les épaules jusqu'au bas du ventre, de même que derrière le dos. L'assuré a eu mal

aux épaules dans sa chute alors qu'il s'accrochait à la protection en plastique; ses épaules n'ont pas touché le sol. La chambre de céans relevant que les premiers rapports médicaux ne mentionnent pas de problèmes aux épaules, l'intéressé répond qu'après être tombé, il était conscient mais n'arrivait pas à parler parce que ses douleurs étaient trop fortes, et que le fait que la barre a touché son ventre lui a fait perdre la voix. Dès le 14 janvier 2020, le recourant avait des douleurs aux deux épaules et il avait besoin de son épouse pour mettre et enlever sa veste et ce jusqu'à environ le début de l'année 2021. Lorsqu'il dort, il a parfois aussi des douleurs au bras gauche. Dans les premières semaines qui ont suivi l'accident, il avait plus mal à l'épaule droite qu'à l'épaule gauche. Ainsi, il a d'abord subi une IRM pour l'épaule droite, mais le médecin lui a dit que le problème à cette épaule pourrait passer avec le temps. Finalement, dans un deuxième temps, il y a eu l'IRM à l'épaule gauche qui a montré un problème qui devait être opéré. Depuis l'accident, ses deux bras ont une amplitude limitée dans les mouvements dans toutes les directions, et l'assuré peut avec son bras droit porter jusqu'à 3 kg mais pas plus; son bras gauche est plus limité pour le port de poids et parfois, lorsqu'il prend une assiette avec le bras gauche, il a l'impression de ne plus avoir de force. L'opération du 18 juin 2020 a amélioré un peu la situation à son épaule gauche, étant précisé qu'avant cette opération il avait de la peine à monter son bras droit (pas au-delà de 30 degrés) et ne pouvait pas monter le bras gauche. Une année et demie après l'opération, l'intéressé a réussi à monter son bras gauche à peu près à 90 degrés (à la suite d'une amélioration progressive). S'il fait beaucoup d'efforts avec le bras gauche, il n'a plus de force au bras; ceci vaut, mais de manière moins problématique, pour son bras droit. Après l'accident, il a commencé avec deux séances de physiothérapie – par semaine –, mais cela lui faisait trop mal; il a donc continué avec une seule séance par semaine et ce jusqu'au jour de l'audience - le 1er novembre 2022 - à tout le moins. Lors de ces séances, les exercices physiques sont trop douloureux, de sorte que la physiothérapeute ne lui fait que des massages à l'épaule gauche. Par ailleurs, le recourant n'arrive pas à faire des "pompes" au sol, mais, si ses bras sont sur une table ou contre le mur, il arrive à en faire cinq.

Ces déclarations du recourant sont dans l'ensemble, pour les éléments les plus importants, confirmées par celles formulées par son épouse entendue à titre de renseignement lors de l'audience. Selon celle-ci, lorsqu'elle est venue voir son mari à l'hôpital le 14 janvier 2020, ce dernier lui a dit qu'il avait mal au ventre (il ne sentait pas le ventre) et dans les côtes de côté, et aussi dans les bras, qu'il n'arrivait pas à lever. Toujours d'après l'épouse, tant qu'il a pris des médicaments (en particulier cortisone), l'assuré n'avait pas mal, mais, petit à petit, lorsqu'on lui a enlevé progressivement les médicaments, il a eu de plus en plus de douleurs aux deux bras et au ventre; sur le lit, par rapport à son bras gauche, il pouvait dormir sur le dos seulement s'il avait son bras gauche étendu 45 degrés par rapport à lui ou sur le ventre et le bras pendant vers le sol à côté du lit, et ce jusqu'au jour de l'opération du 18 juin 2020. Après l'accident et jusqu'à l'opération du 18 juin 2020,

il ne pouvait pas prendre des objets même légers avec le bras gauche; avec le bras droit, il ne pouvait prendre que des objets légers tel qu'un pain; il pouvait lever le bras droit jusqu'à environ 80 degrés mais pas le bras gauche. À la suite de l'opération du 18 juin 2020, il y a eu "un léger mieux" par rapport à auparavant. Actuellement, l'intéressé peut dormir dans des positions normales, mais il bouge beaucoup car il a des douleurs une fois au bras droit, une fois au bras gauche; pour la prise d'objets, il y a une légère amélioration, mais il a beaucoup moins de force qu'avant l'accident; il arrive à prendre un pain avec le bras gauche mais pas d'objets lourds; avec le bras droit, il arrive à porter certains objets légers et un peu plus lourds, mais pour une durée limitée dans le temps par rapport à une situation normale; lorsqu'il fait de la vaisselle, il tient avec ses deux mains l'assiette mais doit rapidement la poser et arrêter de faire la vaisselle car il n'a plus de force; il arrive à lever les deux bras jusqu'à environ 80 degrés par rapport au corps mais pas plus. Après l'opération du 18 juin 2020 par le Dr F_____, il y a eu une opération le 24 ou 28 octobre 2020 à l'épaule gauche par le Dr J_____ (qui est le chirurgien orthopédiste de l'épouse); ce dernier a dit qu'il n'était pas normal qu'après l'opération du 18 juin 2020 son mari ne puisse pas lever le bras jusqu'en haut; il lui a alors enlevé une boule de graisse sous l'omoplate. Avant l'accident, le recourant n'a jamais eu de problème aux épaules.

Les déclarations reproduites ci-dessus de l'assuré et de son épouse sont globalement compatibles avec celles de celui-là telles que protocolées au procès-verbal de l'entretien du 11 juin 2020 avec un collaborateur de la SUVA. Concernant les deux épaules, l'intéressé y déclare ce qui suit. La douleur aux épaules est présente depuis l'accident, mais dans un premier temps elle a été atténuée par la prise des différents antidouleurs. C'est lorsqu'il a commencé à diminuer les doses (en raison des vertiges et des malaises) vers fin février 2020 qu'il a ressenti beaucoup plus de douleurs aux épaules (au début plus à celle de droite qu'à celle de gauche) et qu'il n'est pas parvenu à les utiliser. La physiothérapie a été trop douloureuse et une infiltration dans chaque épaule à fin mars 2020 ne l'a pas soulagé. Il ne parvenait pas à dormir (passant parfois trois nuits d'affilée sans dormir), ni à lever les bras. À la suite de l'IRM de l'épaule gauche du 25 mai 2020, le recourant a consulté le 10 juin 2020 le Dr F_____ qui lui a recommandé de se faire opérer au plus vite (déchirure). L'amplitude actuelle - au 11 juin 2020 - est de "40 %" pour l'épaule droite et de "0 %" pour l'épaule gauche. La médication consiste en du Dafalgan et un décontractant musculaire.

7.3.3 De surcroît, ressortent du rapport "intermédiaire" rempli le 10 septembre 2020 par le Dr D_____ les diagnostics de "déchirure sus épineux épaule [gauche]; rupture partielle bicipale" ainsi que de tendinite étirement épaule [droite]", un "mauvais" pronostic, s'agissant d'un "travailleur de force avec lésions aux 2 épaules", une réponse négative à la question de savoir s'il existe "des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales,

etc.)", de même qu'est prévu un traitement de réadaptation susceptible de durer plus de six mois.

7.3.4 De ce qui précède, notamment des déclarations du recourant et de son épouse dont rien ne permet de douter de la sincérité, découle en résumé ce qui suit. L'accident du 14 janvier 2020 en cause a été relativement impressionnant, et a, sur le moment même, surtout fait mal à l'abdomen de l'intéressé, mais aussi, d'une manière plus discrète dans un premier temps, aux deux épaules. Les douleurs à l'épaule gauche, au début plus faibles qu'à l'épaule droite, se sont, après quelques mois, révélées au premier plan. Concernant le bras droit, le recourant a eu, dans les mois qui ont suivi l'accident, de la difficulté à l'utiliser, ne pouvant, même actuellement, le monter que jusqu'à environ 90 degrés par rapport au corps, et réussissant à porter des objets jusqu'à 3 kg. En revanche, pour ce qui est du bras gauche, l'assuré ne pouvait, avant l'opération du 18 juin 2020, pas le monter, puis, depuis celle-ci, il a progressivement amélioré cette situation, parvenant à monter ce bras à 90 degrés par rapport au corps dès environ fin 2021-début 2022, et il ne peut pas porter autant que les 3 kg (contrairement au bras droit), ayant, après un certain temps s'il prend par exemple une assiette avec la main gauche, l'impression de ne plus avoir de force.

Dans ces conditions, il peut être compréhensible que, selon les déclarations du recourant en audience, celui-ci ne pense pas avoir de capacité de travail dans son activité habituelle de peintre et ignore s'il en aurait éventuellement une dans un autre domaine que la construction, et que lorsqu'il aide son épouse dans les tâches ménagères ou de cuisine, il a des difficultés ne serait-ce que pour tenir une casserole ou une poêle car il est obligé de les prendre avec les deux mains et, d'après son épouse, il se fatigue très vite.

7.4 Vu ce qui précède, ce n'est pas sur la base d'une instruction suffisante que le médecin-conseil de la SUVA et cette dernière ont retenu (au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante) une cessation d'effets de l'accident dès le 18 juin 2020, date de l'opération à l'épaule gauche, voire dès le 5 novembre 2020. Il est au surplus relevé qu'ils n'ont même pas examiné la problématique d'une éventuelle atteinte à l'épaule droite, malgré notamment le rapport après IRM de cette épaule du 27 février 2020, les rapports du Dr D_____ et l'entretien du 11 juin 2020.

Au regard de l'ensemble des éléments figurant au dossier, on ne peut en l'état aucunement exclure que des atteintes non seulement à l'épaule gauche mais aussi à l'épaule droite, ainsi qu'une incapacité de travail, totale ou partielle, et/ou des limitations fonctionnelles auraient perduré après le 17 juin 2020 et même au-delà du 4 novembre 2020, en lien de causalité avec l'accident du 14 janvier 2020, lequel lien ne peut pas non plus être exclu avec l'opération du 18 juin 2020. Il est en l'état impossible de trancher la question de savoir si *statu quo ante* ou statu quo aurait été atteint et, si oui, à quelle date.

Ne peut pas non plus être exclue, le cas échéant et suivant les circonstances, l'existence d'une éventuelle lésion – "assimilée" – au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, que ce soit une déchirure de tendon (let. f) comme évoqué par le recourant ou un autre type de lésion au sens de cet alinéa.

7.5 Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimée s'étant contentée jusqu'à présent de recevoir des rapports des médecins traitants et d'en critiquer les conclusions via son médecin-conseil et ayant ainsi laissé l'évolution médicale très peu instruite, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale du recourant ainsi que de son évolution et de ses effets en matière de capacité de travail, puis nouvelle décision.

Cette instruction complémentaire prendra en compte le cas échéant l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue et comprendra à tout le moins une expertise au plan orthopédique, de même que la demande des pièces du dossier de prise en charge par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur (GROUPE MUTUEL) qui a servi à l'intéressé des indemnités journalières correspondant à 100 % d'incapacité de travail jusqu'à octobre ou novembre 2022 (selon les déclarations de sa mandataire en audience), la demande des pièces du dossier instruit par l'AI, et des questions – plus précises que jusqu'à présent – à poser notamment aux Drs D_____, J_____, K_____, voire aussi G_____ et F_____.

8. En définitive, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

9. Le recourant obtenant en majeure partie gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 partiellement.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 27 août 2021 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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