RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3646/2021 **ATAS/384/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourant

représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, soit pour elle Mme B_____, mandataire

contre

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

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

EN FAIT

A. **a.** Le 26 mars 2019, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1977, marié et père de deux enfants nés en 2000 et 2009, a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part du C_____(ci-après: l'employeur), sis dans le canton de Genève, auprès duquel il travaillait depuis le 6 janvier 2014 pour une durée indéterminée, en qualité de mécanicien sur automobiles, avec un taux d'occupation contractuel de 100% (42h30 par semaine).

La date du sinistre indiquée était le 20 mars 2019, et les faits étaient décrits comme suit : "[L'assuré] a trébuché et a tapé son épaule gauche contre la machine à pneu – Depuis, [il] se plaint de forte douleur qui nécessite des examens (IRM…)". La lésion consistait en une contusion à l'épaule gauche.

b. Depuis le 25 mars 2019, des certificats d'incapacité de travail à 100% pour accident ont été régulièrement établis et des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'intéressé, par l'Hôpital de La Tour.

c. Selon une "déclaration de sinistre LAA" remplie le 16 avril 2019, l'assuré, après une reprise du travail le 1er avril 2019 à 50%, a subi une rechute le 11 avril 2019. Il avait en effet trébuché et tapé son épaule gauche contre la machine à pneu, ce qui avait entraîné une "torsion/foulure" à l'épaule gauche.

d. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, 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, par lettre du 29 mars 2019, indiqué prendre en charge les suites de l'accident du 20 mars 2019, par les frais de traitement et des indemnités journalières, et a instruit le cas, recevant notamment des avis médicaux de même que des appels téléphoniques de l'assuré les 29 mai, 14 août, 14 octobre 2019.

e. L'intéressé a fait l'objet d'une IRM du 1er mai 2019 effectuée par le docteur D_____, radiologue FMH auprès de l'Hôpital de La Tour, qui a conclu à une "fracture non déplacée de la partie antérieure du tubercule majeur de l'humérus", une "petite tendinopathie post-traumatique à l'enthèse du tendon supra-épineux", une "bursite sous-acromio-deltoïdienne probablement également post-traumatique", des "lésions dégénératives légères acromio-claviculaires" et une "bonne trophicité musculaire", ainsi que de deux rapports du 4 juin 2019 et de rapports du 23 septembre 2019 de la doctoresse E_____, médecin interne au sein du même hôpital, et d'un rapport du 15 août 2019 de la doctoresse F_____ dudit hôpital.

Le 29 juillet 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail était justifiée au vu de l'évolution

qui n'était pas favorable, une récupération étant néanmoins attendue à terme compte tenu du type de lésion.

Une arhro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 18 septembre 2019 par le docteur H_____, radiologue FMH, avec rapport établi le même jour.

Le 25 septembre 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'incapacité de travail était toujours justifiée.

f. Par courrier du 1er octobre 2019 faisant suite à un précédent pli du 11 septembre 2019 mentionnant ne pas encore pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance-accidents après la nouvelle incapacité de travail de 100% attestée à compter du 5 septembre 2019, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle pouvait à nouveau lui allouer les prestations.

Le 29 octobre 2019 a eu lieu un entretien entre l'assuré et une gestionnaire de son cas auprès de la SUVA.

g. Le même jour, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente.

h. Dès l'automne 2019 à tout le moins, l'intéressé a été suivi, avec entre autres des infiltrations, par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'Hôpital de La Tour, pour "les suites d'une fracture du trochiter de l'épaule droite (recte: gauche), survenue en mars 2019", en particulier une "bursite sous-acromio-claviculaire au niveau de l'épaule gauche, associée à une minime lésion du tendon supra-épineux" et avec développement d'"une capsulite post-traumatique". Cette spécialiste a établi des certificats d'incapacité totale de travail à partir du 15 novembre 2019, de même que des rapports les 15 novembre, 24 et 27 décembre 2019, et a reçu un rapport du docteur K_____ faisant suite à une échographie de l'épaule gauche du 29 novembre 2019.

i. Le 13 janvier 2020, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu un conflit sous-acromial antérieur et proposé une arthroscopie opératoire, une acromioplastie et une tubéroplastie.

Le 16 janvier 2020, le Dr I_____ n'a pas formulé d'objection à l'encontre de cette opération, relevant, relativement au dommage causé par l'accident du 20 mars 2019, un "état antérieur mais aggravation déterminante", et la SUVA a, par pli du même jour adressé au Dr L_____, accepté ladite intervention chirurgicale.

Cette opération a été effectuée le 31 janvier par le Dr L_____, selon rapport opératoire du même jour et lettre de sortie du 13 février 2020 indiquant une sortie de l'hospitalisation le 2 février précédent.

Le 21 février 2020, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a établi un rapport concernant le traitement.

Le 5 mars 2020, le Dr L_____ a prévu une reprise de travail d'ici deux à quatre mois, et a attesté, à plusieurs reprises, des incapacités totales de travail depuis le 30 janvier 2020 et jusqu'au 27 septembre 2021, en parallèle à des séances de physiothérapie prescrite par la Dresse J_____ puis, à tout le moins dès début 2020, par le Dr L_____. Dans les bons de physiothérapie (pour neuf séances) remplis par ce dernier, à tout le moins jusqu'au 23 août 2021, était énoncé sous diagnostic: "s/p fracture de la grande tubérosité humérus gauche, constitution d'un cal vicieux avec conflit sous-acromial épaule gauche", puis, dès le 24 août 2020, aussi: "on est à 7 mois, persistance de douleurs en antépulsion et abduction".

Des entretiens téléphoniques ont eu lieu les 25 et 30 mars 2020 entre l'intéressé et la gestionnaire du cas au sein de la caisse, dont il ressort notamment que celui-là a été licencié le 31 janvier 2020 par l'employeur avec effet au 30 avril 2020.

Une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 1er septembre 2020 et a fait l'objet d'un rapport le lendemain par le docteur N_____, radiologue.

j. Du 4 novembre au 1er décembre 2020, l'assuré a été hospitalisé auprès de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: CRR), qui a établi divers documents, dont, notamment, un avis de sortie du 1er décembre 2020, un rapport de consultation orthopédique du 10 novembre 2020, un rapport circonstancié du 18 décembre 2020, des rapports relatifs à des ateliers professionnels, un rapport relatif à un ultrason de l'épaule gauche du 13 novembre 2020, un rapport de l'Hôpital du Valais à la suite d'une radiographie de l'épaule gauche le 6 novembre 2020.

Selon le rapport du 18 décembre 2020 des médecins de la CRR, le diagnostic, en lien avec l'événement du 20 mars 2019, était un traumatisme de l'épaule gauche avec, premièrement, une fracture non déplacée de la partie antérieure du trochiter et tendinopathie du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne (IRM du 1er mai 2019), deuxièmement, un cal vicieux de la fracture du trochiter avec conflit sous-acromial (septembre 2019). Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient énoncées: port de charges supérieures à 10-15 kg, ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg, travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche, positions prolongées avec ledit membre en porte-à-faux. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée, après qu'il ait notamment constaté qu'une nouvelle infiltration sous-acromiale échoguidée le 13 novembre 2020 se soit avérée sans effet sur les douleurs. Il y avait une incapacité totale de travail du 2 décembre 2020 au 3 janvier 2021.

k. Le 6 janvier 2021, le Dr I_____ a répondu à des questions de la gestionnaire du cas.

l. Des entretiens téléphoniques se sont tenus les 19 et 20 janvier, 22 février, 5 et 11 mars, 16 juin, 23 août, 22 septembre 2021 entre l'intéressé et la gestionnaire du cas au sein de la SUVA.

m. Par ailleurs, à teneur d'un rapport du 19 janvier 2021 du Dr L_____, un reclassement professionnel était proposé. Les consultations auprès de lui avaient lieu environ toutes les quatre à six semaines. Devrait demeurer un "petit handicap, irritation épaule gauche lors d'activités overhead de l'épaule gauche". Une reprise de travail à 100% dans un travail adapté pourrait avoir lieu dès maintenant.

Selon un rapport du docteur O_____, neurologue FMH, adressé le 23 février 2021 au Dr M_____, l'examen électromyographique réalisé le même jour révélait des neurographies pour le nerf radial, médian et cubital gauche dans les limites de la norme.

n. Le 1er février 2021, le Dr I_____ s'est déclaré d'accord pour envisager un examen de la stabilisation du cas, exigibilité, atteinte à l'intégrité en mars 2021.

À la suite d'un examen final, y compris clinique, réalisé le 3 mars 2021, ledit médecin d'arrondissement a, le 4 mars 2021, établi un rapport, posant les diagnostics de fracture peu déplacée de la petite tubérosité gauche sur tendinopathie préalable du supra-épineux ainsi que de status post-arthroscopie le 31 janvier 2020, reprenant les limitations fonctionnelles énoncées par la CRR, retenant une stabilisation de l'état de santé de l'assuré de même qu'une exigibilité au travail de 100% sans perte de rendement dans une activité adaptée (respectant les limitations fonctionnelles).

Dans une estimation établie le même 4 mars 2021 et confirmée le 29 juillet 2021, le Dr I_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'intéressé à 10%.

o. Par courrier adressé le 19 mars 2021 à l'assuré, la caisse a repris certains éléments émanant de ces derniers avis du médecin d'arrondissement, y compris les limitations fonctionnelles retenues par ledit médecin et la CRR.

p. D'après un rapport du 15 avril 2021, le docteur P_____, radiologue FMH, a réalisé le même jour une IRM de la colonne cervicale.

q. Le 10 août 2021, la SUVA a effectué un résumé du cas ainsi qu'un calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), et a conclu à une absence d'invalidité.

r. Par décision du même 10 août 2021, la caisse a écarté le droit éventuel de l'intéressé à une rente d'invalidité mais lui a reconnu une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) de 10%, soit CHF 14'820.-.

s. Par opposition du 3 septembre 2021, l'assuré a sollicité de la SUVA une réévaluation de sa décision précitée.

t. Entretemps, selon un rapport du 2 septembre 2021, le Dr P_____ a réalisé le même jour une "infiltration articulaire postérieure et extraforaminale C5-C6, C6-C7 gauche sous CT et Rx".

u. Par décision sur opposition rendue le 23 septembre 2021, la SUVA a rejeté ladite opposition et a confirmé sa décision – initiale – du 10 août 2021.

B. **a.** Par acte daté du 24 octobre 2021 et expédié le lendemain, l'assuré, désormais représenté par une association de défense des assurés, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant à l'annulation de cette dernière et, cela fait, à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents, à savoir des indemnités journalières jusqu'à la stabilisation de son cas puis une rente d'invalidité, et sollicitant subsidiairement une expertise médicale en orthopédie et neurologie.

b. Par réponse du 16 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, joignant en outre un avis du 25 novembre 2021 du docteur Q_____, neurologue FMH et médecin-conseil de la caisse, selon lequel une atteinte neurologique n'était pas avérée en l'état.

c. Par réplique du 21 février 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours et a produit un rapport du service de radiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) du 19 janvier 2022 relatif à un scanner de l'épaule gauche réalisé le même jour.

d. Le 17 mars 2022, la SUVA a transmis à la chambre de céans une "appréciation médicale" du 16 décembre 2021 du Dr I_____ qu'elle avait omis de produire avec sa précédente écriture, étant précisé que ce document avait été signé électroniquement le 3 janvier 2022. Ce médecin d'arrondissement s'y prononçait sur la question d'éventuels problématiques cervicales.

e. Le 1er juin 2022, le recourant a à nouveau persisté dans les conclusions de son recours, produisant en outre une "lettre de sortie des soins aigus" rédigée le 23 mai 2022 par le professeur R_____, médecin-chef de service, et le docteur S_____, médecin adjoint agrégé, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, faisant état du diagnostic de ténosynovite du long chef du biceps, d'une arthroscopie de l'épaule gauche ainsi que d'un arrêt de travail à 100% du 23 mai au 3 juillet 2022, rapport auquel étaient jointes des copies de radiographies.

f. Le 12 août 2022, l'intimée s'est déterminée et a confirmé sa conclusion de rejet du recours, ce sur la base notamment d'une "appréciation médicale" signée électroniquement le 15 juillet 2022 par le Dr I_____ qui se prononçait en particulier sur la "lettre de sortie des soins aigus" du 23 mai 2022 précitée et qui citait notamment des comptes rendus de consultations des 10 mars et 5 avril 2022.

g. Par écriture du 28 septembre 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours, critiquant notamment l'appréciation du Dr I_____ et produisant des lettres que la SUVA lui avait adressées les 22 juin et 4 juillet 2022, faisant état d'une rechute annoncée par l'assuré et reconnaissant à ce dernier le droit à des indemnités journalières dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt le 23 mai 2022.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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

4.

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

Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

4.2 Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

En vertu de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (al. 1). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (al. 2).

Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI; al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

4.3 L'art. 19 LAA dispose que le droit à la rente prend naissance 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi, du point de vue temporel, le droit aux prestations temporaires que sont les indemnités journalières et la prise en charge du traitement d'une part, et le droit à la rente – et à l'IPAI (art. 24 al. 2 LAA) – d'autre part (arrêts du Tribunal fédéral 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2), la suspension des prestations provisoires (indemnités journalières et prise en charge du traitement) et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et à l'IPAI étant des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à

l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4.4 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), y compris les conséquences indirectes (ATF 148 V 356 consid. 3 et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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).

4.5 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents

d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

4.6 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).

4.7 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).

4.7.1 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).

4.7.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par

conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.8

4.8.1 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).

4.8.2 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).

4.8.3 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).

4.8.4 Au surplus, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

5.

5.1 En l'espèce, il convient, au préalable, de déterminer l'objet du litige.

Seuls sont litigieux ici, au regard du recours et des écritures subséquentes du recourant, les questions de la stabilisation ou non de son état de santé (cf. art. 19 al. 1 LAA) et, en cas de réponse positive, de son taux d'invalidité en lien à son éventuel droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 LAA).

Ainsi, au vu de la délimitation temporelle entre d'une part le droit au traitement médical et aux indemnités journalières et d'autre part le droit à la rente et à l'IPAI, ainsi que des conclusions du recours, il y aura lieu d'examiner si et quand le cas du recourant a été stabilisé et, si la position de l'intimée sur ce point est confirmée, de se prononcer sur les conclusions de l'assuré relatives à un taux d'invalidité

donnant droit à une rente, le taux et le montant de l'IPAI retenus par l'intimée n'étant quant à eux pas contestés par le recourant.

5.2 Concernant la première question à résoudre, à savoir celle de savoir si l'intimée, dans sa décision - initiale - du 10 août 2021 confirmée par décision sur opposition du 23 septembre 2021, a à juste titre ou non retenu qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré selon l'art. 19 al. 1 LAA (stabilisation), ces décisions n'indiquent pas expressément le *dies a quo* de cette stabilisation. Toutefois, dans son rapport du 16 décembre 2021 signé électroniquement le 3 janvier 2022, le Dr I_____ a écrit que "le cas de [l'intéressé était] stabilisé depuis juin 2021". Il ressort en outre du "résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente" établi le 10 août 2021 par la caisse (mentionnant un "bouclement au 30.06.2021") ainsi que du contenu du recours que celle-là a arrêté le versement des indemnités journalières au 30 juin 2021, ce à la suite du rapport de son médecin d'arrondissement (le Dr I_____) le 4 mars 2021. La position de la caisse est donc que le cas était stabilisé après le 30 juin 2021, soit depuis le 1er juillet 2021.

Il est par ailleurs incontestable que d'éventuelles mesures de réadaptation de l'AI au sens du même art. 19 al. 1 LAA, qui n'auraient le cas échéant été que celles mises en œuvre lors du séjour à la CRR entre le 4 novembre et le 1er décembre 2020, avaient en tout état de cause été alors menées à terme.

5.3 Lorsque le Dr I_____ a examiné le 3 mars 2021 le dossier ainsi que l'assuré (cf. rapport du lendemain), une stabilisation de l'état de santé de celui-ci à cette date et au 30 juin 2021 découlait non seulement des constatations et conclusions du médecin d'arrondissement à la suite de l'examen clinique dudit 3 mars 2021, mais aussi de celles de la CRR, qui attendait dans son rapport du 18 décembre 2020 une stabilisation médicale dans un délai de trois mois, donc d'ici à fin mars 2021 tout au plus, et ne proposait aucune nouvelle intervention chirurgicale, de même que du Dr L_____, alors chirurgien orthopédiste traitant, selon son rapport du 19 janvier 2021.

Par ailleurs, les traitements touchant précisément l'épaule gauche dont l'intéressé a fait état dans son recours, à savoir des infiltrations effectuées par la Dresse J_____ et une arthroscopie opératoire, une acromioplastie et une tubéroplastie réalisée par le Dr L_____, avaient été terminés bien avant le 3 mars 2021.

Enfin, selon un rapport du Dr O_____, neurologue FMH, du 23 février 2021 cité dans le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 4 mars 2021, l'examen électromyographique réalisé le même 23 février 2021 révélait des neurographies pour le nerf radial, médian et cubital gauche dans les limites de la norme; en particulier, il n'y avait "pas de signes en faveur d'une neuropathie du nerf médian, cubital ni radial gauches ni de signes en faveur d'une radiculopathie

lésionnelle dans les muscles examinés dépendant des myotomes C4-C5-C6-C7-C8 à gauche".

Ainsi, au 3 mars 2021, une stabilisation de l'état de santé de l'assuré pouvait être prévue pour une date relativement proche, de même que pouvait en principe être retenue, vu le rapport du Dr L_____ du 19 janvier 2021, une reprise à 100% dans un travail adapté.

À cette même date, les diagnostics pouvant être retenus étaient les suivants: premièrement, une fracture non déplacée de la partie antérieure du trochiter et tendinopathie du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltoïdienne selon la CRR ou "de la grande tubérosité humérus gauche" d'après Dr L_____ – fracture peu déplacée de la petite tubérosité gauche sur tendinopathie préalable du supra-épineux (selon le Dr I_____); deuxièmement, un cal vicieux de la fracture du trochiter avec conflit sous-acromial de l'épaule gauche d'après la CRR et le Dr L_____, non expressément retenu par le médecin d'arrondissement de la SUVA qui a seulement mentionné comme second diagnostic un status post-arthroscopie le 31 janvier 2020.

5.4 Cela étant, il convient ci-après d'examiner les autres éléments de fait du dossier, pour la plupart postérieurs au 3 mars 2021, ci-après.

Malgré la normalité de l'examen électromyographique du 23 février 2021, le Dr O_____ a écrit à la fin de ce rapport (du 23 février 2021) ne pas pouvoir exclure "l'éventualité remote d'une atteinte sensitive pré-ganglionnaire donc radiculaire cervicale", raison pour laquelle il proposait de demander une résonnance magnétique cervicale pour s'assurer qu'il n'y ait pas de compression à ce niveau-là.

C'est manifestement à la suite de ce questionnement du Dr O_____ que le Dr P_____, radiologue FMH - au sein du même centre médical que lui -, a réalisé le 15 avril 2021 une IRM cervicale. Dans son rapport du même jour, ce radiologue a mentionné, comme "indications", des "douleurs cervicales irradiant vers l'épaule gauche et l'hémithorax gauche"; dans les "résultats", il a constaté: "Rectitude de la lordose cervicale avec pincement discal débutant en C4-C5, C5-C6 et discopathie circonférentielle à ces deux étages. Intégrité morphologique et du signal de la moelle, analysée jusqu'en D4. Les débords discaux sont circonférentiels harmonieux à l'étage C4-C5, C5-C6 avec absence d'uncarthrose significative. Pas de saillie foraminale discale significative. Absence d'anomalie atloïdo-axoïdienne. Pas de surcharge sous-chondrale articulaire postérieure décelée"; il a conclu à une "rectitude de la lordose cervicale avec pincement discal débutant en C4-C5, C5-C6 et débords discaux circonférentiels harmonieux à ces deux étages prédominant en C5-C6".

Un peu moins de cinq mois plus tard, selon un rapport du 2 septembre 2021, le Dr P_____ a réalisé le même jour une "infiltration articulaire postérieure et extraforaminale C5-C6, C6-C7 gauche sous CT et Rx"; il a énoncé, sous

"indication": "Antécédent opératoire de l'épaule gauche, avec scapulalgie résiduelle et douleur brachiale. Cervicarthrose avec discopathie C4-C5, C5-C6. Irradiation brachiale évoquant une pathologie cervicale mal systématisée (C5?). Scapulalgie postérieure gauche principale et cervicalgies plus modeste. Chiffre EVA défini en pré procédure à" (sic); concernant les résultats de cette infiltration, il y avait un "bloc de la douleur positif pour ses douleurs pectorales gauches et brachiales ainsi que cervicale basse" et un "bloc de la douleur négatif pour ses scapulalgies postérieures irradiant jusqu'au niveau angulaire de l'omoplate".

Ces deux rapports du Dr P_____ n'apparaissent pas avoir été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA ni pris en compte par cette dernière avant le prononcé de la décision sur opposition querellée.

Dans son recours, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir instruit l'atteinte à la santé mise en lumière par le Dr P_____ et a écrit qu'il était prévu qu'il subisse de nouveaux examens dans le courant du mois de novembre 2021, ajoutant être toujours en incapacité totale de travail.

Les rapports du Dr P_____ ont été analysés dans la réponse de l'intimée. Toutefois, cette analyse de la caisse paraît n'avoir porté que sur l'aspect neurologique, sur la base d'un avis du 25 novembre 2021 du Dr Q_____, son médecin-conseil neurologue qui a pour l'essentiel résumé la procédure et les rapports des Drs O_____ et P_____ et a conclu qu'une atteinte neurologique n'était pas avérée en l'état et que, ni sur le plan de l'anamnèse ni sur celui des examens cliniques et complémentaires, un lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 20 mars 2019 n'était établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Avec sa réplique du 21 février 2022, le recourant a produit un rapport du service de radiologie des HUG du 19 janvier 2022 relatif à un scanner de l'épaule gauche réalisé le même jour, qui concluait à des "stigmates de réinsertion tendineuse sous-scapulaire et probable ténodèse du long biceps : à corréler aux antécédents du patient", à un "doute sur un déplacement des vis résorbables tel que décrit, avec remaniement du trochiter, susceptible de générer un conflit tendineux", ainsi qu'à une "omarthrose débutante classé A2 selon Walsh".

Dans son rapport du 16 décembre 2021 signé électroniquement le 3 janvier 2022, le Dr I_____ a, concernant les deux rapports du Dr P_____ précités, "[rappelé] que les hernies discales, qu'elles soient cervicales ou lombaires, ne [pouvaient] pas avoir été créées par un mécanisme d'hyperflexion/rotation, de plus sans apparition immédiate ou dans un délai très court d'une symptomatologie de la colonne cervicale, avec névralgies cervico-brachiales", ce qui n'avait jamais été décrit dans le cas de l'assuré, en particulier pas durant son séjour stationnaire spécialisé auprès de la CRR; par ailleurs, toujours d'après le médecin d'arrondissement de la caisse, l'électromyogramme n'avait révélé aucune compression foraminale ou sur le fourreau dural ou des formations durales, ce qui

contribuait à affirmer l'inexistence d'une compression neurologique créée par un quelconque événement ; "événement d'ailleurs sur le plan biomécanique ne [correspondait] pas à la possibilité de création de toute atteinte anatomique cervicale, en vraisemblance prépondérante"; "de fait, le cas de [l'intéressé était] stabilisé depuis juin 2021. En effet, les discopathies cervicales débutantes en C4-C5 et C5-C6 [n'avaient] aucune influence sur la capacité de travail établie. C'est pourquoi les derniers documents versés au dossier ne [changeaient] pas [ses] considérations concernant l'estimation de l'atteinte à l'intégrité établie le 04.02.2021".

Le 1er juin 2022, le recourant a présenté une "lettre de sortie des soins aigus" rédigée le 23 mai 2022 par les Pr R_____ et le Dr S_____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, faisant état d'une arthroscopie (opération chirurgicale) de l'épaule gauche, du diagnostic de ténosynovite du long chef du biceps, dont la bonne évolution avait permis le retour à domicile de l'intéressé, ainsi que d'un arrêt de travail à 100% du 23 mai au 3 juillet 2022, rapport auquel étaient jointes des copies de radiographies.

Le 12 août 2022, l'intimée s'est déterminée et a confirmé sa conclusion de rejet du recours, ce sur la base notamment d'une "appréciation médicale" signée électroniquement le 15 juillet 2022 par le Dr I_____ qui se prononçait en particulier sur la "lettre de sortie des soins aigus" du 23 mai 2022 précitée et qui citait notamment des comptes rendus de consultations des 10 mars et 5 avril 2022 du Dr S_____, qu'il citait entièrement.

Selon le rapport de consultation du Dr S_____ du 10 mars 2022, le patient présentait une persistance des douleurs au niveau de son épaule gauche, principalement en latéral, avec des irradiations antérieures et postérieures; à l'anamnèse, il cotait ses douleurs latérales à 6/10 avec une fonction de son épaule évaluée à 50% d'une épaule normale; une antalgie était prescrite; le bilan radiologique standard à disposition retrouvait une morphologie de l'humérus proximal restitué, et un scanner effectué en début d'année - celui du 19 janvier 2022 - retrouvait également de minimes excroissances osseuses sur la zone de réinsertion de coiffe; le Dr S_____ proposait de "compléter le bilan par une IRM à la recherche d'une guérison partielle tendineuse dont la clinique [était] évocatrice ce jour". À teneur du rapport du 5 avril 2022 de ce spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, "l'examen [retrouvait] des signes d'atteinte bicipale avec en particulier une délamination intra-tendineuse associée à une subluxation au niveau de la gouttière"; "[concernant] la réparation de coiffe préalable, elle [était] en situation anatomique avec cependant des artefacts liés au matériel qui ne [permettaient] pas une appréciation complète du degré de guérison"; il y avait une incertitude concernant la guérison complète de la coiffe, de même que concernant "une arthroscopie d'épaule avec ténodèse du long chef du biceps" qui était indiquée en vue d'une guérison complète.

Dans son "appréciation médicale" signée électroniquement le 15 juillet 2022, le Dr I_____, se référant au rapport du Dr S_____ du 5 avril 2022, lequel faisait suite à une IRM du même jour, a, compte tenu de la composante douloureuse liée à la pathologie bicipitale, parlé également d'une incertitude concernant la guérison complète de la coiffe. En fin de ce rapport et relativement à l'arthroscopie de l'épaule gauche réalisée aux HUG le 23 mai 2022, le médecin d'arrondissement de l'intimée a écrit: "L'intervention survient plus d'une année et 2 mois après l'examen clinique final que nous avions réalisé. Rien, sur le plan assécurologique, ne nous permet de nous écarter de la stabilisation, ce qui n'empêche pas que, compte tenu de l'évolution des douleurs, il y a eu ce que le Dr S_____ a interprété comme une dégradation ultérieure de la coiffe et en particulier du tendon du biceps avec une inflammation, ce qui peut être pris en charge, une fois le diagnostic posé par le Dr S_____, dans le cadre d'une rechute. Si bien que l'opération chirurgicale était justifiée par rapport à ces nouveaux éléments et ce nouveau diagnostic avec, pour les suites, les précautions sur l'attente de résultat, tel que l'avait émis le Dr S_____. Il n'y a pas de d'explication claire à la dégradation de ce tendon, comme nous l'avons expliqué précédemment nous ne sommes d'ailleurs pas profondément convaincus de cette dégradation objective compte tenu du diagnostic préopératoire retenu par le Dr S_____ et de ses constatations relatées dans le cro (NDR: compte rendu d'opération), au final simple inflammation du tendon du biceps ? Geste chirurgical purement prospectif, certes classique ? Les suites opératoires sur les résultats de cette intervention nous permettront d'en juger. En revanche, ce qui est clair c'est qu'au moment où l'assuré a été vu, pendant ce laps de temps, les explorations et les examens concluaient à une stabilisation après le séjour à la CRR puis après notre examen".

Par écriture du 28 septembre 2022, le recourant a critiqué cette appréciation du Dr I_____, qui était selon lui confuse et constituait "une addition d'hypothèses sans fondement", et a produit des lettres que la SUVA lui avait adressées les 22 juin et 4 juillet 2022, faisant état d'une rechute annoncée par l'assuré et reconnaissant à ce dernier le droit à des indemnités journalières dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt le 23 mai 2022. Il a de plus précisé qu'il avait subi l'opération du 23 mai 2022 non à titre prospectif mais parce qu'il avait une mobilisation de l'épaule gauche limitée.

5.5 De ces éléments de fait, en particulier médicaux, postérieurs au 3 mars 2021, il y a lieu de relever ce qui suit concernant la question d'une éventuelle stabilisation.

5.5.1 Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (143 V 148 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral

8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1), pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 du 2 juin 2022 consid. 4.1 et U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 RKUV 2005 Nr. U 557 p. 388). Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être importante (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 précité consid. 4.1 et 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 5.2 s., in SVR 2020 UV n° 24 p. 95). Ainsi, l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références) et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_219/2022 précité consid. 4.1 et 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1).

Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (examen prospectif), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4, 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3 et 8C_651/2016 du 15 décembre 2016 consid. 4.1; ATAS/716/2022 du 18 août 2022 consid. 7; ATAS/316/2022 du 5 avril 2022 consid. 7.3), en l'occurrence au 30 juin 2021.

5.5.2 Dans le cas présent, a été craint, comme simple éventualité, le 23 février 2021 par le neurologue O_____ une atteinte au niveau cervical, laquelle pourrait avoir été en partie confirmée le 15 avril 2021 par le radiologue P_____, qui évoque un pincement discal débutant en C4-C5, C5-C6 dans le cadre d'un rachis cervical pour le reste normal.

Certes, il n'est pas exclu que l'infiltration effectuée le 2 septembre 2021 par le Dr P_____ ait amené une éventuelle amélioration de l'état de santé du patient en particulier au plan cervical, mais le dossier ne contient aucun élément à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, au 30 juin 2021, moment déterminant pour examiner à titre prospectif si pouvait être attendue de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA), y compris une augmentation de sa capacité de travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 précité consid. 4.3), la seule évocation (le 15 avril 2021) d'un pincement discal débutant en C4-C5, C5-C6 dans le cadre d'un rachis cervical n'était pas suffisante pour mettre en doute la stabilisation du cas retenue le 4 mars 2021 par le médecin d'arrondissement de la SUVA sur la base de son examen de la veille, ni même – au demeurant – pour déduire qu'une infiltration serait utile ou nécessaire en début septembre 2021. Une éventuelle expertise médicale judiciaire ne serait

aucunement susceptible de remettre en cause l'admission d'une stabilisation après le 30 juin 2021.

5.5.3 C'est donc conformément au droit que l'intimée a mis fin au 30 juin 2021 au versement des indemnités journalières – et au remboursement des frais de traitement – et a fixé, avec effet à partir du lendemain 1er juillet 2021, l'éventuel droit à une rente d'invalidité et à une IPAI.

5.6 Il convient donc d'examiner la question litigieuse restante, à savoir celle de l'éventuel droit à une rente d'invalidité.

5.6.1 En vertu de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (al. 1). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (al. 2).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi

obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne "total secteur privé" lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de

la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

5.6.2 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).

Est dès lors déterminant ici pour trancher la question du droit éventuel à une rente d'invalidité l'état de fait au moment du prononcé de la décision sur opposition querellée le 23 septembre 2021.

Il est précisé que le second rapport du Dr P_____, du 2 septembre 2021, semble n'avoir été reçu par la SUVA que le 23 septembre 2021, jour du prononcé de sa décision sur opposition, ce qui pourrait expliquer qu'elle ne l'a pas mentionné dans cette décision sur opposition. Rien ne permet néanmoins d'écarter ce rapport médical de l'état de fait présentement pertinent.

Pour le reste, il est rappelé que tout effet incapacitant et invalidant d'une atteinte à la santé suppose en droit de l'assurance-accidents un lien de causalité naturelle – et adéquate – avec l'accident en cause, ici celui du 20 mars 2019.

5.6.3 Dans sa décision – initiale – du 10 août 2021, confirmée par sa décision sur opposition attaquée, la caisse a, sur la base d'un un résumé du cas ainsi que d'un calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de l'ESS, effectué une comparaison des revenu avec pour année de référence 2021, année de naissance du droit éventuel à une rente, et a retenu un revenu sans invalidité ("gain de valide") de CHF 62'972.- sur la base du salaire brut mensuel indiqué par l'employeur dans la "déclaration de sinistre LAA" de CHF 4'844.- multiplié par 13 mais sans indexer ce salaire jusqu'à 2021, et un revenu avec invalidité ("gain d'invalide") de CHF 69'268.- en partant de l'ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level ("secteur privé, Suisse", publié le 21 avril 2020 par l'OFS et accessible par internet (https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.12488213.html), plus précisément du salaire mensuel (pour 40 heures par semaine) pour les hommes sous "total" pour le niveau de compétence 1 (tâches physiques et manuelles simples), c'est-à-dire CHF 5'417.-, qu'elle a annualisé à CHF 65'004.- après l'avoir multiplié par 12, puis augmenté à CHF 67'766.67 pour tenir compte de l'"horaire hebdomadaire normal de travail dans la branche économique" de 41,7 heures, indexé ensuite jusqu'en 2021, d'où une absence complète de perte de gain – taux d'invalidité – susceptible de donner droit à une rente d'invalidité.

Le recourant ne conteste en tant que tels pas ces montants, si ce n'est que, selon lui, le fait qu'il pourrait obtenir sur la base des calculs de l'intimée un meilleur salaire avec son invalidité que lorsqu'il était en bonne santé conduit à de sérieux doutes quant à la pertinence du salaire effectif pour effectuer la comparaison des revenus. Il reproche principalement, de manière implicite, à la SUVA de ne pas avoir tenu compte d'un abattement par rapport à son revenu d'invalide malgré ses limitations fonctionnelles reconnues par la CRR puis le Dr I_____.

La pertinence et le bien-fondé de ces griefs de l'intéressé peuvent demeurer indécis, pour les motifs qui suivent.

5.6.4 À la lecture du rapport du Dr P_____ du 2 septembre 2021 – soit un peu moins de cinq mois après celui du 15 avril 2021 –, il est fait état d'une part d'une scapulalgie résiduelle, soit des douleurs à la scapula – ou omoplate –, d'autre part d'une cervicarthrose avec discopathie C4-C5, C5-C6; une "irradiation brachiale évoquant une pathologie cervicale mal systématisée (C5?)", donc au niveau du bras (muscle brachial), est en outre évoquée.

Ces rapports révèlent ainsi, de manière très brève et non précise, des problèmes, sous forme notamment de douleurs, dans trois parties du corps autour de l'épaule gauche, c'est-à-dire le rachis cervical, la scapula – ou omoplate – et un muscle du bras. Mais ils n'indiquent rien concernant les causes et le commencement de ces atteintes, si ce n'est qu'une douleur à l'omoplate persiste et qu'une arthrose cervicale irradie peut-être jusqu'au bras en passant par l'épaule.

Aucune conclusion quant à une causalité naturelle – et adéquate – de ces atteintes (mentionnées dans ledit rapport du 2 septembre 2021) en lien, même indirect, ne

peut être tirée, que ce soit sous l'angle neurologique ou orthopédique, avec l'accident du 20 mars 2019, dont les conséquences directes et immédiates ont été la fracture non déplacée de la partie antérieure du trochiter, la tendinopathie du supra-épineux (liaison entre le muscle et l'os) et la bursite (inflammation de la bourse) sous-acromio-deltoïdienne (auxquelles se serait ajouté en septembre 2019 un cal vicieux de la fracture du trochiter avec conflit sous-acromial de l'épaule gauche). Lesdites atteintes ne portent pas précisément sur les parties de l'épaule gauche qui avaient posé problème et avaient été traitées jusqu'alors et qui se trouvaient aux niveaux de la grande tubérosité (trochiter) de l'humérus ainsi que supra-épineux (tendinopathie) et sous-acromial (bursite sous-acromio-deltoïdienne). Un tel rapport de causalité naturelle – et adéquate – ne peut toutefois en l'état pas être exclu, pas plus qu'une origine uniquement dégénérative (maladive) desdites atteintes.

Par ailleurs, l'intéressé a allégué, dans son recours, être en incapacité totale de travail, point que la caisse n'a pas investigué.

Les motivations des avis des médecins rattachés à la SUVA après le 4 mars 2021 ainsi que de l'intimée elle-même, à partir du 25 novembre 2021, ne sont pas suffisantes en ce sens qu'elles traitent notamment pas clairement les questions de la capacité ou non de travail de l'assuré et de l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle – et adéquate – entre d'une part les atteintes diagnostiquées après le 3 mars 2021 et d'autre part l'accident du 20 mars 2019.

5.6.5 Au regard de ce qui précède, il manque des éléments au dossier, non seulement d'ordre médical mais aussi concernant la capacité de travail du recourant, pour trancher les questions d'un éventuel degré d'invalidité et d'un éventuel droit à une rente dès le 1er juillet 2021 et jusqu'à tout le moins le 22 mai 2022, veille de la rechute admise par courriers de la caisse des 22 juin et 4 juillet 2022.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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).

Dans le cas présent, dans la mesure où l'intimée n'a que de manière très limitée examiné les conséquences des différents rapports qu'elle a reçus dès avril 2021 sur les questions d'un éventuel degré d'invalidité et d'un éventuel droit à une rente dès le 1er juillet 2021, la cause sera renvoyée à celle-là afin qu'elle mette en œuvre toutes les mesures d'instruction nécessaires, le cas échéant si besoin une expertise médicale par un ou des experts indépendants, afin de répondre à ces questions.

Il n'est ainsi pas nécessaire à ce stade de se prononcer sur les griefs du recourant relatifs aux revenus sans et avec invalidité à comparer, en lien notamment avec les effets des limitations fonctionnelles sur le revenu d'invalide et le taux éventuel d'abattement (concernant l'abattement, cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références).

5.6.6 L'instruction complémentaire à mettre en œuvre par la SUVA prendra en compte, par économie de procédure, l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue, ce non seulement concernant la période à considérer mais également l'éventuelle pertinence, pour l'état de santé de l'intéressé dès juillet 2021, des rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure de recours.

À cet égard, il ne peut en l'état pas être exclu que les atteintes ressortant des rapports du Dr P_____, notamment celui du 2 septembre 2021, aient éventuellement évolué de telle sorte à ce qu'apparaissent, un peu plus de quatre mois plus tard, les "stigmates de réinsertion tendineuse sous-scapulaire et probable ténodèse du long biceps : à corréler aux antécédents du patient", le "doute sur un déplacement des vis résorbables tel que décrit, avec remaniement du trochiter, susceptible de générer un conflit tendineux" et l'"omarthrose débutante classé A2 selon Walsh" auxquels a conclu le service de radiologie des HUG dans son rapport du 19 janvier 2022, voire à ce qu'apparaissent ensuite les problèmes relevés les 10 mars et 5 avril 2022 par le Dr S_____, de même que le 23 mai 2022 par celui-ci et le Pr R_____, qui paraissent toucher principalement le long chef du biceps du bras gauche (atteinte bicipale, ténosynovite), en lien avec l'épaule.

6. 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.

7. Le recourant obtenant pour une part importante gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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. Confirme la décision sur opposition rendue le 23 septembre 2021 par l'intimée concernant la fin du droit du recourant aux indemnités journalières et frais de traitement médical.
4. Annule ladite décision sur opposition en tant uniquement qu'elle refuse au recourant l'éventuel droit à une rente d'invalidité.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
6. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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