RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3898/2019 **ATAS/146/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, s'est blessé en date du 18 mai 2019, alors qu'il jouait au basket, provoquant un étirement du tendon du biceps gauche. Au moment de l'accident, l'assuré était au chômage.

2. L'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a annoncé le sinistre en date du 20 mai 2019 à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents-SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

3. Dans le formulaire de déclaration de sinistre à la SUVA, l'assuré a décrit l'événement de la façon suivante : en jouant au basket avec son fils qui avait le ballon, l'assuré était en défense bras tendus pour l'empêcher de passer ; dans l'action, son fils était passé en force au niveau de son poignet ce qui avait eu pour effet une grosse douleur au niveau de l'intérieur du coude et du biceps. Il avait ressenti des douleurs tout de suite après l'action et il s'était rendu le 19 mai 2019, soit le lendemain, auprès des urgences de la clinique des Grangettes. Il consultait chaque semaine le docteur B_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

4. Un certificat médical du 20 mai 2019, signé par le docteur C_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, établissait un arrêt de travail avec une incapacité à 100% du 19 mai au 23 juin 2019. Un certificat médical du 31 mai 2019 signé par la doctoresse D_____, médecin praticien auprès de la clinique des Grangettes, attestait qu'elle avait examiné l'assuré, dont l'état de santé nécessitait un arrêt de travail pour accident à 100%, du 19 mai 2019 au 3 juin 2019, avec reprise à 100% dès le 4 juin 2019.

5. Dans son rapport médical initial LAA, la doctoresse E_____, médecin auprès de la consultation urgences de la clinique des Grangettes, a confirmé que les premiers soins avaient été donnés le 19 mai 2019, pour des douleurs au bras gauche au niveau du pli du coude, douleurs surtout à la flexion active du bras. La flexion passive était légèrement douloureuse et la flexion active possible, mais douloureuse ; un œdème était visible au niveau du coude ; à l'IRM, il ressortait une rupture distale du tendon bicipital, le diagnostic était un étirement du tendon du biceps à l'inversion distale, versus une déchirure partielle à gauche. La thérapie consistait en polysling, antalgie et une suite de la prise en charge par un orthopédiste des HUG. L'incapacité de travail était estimée à 100% probablement jusqu'au 3 mai 2019 avec une reprise du travail complète dès le 4 juin 2019. Le traitement était considéré comme devant se terminer probablement sous trois semaines.

6. Suite à une hospitalisation pour une chirurgie en urgence en raison de la rupture du tendon distal du biceps brachial gauche, l'assuré a été opéré le 24 mai 2019. La doctoresse F_____, cheffe de clinique aux HUG, a rédigé un compte-rendu

opératoire le 4 juin 2019, dans lequel elle décrivait une refixation du tendon du biceps brachial, en regard de la tubérosité radiale gauche, par un Arthrex biceps « button » plus ténodèse « screw ». Comme consignes postopératoires, elle recommandait un polysling pour six semaines, une mobilisation passive active assistée sans force possible, pas de mouvement brusque, ainsi qu'un contrôle à six semaines avec le Dr B_____.

7. Dans une lettre de sortie du 7 juin 2019, le Dr B_____ a confirmé l'opération en raison de la rupture du tendon distal du biceps brachial gauche. Le traitement prescrit à la sortie consistait en la prise de Dafalgan, de polysling pendant 4 semaines, de physiothérapie et d'éviter les charges sur le membre supérieur gauche. Un arrêt de travail à 100% était joint pour la période allant du 22 mai au 22 juin 2019.

8. En date du 18 juin 2019, le Dr B_____ a signé un nouveau certificat médical pour accident, indiquant une capacité de travail nulle du 18 juin au 6 août 2019.

9. Dans un avis médical du 17 juillet 2019, le médecin-conseil de la SUVA, le docteur G_____, chirurgien orthopédiste et en traumatologie, a considéré que dans les trois mois suivant l'opération, on pouvait s'attendre à une reprise professionnelle dans l'ancienne activité d'employé de banque, d'autant plus qu'il s'agissait d'une lésion sur le côté gauche. Selon lui, la physiothérapie en ambulatoire était suffisante.

10. Dans son rapport médical intermédiaire du 6 août 2019 à la SUVA, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic précédent, ainsi qu'une reprise du travail le 17 septembre 2019. Il était indiqué qu'il n'y avait pas de nécessité d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié, pas plus qu'il ne fallait s'attendre à la persistance du problème.

11. En se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, la SUVA a rendu une décision en date du 14 août 2019, par laquelle elle a déclaré l'assuré apte au travail à 100%, dès le 25 août 2019, précisant que les indemnités journalières ne seraient plus versées depuis cette date.

12. Dans le délai utile, l'assuré a formé opposition contre la décision, au motif que son métier en tant qu'archiviste impliquait qu'il déplaçât des charges plus ou moins lourdes, ce qui pouvait engendrer d'autres complications et retarder sa guérison. D'autre part, le certificat médical qu'il avait produit, précisait bien qu'il était en incapacité de travail totale jusqu'au 17 septembre 2019.

13. Appelé à se prononcer une nouvelle fois sur le dossier, le Dr G_____ a émis une appréciation médicale, datée du 2 septembre 2019, dont il ressortait que l'assuré avait présenté une rupture du tendon du biceps, opérée en urgence pour éviter les risques de rétraction. L'évolution était favorable, selon les éléments médicaux à disposition. Dans une activité d'employé de banque, sans avoir de charges à porter du côté opéré, on pouvait s'attendre, au bout de trois mois, à une récupération

fonctionnelle lui permettant de reprendre son travail. La reprise professionnelle était donc confirmée au 26 août 2019.

14. Un entretien s'est déroulé en date du 12 septembre 2019, entre l'assuré et un gestionnaire de la SUVA. Il ressort du rapport écrit de cet entretien que la dernière activité professionnelle de l'assuré, avant le chômage, était celle de collaborateur classement et archives pour une activité professionnelle à 100%, auprès de la F_____ (ci-après : F_____). Il avait travaillé dans cette banque du 1er mai 2017 au 31 mars 2019, s'occupant de la numérisation des documents, du classement de ceux-ci, de l'archivage, de la codification de formulaires de clôture de comptes, ainsi que de diverses tâches administratives au sein du département. Il déclarait qu'il devait marcher dans un grand bâtiment nécessitant de fréquents déplacements sur de longues distances, tout en poussant un chariot sur lequel reposaient les cartons, ou à pied, les documents ou un petit carton à la main. Il disposait des feuilles dans des dossiers de comptes, lesquelles étaient déposées dans des cartons expédiés parfois à la filiale de Zurich. Les autres comptes qui restaient à Genève étaient archivés dans les cartons placés à l'étage inférieur. Il déclarait qu'un gros carton pouvait facilement peser 20 à 30 kg, car la taille du carton mesurait approximativement en hauteur et largeur 3 cm de plus que la taille d'une feuille A4, sur 1 mètre de longueur. Il devait disposer les cartons à une hauteur de 120 cm par rapport au sol. Il y avait plusieurs tailles de cartons, certains pesant de 2 à 5 kg, dans lesquels on pouvait disposer jusqu'à cinq comptes clôturés, suivant l'importance de ceux-ci. Un certificat de travail datant du 11 juin 2019 et signé par les ressources humaines (ci-après : RH) de F_____ confirmait que l'assuré avait été en charge de la numérisation de documents, du classement de documents, de la codification de formulaires de clôtures de comptes, et de diverses tâches administratives au sein du département.

15. En date du 24 septembre 2019, la SUVA a rendu une décision sur opposition, confirmant la précédente décision du 14 août 2019, au motif que malgré les allégations de l'assuré lors de l'entretien du 12 septembre 2019, la SUVA avait pris contact, le 23 septembre 2019, avec le directeur RH de l'ancien employeur de l'assuré, Monsieur G_____, qui avait déclaré que l'assuré se déplaçait dans un open space, dont la distance maximale, du point A au point B, était de 30 mètres et que ce n'est qu'en imaginant qu'il faisait ce trajet 400 fois dans la journée que l'on pouvait admettre qu'il se déplaçait sur de longues distances. Il utilisait des boîtes en carton qui pesaient, une fois remplies, entre 1 et 1.5 kg, puis les disposait sur un petit chariot à roulettes qu'il poussait du point A au point B. Enfin, il n'y avait aucune charge physique importante à manipuler. De surcroît, la SUVA considérait que, quel que soit l'ancien poste occupé par l'assuré, son CV démontrait qu'il disposait d'une formation solide et de plusieurs années d'expérience qui lui permettaient, sur le marché général du travail, d'exercer une activité sans aucune contrainte physique, raison pour laquelle la décision querellée devait être confirmée et l'opposition rejetée.

16. En date du 21 octobre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA, demandant à être indemnisé à 100% pour la période allant du 25 août au 17 septembre 2019 et réclamant une indemnité complémentaire - qu'il laissait le soin à la chambre de céans d'établir -, au motif que son certificat médical attestait de son incapacité à 100% jusqu'au 17 septembre 2019. Il reprochait à la SUVA de s'être rapportée à l'avis de son médecin-conseil, sans que ce dernier ne l'examine et de s'être fondée sur les informations données par son ancien employeur qui ne reflétaient pas la réalité des choses, car il manipulait, disait-il, des charges plus importantes que 1.5 kg. Pour ces raisons, il concluait à ce que la décision soit annulée et qu'il reçoive les indemnités demandées, pour la période allant du 25 août 2019 au 17 septembre 2019. À l'appui de son recours, l'assuré joignait un certificat médical daté du 8 octobre 2019, signé par le Dr B_____, qui indiquait que l'assuré était en arrêt de travail pour accident, depuis le 7 août 2019 jusqu'au 17 septembre 2019 avec une reprise de travail en date du 18 septembre 2019, à 100%.

17. Par courrier du 19 novembre 2019, la SUVA a considéré que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau, qu'il produisait un certificat médical daté du 8 octobre 2019, mais qui ne faisait que confirmer les dates d'arrêt de travail déjà indiquées dans le certificat médical du 6 août 2019, et concluait à la confirmation de la décision querellée.

18. Par courrier du 30 juin 2020, la chambre de céans a demandé au recourant de lui faire parvenir tous documents confirmant qu'il devait soulever des charges supérieures à 1.5 kg dans son activité d'archiviste, étant rappelé que ces allégations étaient contredites par M. G_____, le sous-directeur des ressources humaines de l'ancien employeur F_____.

19. Par réplique du 6 juillet 2020, le recourant a persisté dans ses explications, indiquant ne pas comprendre pourquoi M. G_____ le contredisait. Il ajoutait qu'il y avait eu un surplus de travail lorsqu'il était en fonction à la F_____ et que de nombreuses clôtures de comptes généraient beaucoup de manutention. Il faisait son travail au sous-sol, sans lumière du jour et n'avait jamais vu un responsable des ressources humaines venir s'enquérir de ses conditions de travail. Il joignait divers documents, compilant des dessins et photos, apparemment extraits de catalogues de fournitures de bureau, représentant un chariot, des dossiers suspendus, des boîtes d'archivage et indiquant le poids des boîtes d'archivage soit « à vide 0.12 kg et avec documents un minimum de 2.5 kg ». D'autres illustrations montraient des cartons contenant soit des dossiers suspendus, soit des boîtes d'archives.

20. En date du 22 décembre 2020, la chambre de céans a demandé au recourant s'il pouvait faire citer des témoins susceptibles de confirmer ses allégations. Par courrier du 31 décembre 2020, le recourant a répondu qu'il ne pouvait pas avoir des témoins, car il risquait de les mettre en mauvaise posture face à leur employeur et de leur faire perdre leur emploi, raison pour laquelle il s'en remettait à la chambre de céans pour que cette dernière prenne une décision.

21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de cesser le versement des indemnités, après la date du 25 août 2019.

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

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

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

qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. 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).

8. 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).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

   Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

10. a. 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).

    b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

12. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les

conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

13. 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).

14. En l'espèce, le médecin traitant de l'assuré a estimé que ce dernier était en incapacité de travail à 100% jusqu'au 17 septembre 2019, alors que le médecin-conseil de l'intimée a considéré que la capacité de travail à 100% de l'assuré pouvait être fixée à trois mois après l'opération du biceps, soit le 25 août 2019.

Pour expliquer cette différence, l'assuré fait valoir que le médecin-conseil de la SUVA ne l'a pas examiné, et maintient que les déclarations faites par son ancien employeur, quant au poids des documents qu'il devait manipuler, sont erronées.

S'il est exact que l'assuré n'a pas été examiné personnellement par le médecin-conseil, il n'en reste pas moins que l'avis de ce dernier peut être considéré comme probant, dès lors qu'il est fondé sur un dossier qui contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré. Or, dans son avis médical du 2 septembre 2019, le Dr G_____ indique bien qu'il

s'est notamment fondé sur le rapport de sortie des HUG du 7 juin 2019, sur le rapport de la Dresse E_____ du 11 juin 2019 et enfin sur le rapport du Dr B_____ du 6 août 2019, indiquant une flexion du coude atteignant 125° et une limitation de l'extension de 30°. Le grief de l'assuré peut donc être écarté compte tenu du fait que l'avis du médecin-conseil est fondé sur des pièces écrites rédigées par les médecins traitants de l'assuré qui l'ont examiné.

S'agissant du second grief, selon lequel les allégations du responsable des ressources humaines de F_____ devraient être écartées, l'assuré ne démontre pas que sa version est plus probante que celle de M. G_____, produisant des photos extraites de catalogues qui ne prouvent pas la réalité des charges qu'il devait transporter, ce d'autant moins qu'invité par la chambre de céans à faire citer des témoins pour étayer ses allégations, l'assuré s'est désisté.

Étant encore précisé que le fait que l'assuré souffre du bras gauche ne l'empêche pas d'utiliser son bras droit pour transporter de la documentation, ce d'autant moins que son propre médecin traitant, le Dr B_____, a indiqué dans son rapport médical intermédiaire LAA du 6 août 2019, qu'il n'était pas nécessaire d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié, pas plus qu'il ne fallait s'attendre à la persistance d'un problème.

Les avis médicaux rendus par le Dr G_____ ne présentent pas d'incohérences manifestes ou de contradictions et sont motivés. Alors que la chirurgienne ayant opéré le recourant, le 24 mai 2019, avait fixé à 6 semaines après l'opération, le contrôle devant être effectué par le Dr B_____, ce dernier a prolongé successivement les certificats d'incapacité de travail, jusqu'au 22 juin, puis jusqu'au 6 août et enfin jusqu'au 17 septembre 2019, sans motivation ou justification.

En examinant si l'atteinte à la santé perdure après la date du 25 août 2019 fixée par l'intimée, la chambre de céans doit se fonder sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales et tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère, au vu du dossier et des avis médicaux, que la date de reprise du travail à 100% peut être fixée, au degré de la vraisemblance prépondérante, au 25 août 2019.

15. Au vu de ce qui précède, la décision querellée est bien fondée et le recours doit est rejeté.

16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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