RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3952/2019 **ATAS/371/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 avril 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à MEYRIN, représenté par CAP Protection Juridique	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé à 80 % en tant qu'administrateur, partageant son temps de travail à parts égales entre la société anonyme B_____ et la société à responsabilité limitée C_____. Pour ces activités, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

2. Le 21 novembre 2018, l'assuré a subi un accident sur un chantier, chutant sur une distance de 4 à 5 mètres après avoir glissé dans les graviers.

3. Le même jour, l'assuré a consulté le Service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Le docteur D_____ a retenu le diagnostic de contusion traumatique de l'épaule et de la hanche gauches. Les comorbidités suivantes étaient notées : fracture de la clavicule gauche opérée dix ans plus tôt et déchirure du tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée six ans plutôt. À l'examen, il n'y avait pas de déformation, d'hématome, de plaie ou de dermabrasion, mais une douleur à la palpation de la face latérale sous-coracoïdienne avec élévation antérieure et abduction légèrement diminuées en raison de la douleur, une douleur musculaire du bord médial scapulaire, une rotation non limitée mais algique, et une douleur de la clavicule distale déjà connue. Le médecin a attesté un arrêt de travail jusqu'au 28 novembre 2018.

   La radiographie de l'épaule gauche réalisée le jour de l'accident a mis en évidence un status après ostéosynthèse de la clavicule sans complication ni lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible, et une bonne congruence articulaire.

4. B_____ a annoncé le sinistre à la SUVA le 22 novembre 2018.

5. Le 6 décembre 2018, la doctoresse E_____ a attesté un arrêt de travail à 100 % dès le 18 novembre 2018.

6. Un arthro-IRM et scanner de l'épaule gauche réalisé le 12 décembre 2018 a révélé une lésion de la face profonde du sus-épineux sur tendinopathie associée à une bursite d'accompagnement.

7. Le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecine du sport, a attesté une incapacité de travail totale du 22 janvier au 24 février 2019.

   Ce médecin a par la suite prolongé l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 18 mars 2019, à 50 % du 19 mars au 16 juin 2019, puis à 100 % du 17 juin au 17 juillet 2019.

8. Le 18 février 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle émettait des réserves pour la prise en charge de ses troubles au vu de l'incapacité de travail attestée dès le 22 janvier 2019.

9. Dans un rapport du 21 février 2019, le Dr F_____ a diagnostiqué une lésion de la face profonde du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche avec bursite sous-acromiale. L'évolution était lentement favorable, mais le pronostic était réservé.

L'assuré avait subi une infiltration de la bourse sous-acromiale le 30 janvier précédent.

10. Dans son rapport du 9 mai 2019, le Dr F_____ a confirmé le diagnostic déjà posé. L'évolution restait lentement favorable, avec de bonnes amplitudes et des douleurs en dents de scie. Le pronostic était « favorable mais long ». Le traitement consistait en physiothérapie. Des douleurs résiduelles restaient possibles.

11. Dans un avis du 21 mai 2019, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, s'est étonné que l'antécédent de fracture de la clavicule, forcément traumatique, ne figure pas au dossier de l'assuré. Les antécédents et les conséquences de la chute récente sur ces anciennes lésions étaient à l'origine de l'arrêt actuel, qui ne se justifiait pas à 50 % dans un poste d'administrateur (*sic*). Il convenait d'investiguer ces anciennes lésions et d'obtenir l'avis d'un chirurgien de l'épaule.

12. Lors d'un entretien avec la SUVA en date du 28 mai 2019, l'assuré a déclaré que sa fracture de la clavicule gauche était survenue dix ans plus tôt. Une plaque avait été mise en place. La récupération avait été bonne, sans gêne ni douleurs. Il avait également subi une déchirure de la coiffe des rotateurs droite six ans plus tôt, opérée à deux reprises, prise en charge par son assurance-maladie. Il était droitier. Son activité administrative représentait 30 % de son temps de travail pour les deux entreprises : préparation des plannings et des devis et contacts téléphoniques avec les clients. Les activités techniques constituaient 50 % de son temps de travail pour les deux entreprises : métrés, recherches de fuites (contrôles des faux plafonds et derrière les meubles impliquant l'utilisation d'une échelle et le déplacement de mobilier), définition de la surface des pièces avec des lunettes à laser, livraison d'une partie du matériel sur le chantier et nombreuses manutentions. Depuis l'arrêt de travail, un de ses ouvriers le remplaçait et il avait engagé un intérimaire. L'évolution de l'épaule gauche était bonne. L'assuré avait encore des douleurs, exacerbées lorsqu'il essayait de lever le coude et dans les mouvements d'amplitude. Il ne pouvait dormir en appui sur le côté gauche, ni tirer quelque chose latéralement. Il ne pouvait pas lever complètement le bras. Il parvenait à porter de petites charges, mais pas à répétition. Les douleurs à la hanche gauche avaient complètement disparu. Une échographie avait été réalisée le 29 avril 2019.

13. Dans un avis du 25 juin 2019, le Dr G_____ a exclu un lien de causalité entre l'accident du 21 novembre 2018 et l'incapacité de travail de l'assuré à partir du 22 janvier 2019. Il s'agissait d'une atteinte de la coiffe de l'épaule gauche sur terrain maladif avec *statu quo* à deux mois.

14. Par décision du 3 juillet 2019, la SUVA a rappelé que l'obligation de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cessait lorsque l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, soit lorsque celle-ci reposait exclusivement sur des causes étrangères à l'accident. Tel était le cas lorsque l'assuré retrouvait l'état de santé qui existait immédiatement avant l'accident ou qui serait

survenu tôt ou tard même sans l'accident, à la suite de l'évolution d'un état pathologique préexistant. Selon l'appréciation du Dr G_____ du 25 juin 2019, les troubles de l'assuré n'étaient plus dus à l'accident, et le *statu quo* avait été atteint deux mois après l'événement accidentel. La SUVA mettait ainsi un terme à la prise en charge des suites de l'accident au 21 janvier 2019 au soir, date à laquelle elle avait émis des réserves (*sic*).

La SUVA a notifié une copie de sa décision à l'assurance-maladie de l'assuré.

15. Le 3 septembre 2019, l'assuré, par son mandataire, a formé opposition à la décision de la SUVA et a conclu à son annulation. Il a affirmé qu'il ressortait clairement de son dossier que l'accident du 21 novembre 2018 avait causé l'atteinte dont il souffrait. Quand bien même cette atteinte pourrait avoir été aggravée en raison de sa fracture de la clavicule gauche, l'existence d'antécédents ne permettait pas à elle seule de mettre fin au versement des prestations d'assurance. En effet, selon la jurisprudence, il n'était pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte. Or, rien n'indiquait en l'espèce que l'atteinte résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident. De plus, il n'avait pas recouvré l'état de santé antérieur à l'accident, puisque la rotation et l'abduction restaient douloureuses. Depuis l'accident, il ne parvenait pas à exercer les activités de force dans le cadre de son travail sur chantier, comme le notait le Dr F_____. Ces activités représentaient 50 % de son temps de travail. Il a précisé que son incapacité de travail avait cessé le 17 juillet 2019, mais il ne se chargeait que des activités administratives et travaillait depuis à un taux de 40 %.

    Il a produit un courrier du 19 juillet 2019 du Dr F_____, lequel indiquait suivre l'assuré depuis le 22 janvier 2019 en raison d'omalgies gauches consécutives à une chute le 21 novembre 2018. Celui-ci était connu pour une opération de la coiffe des rotateurs à droite à deux reprises et une fracture de la clavicule gauche opérée en 2004. Il n'avait jamais présenté de douleurs de l'épaule gauche auparavant. Depuis le début de la physiothérapie, l'évolution était favorable. Les amplitudes articulaires actives étaient symétriques avec une bonne force dans tous les plans, mais la rotation externe et l'abduction restaient douloureuses. Les activités de force sur chantier n'étaient pas encore envisageables.

16. Dans son appréciation du 18 septembre 2019, le Dr G_____ a retenu que l'assuré avait de lourds antécédents traumatiques et chirurgicaux à l'épaule gauche. L'arthro-IRM ne montrait objectivement qu'une lésion non transfixiante du sus-épineux sur sa face profonde, avec des signes surtout de tendinopathie. L'existence d'une fracture de clavicule ostéosynthétisée avec plaque en inox et l'âge de l'assuré rendaient « la création en vraisemblance prépondérante d'une lésion sur la coiffe des rotateurs droite juste possible ». Il s'est dit surpris que l'assuré n'ait pas consulté le chirurgien qui l'avait opéré de l'épaule droite. Le *statu quo* dans ce type de pathologie sur lésions anciennes était usuellement acquis deux mois après le traumatisme, soit le 21 janvier 2019.

17. Par décision du 23 septembre 2019, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré.

    L'absence de douleurs à l'épaule gauche avant l'accident ne suffisait pas à établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. La fracture de la clavicule et l'âge de l'assuré permettaient de conclure à un lien de causalité juste possible avec la lésion de la coiffe des rotateurs. Le Dr G_____ avait confirmé que l'accident avait cessé de déployer ses effets après deux mois. La SUVA confirmait ainsi sa décision.

18. Par écriture du 24 octobre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à ce que la SUVA soit condamnée à reprendre le versement des prestations d'assurance en sa faveur avec effet rétroactif au 22 janvier 2019.

    Il a pour l'essentiel repris la motivation développée à l'appui de son opposition. Il a répété qu'il n'était pas avéré que son état actuel serait le même sans l'accident, d'autant plus qu'il n'avait pas eu de douleurs à la suite de son opération en 2004, soit durant quinze ans. L'intimée semblait faire une confusion importante entre l'atteinte actuelle à l'épaule gauche et les lésions à droite mentionnées par le Dr G_____ dans son appréciation du 18 septembre 2019. L'argument selon lequel le *statu quo* pour ce type de pathologie sur lésions anciennes était usuellement acquis dans les deux mois suivant le traumatisme ne saurait s'appliquer en l'espèce. Le recourant ne pouvait toujours pas exercer les activités de force dans le cadre de son travail sur chantier. Il a répété qu'il consacrait 30 % de son temps de travail aux activités administratives, et 50 % aux travaux sur chantier.

19. Dans sa réponse du 8 janvier 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

    Elle a longuement cité la nouvelle appréciation établie le 5 novembre 2019 par le Dr G_____, qu'elle a produite à l'appui de son écriture. Les arguments du recourant tombaient à faux, et on ne saurait retenir pour seul antécédent l'opération de 2004 à la suite de la fracture de la clavicule gauche. Le parcours professionnel et l'âge du recourant devaient être pris en considération, eu égard à « l'esprit de symétrie ». Par ailleurs, le fait que le recourant n'ait pas souffert de douleurs à l'épaule gauche n'était pas un argument suffisant. Celui-ci n'apportait aucun élément médical objectif de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr G_____, et l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations d'assurance au 21 janvier 2019.

    Dans l'avis médical joint, le Dr G_____ a noté que le recourant avait 52 ans et 7 mois au moment de l'événement. Il avait été opéré six ans plus tôt d'une déchirure du tendon de la coiffe des rotateurs droite d'origine maladive. Son métier de maçon-peintre et de carreleur exposait naturellement les deux bras. Par esprit de symétrie, si l'on admettait en fonction de l'âge une dégénérescence non traumatique de l'épaule droite, il était évident qu'il existait dans des métiers utilisant les deux mains une usure et donc une certaine dégénérescence de l'épaule gauche. L'âge de l'assuré et les aspects radiologiques rendaient juste possible une atteinte partielle sur la coiffe des rotateurs selon la vraisemblance prépondérante. En effet, l'IRM du

12 décembre 2018 décrivait non pas une déchirure tendineuse, mais une simple fente sur la face profonde, atteinte par définition partielle et dans l'axe des fibres. Les lésions présentées à l'épaule gauche étaient anciennes et « de niveau au maximum possible en vraisemblance prépondérante par rapport à l'évènement ». Pour ce type de pathologie sur des lésions anciennes, le traumatisme avait usuellement des effets durant deux mois après sa survenance. Le nouveau rapport du Dr F_____ n'analysait pas la causalité des lésions et leur morphologie. En revanche, la bilatéralisation de lésions dégénératives de la coiffe non transfixiantes chez un travailleur de 52 ans, exposé naturellement à l'usure de ses épaules par son métier, aurait été une démarche d'orientation étiologique et de prise en charge spécialisée, dont le niveau de pertinence atteignait la vraisemblance prépondérante (*sic*).

20. Dans sa réplique du 13 février 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que les appréciations du Dr G_____ étaient contradictoires, ce dernier concluant désormais à une atteinte partielle de la coiffe des rotateurs au plus possible, alors qu'il retenait initialement une lésion de la coiffe des rotateurs. Le recourant contestait qu'une dégénérescence de l'épaule droite implique une dégénérescence de l'épaule gauche. En outre, depuis 2009, son travail physique consistait uniquement en contrôles de chantiers, en prises de mesures et de niveaux, et en recherches de fuites. Il ne portait plus de charges lourdes depuis 2009.

21. Par duplique du 5 mars 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a affirmé que l'interprétation par le recourant des appréciations du Dr G_____ était erronée. Quant au fait que la dégénérescence de l'épaule droite n'impliquerait pas un phénomène identique à l'épaule gauche, il fallait rappeler que le recourant avait été opéré de l'épaule droite. Son métier exposait naturellement ses deux bras et ses deux épaules, et le Dr G_____ avait considéré qu'une usure de l'épaule gauche paraissait évidente. Aucun élément médical objectif ne mettait en doute son appréciation circonstanciée.

22. Par écriture du 6 mars 2020, le recourant a indiqué qu'il avait consulté le docteur H_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, qui envisageait une intervention à l'épaule gauche.

    Il a produit un rapport de ce médecin, établi le 13 février 2020, mentionnant un diagnostic de rupture transfixiante du sus-épineux avec instabilité médiale du long chef du biceps. Le décours anamnestique laissait supposer que l'accident de novembre 2018 était la cause des lésions. Une arthroscopie avec réinsertion de coiffe avait été discutée avec le recourant.

23. Dans ses déterminations du 13 mars 2020, l'intimée a soutenu que le Dr H_____ ne faisait que supposer l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de l'épaule gauche et l'accident du 21 novembre 2018. Son rapport et l'éventualité d'une intervention ne remettaient pas en cause la position de l'intimée.

24. La chambre de céans a adressé une copie de cette écriture au recourant le 17 mars 2020.

25. 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.

   La modification du 21 juin 2019 de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2021, n'est pas applicable au présent recours dans la mesure où il était alors pendant devant la chambre de céans, conformément à l'art. 83 LPGA.

3. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 21 janvier 2019, plus précisément sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 novembre 2018 et les troubles à l'épaule gauche du recourant subsistant après cette date.

5. 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).

6. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2).

   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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Le seul 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* »). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références).

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soin, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduites 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2018 du 26 février 2019 consid. 3.2 et les références).

8. Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). 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 motivées et compréhensibles (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3).

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).

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).

La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

9. Dans le cas d'espèce, l'intimée a supprimé le droit aux prestations en se fondant sur l'appréciation du Dr G_____.

   Force est toutefois de constater que les avis établis par le médecin d'arrondissement ne satisfont pas aux exigences dégagées par la jurisprudence en matière de rapports médicaux.

   En premier lieu, dans son avis du 21 mai 2019, ce médecin admet que l'accident subi est à l'origine – au moins partielle – de l'incapacité de travail imputable aux troubles à l'épaule, ce qui est en contradiction avec le *statu quo* qu'il a fixé deux mois après l'accident. Par ailleurs, il apparaît que le Dr G_____ n'a pas pu prendre connaissance de l'ensemble des documents médicaux, puisqu'il ne rapporte pas les résultats de l'échographie qui aurait été réalisée le 29 avril 2019, qui ne figure pas au dossier. Le Dr G_____ a en outre insisté sur la nécessité d'investiguer les anciennes lésions à l'épaule gauche dans son avis du 21 mai 2019 et d'obtenir l'avis d'un chirurgien orthopédiste. Or, il s'est finalement prononcé sur le *statu quo* malgré l'absence de ces éléments. On notera du reste que ce médecin affirme que l'épaule gauche du recourant présenterait un terrain maladif, sans qu'on comprenne en quoi il consiste, notamment eu égard à l'absence de toute notion de pathologie antérieure, hormis l'ancienne fracture de l'épaule, laquelle est à l'évidence traumatique et non maladive. Cet état dégénératif n'est en effet pas décrit. À ce sujet, contrairement à ce qu'affirme l'intimée dans sa réponse du 8 janvier 2020,

aucun autre antécédent que la fracture de la clavicule n'est mentionné s'agissant de l'épaule gauche du recourant. Dans ces circonstances, « l'esprit de symétrie » invoqué par le médecin pour conclure à l'origine dégnérative des troubles de l'épaule gauche ne suffit pas à convaincre – étant de plus souligné que le recourant est droitier. Son âge ne suffit pas non plus en soi à retenir une origine maladive exclusive de la lésion de l'épaule gauche, en l'absence de tout autre élément médical objectif. La conclusion quant au caractère juste possible d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles à l'épaule est ainsi insuffisamment motivée.

On ajoutera que le Dr G_____ a fixé le *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte, retenant un délai de deux mois pour la guérison. Or, selon la jurisprudence, une telle fixation du *statu quo sine*, abstraite et théorique, ne suffit pas à établir la disparition du lien de causalité à défaut d'autres éléments médicaux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

Enfin, le rapport du Dr H_____ du 13 février 2020, qui ne contient certes pas tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, suscite également des doutes sur les conclusions du médecin d'arrondissement.

10. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige.

    Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant de l'avis d'un médecin interne non conforme aux exigences en la matière.

    Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

11. Le recours est partiellement admis.

    Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

    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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 23 septembre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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