RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/572/2022 **ATAS/1040/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Constance ESQUIVEL	recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1991, a été engagé, au début du mois d'avril 2021, par la société B_____ en tant que technicien d'entretien de piscine. Il était assuré dans le cadre de son emploi notamment contre les accidents professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 30 août 2021, l'assuré a glissé et est tombé sur les fesses alors qu'il tirait un container à l'intérieur d'une camionnette, dans le cadre de son travail. Dans sa chute, l'assuré a voulu se retenir avec sa main gauche en s'agrippant aux étagères se trouvant dans la camionnette. L'assuré a ressenti une douleur à l'épaule gauche et au dos.

c. L'assuré a été mis en arrêt de travail par son médecin traitant dès l'accident.

d. Le 3 septembre 2021, l'assuré s'est rendu à la Centre d'imagerie d'Onex-Genève où il a passé des radiographies du dos et des épaules. Les images de l'épaule gauche ont montré un aspect remanié du versant inférieur de la glène gauche, ce qui posait la question d'une lésion post-traumatique d'ancienneté indéterminée ou d'un status post-opératoire. Les images du dos et de l'épaule droite n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique.

e. L'assuré a ensuite passé, le 15 septembre 2021, un examen par imagerie de résonnance magnétique (IRM) scapulaire lequel n'a pas montré de lésion « actuelle ».

f. Le 8 octobre 2021, la Clinique et Permanence d'Onex, où l'assuré s'était rendu 72h après sa chute sur les fesses du 30 août 2021, a renvoyé à la SUVA un rapport médical sous forme de formulaire. Selon les indications du patient, ce dernier était tombé une première fois sur le dos, côté gauche, trois semaines plus tôt. Il avait terminé sa semaine de travail et était parti en vacances. À son retour de vacances, il avait chuté sur les fesses et avait consulté la Clinique 72h plus tard pour des lombalgies, une irradiation de la fesse droite, sans paresthésie ni troubles sphinctériens. Il n'avait pas pris d'antalgiques. Il avait des fourmillements dans l'épaule gauche deltoïde latéral et une sensation de pression au même endroit, soit des symptômes apparus après la première chute, fluctuants. Il ne les avait pas trop ressentis, car il était resté tranquille et, en vacances, les douleurs s'oubliaient facilement. Il a l'impression d'être soulagé lorsqu'il fait craquer son cou latéralement. Selon le formulaire, il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer la guérison.

g. Le bilan radiologique a été complété, le 3 novembre 2021, par un scanner de l'épaule gauche ayant mis en évidence une petite irrégularité du bord inférieur de la cavité glénoïde sans avulsion ni arrachement osseux frais. L'image posait le DD d'une séquelle d'une lésion de type HAGL post traumatique probable à

corréler avec une IRM de l'épaule. Il n'y avait pas de lésion de type Hill Sacks ni de fragment osseux interposé dans l'articulation gléno-humérale, ni d'arrachement tendineuses, d'atteinte synoviale ou de myotendineuse de la coiffe des rotateurs. Les rapports articulaires de l'épaule gauche étaient corrects et conservés, en particulier pas de luxation acromio-claviculaire ni gléno-humérale.

h. Le 23 novembre 2021, à teneur du compte-rendu d'IRM, l'examen a objectivé, sur le plan articulaire et cartilagineux, des petites masses kystiques dont la taille variait de 3 mm à 10 mm, dans le labrum inférieur. Tous ces kystes présentaient une diminution de l'intensité du signal sur les images pondérées en T1 et une augmentation de l'intensité du signal sur les images pondérées en T2 et T2 FAT SAT. Les kystes étaient multiloculaires, de forme arrondie ou ovale, et de lobulation variable. Le labrum inférieur gauche était en contact et partiellement relié à une partie des kystes. Il n'y avait aucun œdème de dénervation ni d'atrophie musculaire associé. Le labrum supérieur présentait un signal normal. Il n'y avait pas d'épanchement articulaire et pas d'atteinte de la bourse sous acromiale. Sur le plan tendineux, il n'y avait pas de rupture du tendon sus épineux, sous épineux ou du sous scapulaire. Le tendon bicipital était en place et de calibre normal. Il n'y avait pas d'épanchement de la gaine tendineuse, ni de luxation du tendon. L'acromion était de type 2. Sur le plan articulaire et cartilagineux, il n'y avait pas d'épanchement articulaire et pas d'atteinte de la bourse sous acromiale. Sur le plan osseux et musculaire, la morphologie et le signal osseux étaient normaux. Il n'y avait pas de fracture ni d'arrachement osseux. Les muscles avaient un signal normal sans signe de lacération ou de déchirure. En conclusion, on voyait dans le labrum inférieur gauche, des petites masses kystiques de 3 mm à 10 mm, multi loculées et arrondies, présentant une diminution de l'intensité du signal sur les images pondérées en T1 et une augmentation de l'intensité du signal sur les images pondérées en T2 et T2 FAT SAT. Le labrum inférieur gauche était en contact et partiellement relié à une partie de ces kystes. La lésion posant le DD de séquelles d'une atteinte du labrum inférieur de type HAGL (avulsion humérale du ligament gléno-huméral), sans aucun œdème de dénervation ni d'atrophie musculaire associé.

i. La SUVA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la docteure C_____, chirurgienne orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, membre FMH, laquelle a, dans un avis du 2 décembre 2021, indiqué que l'assuré souffrait d'une lésion dégénérative du disque intervertébral L4-L5 laquelle préexistait à l'accident du 30 août 2021, ainsi que d'une lésion de la glène humérale droite également préexistante. Il n'y avait pas de lésion de la coiffe des rotateurs à droite et pas de lien avec une vraisemblance prépondérante entre l'accident et l'état de l'épaule droite et les lombaires. L'événement du 30 août 2021 avait « tout au plus décompensé un état dégénératif préexistant de l'épaule gauche et des lombaires pour 1 mois pour les deux lésions avec reprise de travail à 100% à 1 mois de l'accident ».

B. **a.** Par lettre du 2 décembre 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à ses prestations au 16 décembre 2021, au motif que l'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident du 30 août 2021, pouvait être considéré comme atteint depuis le 30 septembre 2021, conformément à l'avis de la Dre C_____.

b. Le 7 décembre 2021, la Dre C_____ a confirmé que l'assuré présentait un état préexistant au niveau de l'épaule gauche avec décompensation provisoire pour une durée de 1 à 2 mois après l'accident puisqu'il n'y avait aucune lésion fraîche, de type fracture visible, au scanner du 3 novembre 2021, mais des lésions kystiques, respectivement aucune déchirure de la coiffe des rotateurs et aucun œdème osseux compatible avec une contusion, selon l'IRM du 23 novembre 2021. En outre, la radiographie du 3 septembre 2021 n'avait pas montré d'anomalie osseuse post-traumatique, mais un ostéophyte de la glène humérale et de la tête humérale en regard dans la partie inférieure de l'articulation. Le 2 novembre 2021, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, avait diagnostiqué une ancienne lésion de Bankart osseuse, laissant suspecter des antécédents traumatiques de luxation de l'épaule et un impingement sous acromial possiblement en relation avec l'épaule instable qu'il proposait d'infiltrer. La Dre C_____ confirmait également un état préexistant pour le dos avec décompensation provisoire pour un maximum de 2 mois puisque les plaintes n'avaient pas amené l'assuré à une consultation en urgence, ce qui permettait de confirmer l'absence de gravité du traumatisme sur la région lombaire. Tout au plus pouvait-on admettre une torsion lombaire pour se rattraper voire un choc direct sans gravité étant donnée l'absence d'hématome constaté le 3 septembre 2021. Le choc ou le faux mouvement avait pu provoquer des contractures et décompenser l'état dégénératif préexistant. La Dre C_____ expliquait également son avis par les radiographies de la colonne lombaire du 3 septembre 2021 montrant un pincement postérieur du disque intervertébral L4-L5 avec ostéophytes et remodelé du plateau vertébral supérieur de L5 avec cunéiformation postérieure de L5.

c. Par décision du 7 décembre 2021, la SUVA a décidé de mettre fin aux prestations comme annoncé dans son courrier du 2 décembre 2021. Elle se fondait sur l'avis de la Dre C_____.

d. En date du 11 janvier 2022, l'avocate constituée par l'assuré a formé opposition contre cette décision, en soutenant que l'accident revêtait une certaine importance et qu'il en découlait que les lésions étaient en lien de causalité probable avec l'accident.

e. Par décision du 19 janvier 2022, la SUVA a rejeté l'opposition.

C. **a.** Par acte du 21 février 2022, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision dont il sollicitait l'annulation, sous suite de frais et dépens. Les lésions kystiques pouvaient en particulier être le résultat d'un traumatisme.

b. Par acte du 21 mars 2022, la SUVA a conclu au rejet du recours. Dans le cadre de la procédure de recours, le dossier avait été de nouveau soumis à la Dre C_____, laquelle avait rédigé une appréciation médicale détaillée. S'agissant de l'épaule gauche, elle relevait que l'analyse des pièces au dossier, en particulier l'imagerie médicale, ne mettait pas en évidence de lésion traumatique récente. L'assuré présentait en revanche des antécédents avec des séquelles visibles de type Bankart osseux consolidé avec ostéophytes gléno-huméraux inférieurs et microkystes dégénératifs de la glène, ainsi qu'une encoche de l'humérus type Hill Sachs, toutes deux compatibles avec une ancienne luxation de l'épaule. Au vu du mécanisme de l'accident et de ses suites, l'événement assuré avait provoqué une décompensation provisoire d'un état dégénératif pour une durée d'un à deux mois. Pour ce qui concernait le dos, le bilan radiologique du 3 septembre 2021 ne montrait aucune anomalie traumatique récente. Dans son rapport du 2 novembre 2021, le Dr D_____ décrivait la quasi-disparition des symptômes lombaires. Il y avait eu une décompensation provisoire d'un état dégénératif pour une durée d'un à deux mois. Si des lésions kystiques pouvaient être la résultante d'un traumatisme, il n'est pas établi - dans ce cas - au degré de la vraisemblance prépondérante que ces lésions étaient en lien avec l'accident du 30 août 2021 ou de tout autre accident assuré par la SUVA. En effet, l'imagerie médicale au dossier avait clairement exclu une lésion fraîche à l'épaule gauche et au dos. Par ailleurs, aucun rapport médical n'admettait l'existence d'une lésion structurelle en lien avec l'accident assuré. Au final, le seul argument invoqué par l'assuré fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre ses troubles persistants et l'accident. En définitive, l'appréciation du 16 mars 2022 de la Dre C_____ remplissait manifestement tous les réquisits relatifs à la valeur probante d'un tel document. Singulièrement, sur une question essentiellement médicale, l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de faire fi de celle-ci. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise s'avérait dénuée de pertinence.

c. À l'issue de l'échange d'écritures, 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. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

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]).

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'intimée au-delà du 16 décembre 2021, en particulier sur la question du lien de causalité entre l'événement du 30 août 2021 et les atteintes à la santé dont se prévaut le recourant.

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

6.2 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).

6.3 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).

6.4 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).

6.5 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.

6.6 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).

6.7 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).

6.8 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).

6.9 Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

6.10 Dans un arrêt 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2.3, le Tribunal fédéral a considéré qu'un traumatisme direct de l'épaule (chute, contusion, impact) ne pouvait pas être retenu à titre de mécanisme d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. Ce genre de circonstances est inapproprié à causer cette lésion, car la coiffe des rotateurs est bien protégée par la protection osseuse de la hauteur de l'épaule (acromion) et le muscle deltoïde.

7.

7.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

7.2 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).

7.3 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).

7.4 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. Etant 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).

7.5 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

7.6 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).

7.7 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).

7.8 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).

7.9 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).

8. En l'espèce, la chambre de céans relève à titre liminaire que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA étaient remplies s'agissant de l'événement du 30 août 2021. Elle n'a pas été informée d'un événement qui serait survenu trois semaines plus tôt, tel que décrit par le recourant lors d'une consultation à la Clinique et Permanence d'Onex le 3 septembre 2021.

Se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les plaintes résiduelles de l'assuré à son épaule gauche et au dos et l'événement incriminé au-delà du 16 décembre 2021.

Sur la base de l'avis de la Dre C_____, l'intimée a considéré que les douleurs à l'épaule gauche et au dos invoquées par le recourant n'étaient plus en lien de causalité avec l'événement du 30 août 2021, deux mois après celui-ci et a décidé d'arrêter de prester après le 16 décembre 2021.

La Dre C_____ a en effet indiqué que les suites de l'accident ne jouaient plus de rôle dans les douleurs que ressentait le recourant deux mois après l'accident, dès lors qu'il n'existait pas de lésions structurelles ayant pu être objectivées à la suite de l'accident du 30 août 2021 qui seraient dues à celui-ci. Elle avait admis une décompensation passagère des troubles dégénératifs préexistants, tant au niveau lombaire qu'à l'épaule gauche. Selon son analyse des radiographies du 3 septembre 2021, il existait à cette date un petit ostéophyte inférieur de la tête humérale et, en vis-à-vis, la présence d'une déformation de la partie inférieure de la glène humérale ancienne sans fracture fraîche visible ni signe d'arrachement osseux récent. L'épaule droite ne présentait pas un tel remaniement et la déformation osseuse de la glène humérale large laissait suspecter une ancienne fracture de cette région, type fracture de Bankart, voire un ostéophyte de 1 cm. À gauche, il y avait une encoche triangulaire, plus profonde à gauche qu'à droite de la partie supérieure de tête humérale qui laissait suspecter une empreinte dite de Hill Sachs.

L'analyse de la Dre C_____ est compatible avec les conclusions du radiologue au sujet des radiographies du 3 septembre 2021, lequel évoquait la question d'une lésion post-traumatique « d'ancienneté indéterminée » sans objectiver de lésion structurelle en lien avec l'événement datant de trois jours auparavant.

Les images résultant de l'examen par IRM du 15 septembre 2021 confirment le remaniement de 1-2 mm sous-chondral supérieur de la tête humérale de type kystique et l'absence d'œdème osseux ou des tissus mous, ainsi que l'absence d'anomalie de la coiffe des rotateurs selon l'analyse de la Dre C_____, laquelle

est conforme aux conclusions ressortant de l'examen pratiqué le 15 septembre 2021.

En outre, le scanner du 3 novembre 2021 pratiqué pour rechercher une fracture-arrachement ou avulsion de ce ligament HAGL n'en a pas révélé. L'IRM du 23 novembre 2021 à quant à elle permis de constater la présence d'un fragment osseux rond millimétrique à la face antérieure de la tête humérale laissant suspecter une lésion ancienne.

Au vu de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, l'atteinte préexistante de l'épaule gauche décrite par la Dre C_____ apparaît comme hautement vraisemblable et est compatible avec les éléments médicaux au dossier. L'appréciation de ce médecin est clairement exposée, dûment motivée et convaincante. Aucun avis médical au dossier n'exclut le diagnostic qu'elle a retenu et son appréciation, du fait que l'atteinte à l'épaule préexistait à l'évènement du 30 août 2021, voire à une chute remontant à trois semaines avant celui-ci dont l'intimée n'avait pas été informée, les éléments au dossier parlant en faveur d'une atteinte ancienne ou dont l'ancienneté ne pouvait pas être clairement déterminée.

Quant au caractère préexistant de la lésion, le fait que le recourant ne s'est pas plaint de l'épaule gauche par le passé ne saurait l'exclure. Ce fait ne suffit pas non plus à remettre en cause le diagnostic de la Dre C_____, laquelle n'a pas nié que le choc ait pu aggraver une lésion préexistante et non encore diagnostiquée, raison pour laquelle cette médecin a admis que cette lésion avait été décompensée par l'événement et ce durant deux mois. On rappellera que 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 et adéquat avec cet accident.

Eu égard à ce qui précède, aucune lésion d'étiologie traumatique en lien avec l'événement du 30 août 2021 avec des conséquences allant au-delà de deux mois après l'accident, à l'exception de contusions de l'épaule et sacro-lombaire pour lesquelles l'intimée a accepté de verser des prestations jusqu'au 16 décembre 2021, n'apparaît suffisamment vraisemblable pour être retenue comme établie.

Le lien de causalité entre les douleurs résiduelles du recourant et l'événement du 30 août 2021 doit dès lors être nié au-delà du 16 décembre 2021 (date retenue par l'intimée pour arrêter de prester).

L'intimée était en conséquence en droit de mettre fin à ses prestations, nonobstant les douleurs alléguées par le recourant, une fois le statu quo ante atteint, dès ce moment, seuls les facteurs étrangers à l'accident ayant eu une influence sur l'état de santé du recourant.

En l'absence d'avis médical contraire à celui de la Dre C_____, qui retiendrait une lésion en lien avec l'accident du 30 août 2021 et des séquelles en lien avec celui-ci au-delà du 16 décembre 2021, il n'existe pas de doute quant à la valeur

probante de l'avis suivi par l'intimée. Nul n'est dès lors besoin de recourir à une expertise.

En conséquence, la décision de l'intimée mettant fin à ses prestations au 16 décembre 2021 ne peut qu'être confirmée.

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

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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