RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1059/2022 **ATAS/64/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 février 2023

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sacha CAMPORINI	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Dana DORDEA, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1967, employé en qualité d'étancheur au sein de la société B_____ SA, a été victime d'un accident de travail, en date du 11 juin 2021, en glissant puis en tombant sur le sol avec réception sur l'épaule droite.

b. Le sinistre a été annoncé par l'employeur, à la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée), qui a reconnu le cas d'assurance et a accepté de prester. Le médecin traitant de l'assuré, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne, a délivré un certificat d'arrêt de travail pour cause d'accident et a prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie, afin d'améliorer la fonction articulaire et la fonction musculaire. Dans le formulaire de prescription de physiothérapie, du 24 juin 2021, le médecin a indiqué sous diagnostic : « entorse acromio claviculaire stade 2 à droite ». La Dresse C_____ a repris ce diagnostic dans le rapport médical intermédiaire du 30 août 2021 destiné à la SUVA, ajoutant que l'évolution était mauvaise, avec peu d'amélioration de la mobilité et des douleurs, raison pour laquelle l'assuré était envoyé chez un spécialiste, à savoir la doctoresse D_____, chirurgienne orthopédiste et traumatologue, pour « avis spécialisé quant à la mauvaise évolution ».

c. Le docteur E_____, radiologue, a adressé à la Dresse D_____ un rapport d'échographie de l'épaule droite du 24 août 2021, avec comme indication, un choc direct sur l'épaule ; bilan du long chef du biceps et du tendon sous-épineux. Il constatait que l'articulation acromio-claviculaire était sans particularité mais qu'il existait une déchirure superficielle et désinsertion partielle de la partie distale et superficielle du tendon sus-épineux s'étendant sur 10 mm. La gouttière bicipitale vide évoquait une rupture complète du long chef du biceps et il était constaté l'existence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée. Ces constatations ont été reprises dans un rapport arthro-IRM de l'épaule, daté du 6 septembre 2021, effectué par la doctoresse F_____, radiologue, qui a ajouté une quatrième constatation, sous la forme d'une arthropathie modérée acromio-claviculaire.

d. Par attestation du 20 septembre 2021, la Dresse D_____ a confirmé avoir été consultée le jour même par l'assuré, suite à son accident du 11 juin 2021 et a mentionné que l'arthro-IRM avait confirmé une rupture partielle du tendon supra épineux, avec une dégénérescence graisseuse Goutelier type 2, associée à une rupture complète du tendon du long chef du biceps en précisant qu'il s'agissait d'un ancien accident de plus de dix ans. L'orthopédiste constatait que le patient avait une mobilité correcte, en dehors d'une abduction limitée à 100 et qu'il déclarait des douleurs de 4 à 5/10 d'intensité lors des mouvements, lesdites douleurs étant particulièrement nocturnes. Le médecin ajoutait que, compte tenu

de l'âge du patient et du type de lésion, la physiothérapie était poursuivie et que l'assuré serait revu dans un mois, pour contrôle d'évolution.

e. Dans son rapport médical intermédiaire daté du 13 octobre 2021, la Dresse D_____ a noté sous « diagnostic » la rupture du long chef du biceps, la lésion partielle du sous-épineux ainsi que la bursite sous-acromio-deltoïdienne, remarquant que l'évolution était bonne, mais lente et recommandant comme traitement des séances de physiothérapie et la prise de Dafalgan. La durée prévue du traitement était estimée de trois à six mois. S'agissant de la reprise du travail, il était indiqué qu'elle dépendait de l'évolution.

f. Le cas a été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a répondu directement sur le formulaire, en date du 15 novembre 2021, que les atteintes étaient en causalité dégénérative sur ce cas, au degré de la vraisemblance prépondérante.

B. **a.** Par courrier du 15 novembre 2021, la SUVA a informé l'assuré que l'évolution de l'état de guérison l'avait poussée à réexaminer son obligation de verser des prestations et que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles persistant actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident ; selon l'appréciation médicale du Dr G_____, l'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident du 11 juin 2021, pouvait être considéré comme atteint, depuis le 6 septembre 2021 au plus tard. Dès lors, la SUVA allait clore le cas au 21 novembre 2021 au soir et mettre fin aux prestations d'assurances à cette même date, ainsi qu'au versement des prestations d'assurances perçues jusqu'ici, soit les indemnités journalières et les frais de traitement.

b. Par entretien téléphonique du 17 novembre 2021, l'assuré a informé la SUVA qu'il n'était pas d'accord avec son appréciation et demandait qu'une décision lui soit notifiée. Le même jour, une décision a été rendue par la SUVA, qui reprenait le contenu du courrier du 15 novembre 2021, tout en indiquant les voies de droit.

c. L'assuré a communiqué à la SUVA un certificat médical daté du 19 novembre 2021 par lequel la Dresse D_____ confirmait que la capacité de travail du patient était de 0 % du 19 novembre au 19 décembre 2021 en raison de l'accident [du 11 juin 2021].

d. Par courrier du 24 novembre 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 15 novembre 2021 au motif que ses douleurs n'avaient rien à voir avec son précédent accident, datant de dix ans, car l'ancienne blessure se trouvait entre son coude et son épaule alors que la blessure actuelle était située sur son épaule ; il concluait en demandant une reconsidération du cas en accident et non pas en maladie.

e. La SUVA a demandé à son médecin d'arrondissement de bien vouloir reprendre connaissance du dossier en raison de l'opposition de l'assuré et de déterminer si les éléments apportés par ce dernier modifiaient sa prise de décision. Le Dr G_____ a répondu, en date du 26 novembre 2021, qu'il manquait la

radiographie du 14 juin 2021 et que le bilan ne pouvait pas être fait sans les pièces complètes.

f. Par appréciation médicale du 11 janvier 2022, le Dr G_____, après avoir reçu la radiographie demandée, a résumé le contenu des pièces au dossier et a considéré, sur la base de l'imagerie, que la rupture du biceps était clairement une rupture ancienne et que le tendon avait disparu de la gouttière compétente, ce qui nécessitait de très nombreux mois, voire des années pour aboutir à un tel résultat ; la jonction myotendineuse était ancienne et clairement remaniée et dégénérative. Au niveau de l'appréciation, le médecin d'arrondissement constatait, au moment de l'accident, l'existence d'antécédents chez un homme étancheur, âgé de 54 ans au moment de la chute, avec une rupture ancienne du biceps qui était dégénérée. S'agissant de la rupture partielle du tendon du sus-épineux, elle était à la fois exposée dans une notion de dégénérescence graisseuse Goutallier 2 associée, par ailleurs, à des éléments anatomiques de remaniement acromio-claviculaire et d'acromio long, tous éléments en faveur d'atteintes dégénératives, notamment en tenant compte de la morphologie locale, l'âge et le type de travail. De plus, il existait une dégénérescence musculaire débutante, sur un choc direct de l'épaule. Le Dr G_____ considérait que dans son rapport du 20 septembre 2021, la Dresse D_____ ne disait pas autre chose ; elle avait noté le choc direct, parfaitement décrit la rupture du long chef du biceps en relation avec l'accident de plus de dix ans, ce dont il déduisait que les atteintes retrouvées par les examens radiologiques ne lui permettaient pas de s'écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante et de la causalité, d'atteintes d'origine dégénérative. En tout état de cause, il considérait qu'au 21 novembre 2021, cette contusion, par choc direct sur l'épaule, avait cessé de déployer des effets, cinq mois après sa survenue.

g. Par acte du 21 janvier 2022, le conseil de l'assuré a complété son opposition, en rappelant le contenu des rapports médicaux et en considérant que les différents examens médicaux n'avaient pas fait état d'éléments permettant de retenir une origine maladive ou dégénérative de la lésion, alors même qu'il était démontré, de manière objective et sans équivoque, l'existence d'une rupture du tendon. Il considérait qu'aucun élément du dossier ne permettait d'écarter l'origine accidentelle des lésions et que les atteintes à la santé ressenties après le 6 septembre 2021 correspondaient à des lésions corporelles assimilées à un accident (déchirure du tendon), ce qui devait conduire à l'annulation de la décision entreprise, celle-ci étant contraire à l'art. 6 al. 2 let. f LAA.

h. Par décision sur opposition du 4 mars 2022, la SUVA a rejeté l'opposition en reprenant, en substance, l'appréciation du Dr G_____. La SUVA considérait que le rapport du médecin d'arrondissement avait une entière valeur probante car il était vierge de contradiction intrinsèque et ne laissait subsister aucun doute sur son bien-fondé. Partant, le droit de l'assuré aux prestations d'assurances, au-delà du 21 novembre 2021, était nié.

C. **a.** Par acte posté le 4 avril 2022, le conseil de l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 4 mars 2022, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu à son annulation et à ce qu'il soit constaté que le recourant avait droit aux prestations de l'assurance-accidents, après le 21 novembre 2021. Le recourant reprenait, en substance, les arguments déjà développés au niveau de l'opposition, tout en précisant que la première appréciation médicale de la Dresse D_____ pouvait prêter à confusion, en ce sens qu'elle ne mettait pas suffisamment en lumière la distinction entre la lésion du tendon du supra-épineux, qui était récente, et l'ancienne lésion du tendon sous-épineux, qui était attestée par la présence d'une dégénérescence graisseuse. Était joint au recours, notamment, un échange d'e-mails daté du 21 janvier 2022, entre le conseil de l'assuré et la Dresse D_____, cette dernière précisant que la lésion du long chef du biceps et du sous-épineux était ancienne (état antérieur) alors que la lésion du tendon du supra-épineux pouvait être récente, car il n'y avait pas de rétraction, pas de dégénérescence graisseuse et quelques fibres étaient encore présentes.

b. Par réponse du 11 avril 2022, la SUVA a considéré que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau déterminant, de sorte qu'il pouvait être, pour l'essentiel, renvoyé à la décision sur opposition du 4 mars 2022. S'agissant de l'éventuelle confusion entre la lésion du supra-épineux et du sous-épineux, l'intimée relevait que le caractère antérieur dégénératif et donc sans causalité avec l'accident de la lésion du sous-épineux, était unanimement reconnu. S'agissant du supra épineux, le Dr G_____ s'était exprimé dans le cadre de son appréciation du 11 janvier 2022 et l'avait qualifiée de dégénérative. L'appréciation de la Dresse D_____, selon laquelle l'arthro-IRM avait confirmé une rupture partielle du tendon du supra épineux sans rétractation et d'allure récente, ne permettait pas de se prononcer explicitement sur la causalité de la lésion avec l'accident. Cet élément était confirmé par l'utilisation du verbe « pouvoir », « la lésion du supra épineux peut être récente », ce qui n'était qu'une simple possibilité et non pas un fait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante. À la lumière de ce qui précédait, l'appréciation convaincante du Dr G_____ ne souffrait aucune critique ; elle n'était pas valablement remise en cause et devait donc être confirmée.

c. Par réplique du 4 mai 2022, le conseil du recourant a considéré qu'il n'était pas établi que l'accident ne constituait plus une cause, même très partielle, de l'atteinte à la santé, ce qui signifiait que l'obligation de prester de l'assureur n'avait pas pris fin. S'agissant du rapport rectifié de la Dresse D_____, il contredisait l'analyse du médecin d'arrondissement de l'intimée, ce qui devait conduire à la mise en œuvre d'une expertise.

d. Par duplique du 11 mai 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions, considérant qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise, uniquement parce que les avis médicaux n'allaient pas dans le même sens.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront exposés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. 82*a* 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]).

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

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de cesser de prester au-delà du 21 novembre 2021.

Étant précisé que les conclusions constatatoires du recourant, en principe irrecevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1), n'ont pas de portée propre, puisqu'elles ne visent qu'à asseoir le fondement juridique des conclusions condamnatoires également formulées.

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.

9.1 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).

9.2 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).

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).

9.3 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).

9.4 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).

9.5 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

9.6 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).

9.7 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)

10. 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).

11. 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).

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, l'intimée confirme dans la décision entreprise que le caractère accidentel de l'événement a été retenu. En revanche, en se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle considère qu'il existe un état dégénératif établi par l'imagerie médical et que le *statu quo sine* doit être fixé au 21 novembre 2021.

Le recourant conteste le point de vue de l'intimée en se fondant sur une interprétation de l'appréciation médicale de la Dresse D_____ et en alléguant l'existence d'une confusion entre les lésions au niveau du tendon du supra-épineux et du sous-épineux. Il considère que la lésion du supra-épineux n'a pas de caractère dégénératif établi au degré de la vraisemblance prépondérante et que le *statu quo sine* n'était pas atteint au 21 novembre 2021.

13.1 Il convient, à titre préalable, de préciser que l'atteinte à la santé faisant l'objet du litige concerne uniquement le tendon du supra-épineux.

En effet, comme le relève l'intimée dans sa duplique du 11 avril 2022, le caractère dégénératif de la lésion du sous-épineux est unanimement reconnu, la Dresse D_____ déclarant elle-même, dans son email du 21 janvier 2022 à l'attention du conseil du recourant, que « la lésion du long biceps et sous-épineux est ancienne ».

S'agissant plus particulièrement du tendon du long chef du biceps, la Dresse D_____ précise, dans son appréciation du 20 septembre 2021 que « la rupture complète du long du tendon LCB [long chef du biceps] » provient d'un « ancien accident de plus de 10 ans ».

13.2 Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 et de l'art. 6 al. 2 let. f LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017 se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence

(ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

Si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

13.3 En l'occurrence, s'agissant de la lésion du tendon du supra-épineux, le rapport d'échographie du 24 août 2021 mentionne un « aspect hétérogène désorganisé avec perte d'aspect fibrillaire au niveau de la partie distale du tendon sus-épineux s'étendant sur 10 mm de diamètre dans le plan coronal sans signe de rétractation des fibres tendineuses ».

Le rapport d'arthro-IRM du 6 septembre 2021 mentionne une « déchirure de la face bursale du tendon sus-épineux de 6 x 7 mm au foot print sans rétractation des fibres tendineuses, partielle et non transfixiante, avec persistance de fibres articulaires continues ». Par ailleurs, la présence d'une involution graisseuse de grade II selon la classification Goutallier est observée sur le sous-épineux alors qu'aucune présence graisseuse de type Goutallier n'est mentionnée pour le tendon du supra-épineux.

Dans son appréciation médicale du 5 janvier 2022, le médecin d'arrondissement de l'intimée mentionne, en page trois, « en ce qui concerne la rupture partielle du tendon du sus-épineux, elle est à la fois exposée dans une notion de dégénérescence graisseuse de Goutallier 2 associée par ailleurs à des éléments anatomiques de remaniements acromio-claviculaires et d'acromion long, tout élément en faveur d'atteintes dégénératives avec une morphologie locale, l'âge, par le type de travail ».

Or, cette appréciation du Dr G_____ est inexacte en ce sens que la notion de dégénérescence graisseuse de type Goutallier ne se rapporte pas au tendon du sus-

épineux (ou supra-épineux) mais bel et bien au tendon du sous-épineux, comme cela ressort clairement du rapport d'arthro-IRM du 6 septembre 2021.

La littérature scientifique établit un lien entre la présence d'une infiltration graisseuse, selon la classification de Goutallier, et les lésions de la musculature de la coiffe des rotateurs, précisant « qu'une infiltration graisseuse de stade 2 s'installe, toutes situations confondues (accidentelle et non accidentelle) en trois ans, 2.5 ans et 2.5 ans après l'apparition des symptômes dans les muscles sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire respectivement » (docteur H_____, Lésion transfixiante dégénérative ou traumatique de la coiffe des rotateurs, in Forum médical suisse, 2019, 19, p. 264) .

Ainsi, la présence d'une infiltration graisseuse au stade Goutallier 2 indique une lésion de plus de 2.5 ans ; or, une telle infiltration a été observée au niveau du sous-épineux mais pas au niveau du supra-épineux, ce qui semble indiquer que la lésion du tendon supra-épineux était probablement récente, lors de l'examen arthro-IRM du 6 septembre 2021.

La confusion présente dans le rapport du médecin d'arrondissement conduit la chambre de céans à écarter son appréciation médicale et, partant, ses conclusions quant à la date du *statu quo sine* fixée au 21 novembre 2021.

En cas de doute, même minime, sur la fiabilité et la cohérence des constatations médicales internes à l'assurance, il convient de procéder à des examens complémentaires, ce d'autant plus que dans l'état actuel du dossier médical, il n'est pas possible de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la date du *statu quo sine*.

14. Compte tenu du fait que les documents médicaux ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au 21 novembre 2021 les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouaient plus de rôle et devaient ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3), il convient d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle mette en place une expertise médicale, par un orthopédiste, pour établir l'origine dégénérescente ou accidentelle de la lésion du tendon du supra-épineux et déterminer la date du *statu quo sine*.

15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté par un mandataire professionnellement qualifié, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 4 mars 2022 et renvoie la cause à l'intimée, pour mise en place d'une expertise médicale au sens des considérants.
4. Alloue au recourant, à charge de l'intimée, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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	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