RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1489/2021 **ATAS/830/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 septembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____ à SAINT CERGUES, France — 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 en 1973, est assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 29 avril 2020, dans le cadre de son travail de jardinier chez B_____ S.A. à Genève, l'assuré a glissé avec une tronçonneuse dans les mains. Il a alors ressenti une forte tension dans l'épaule droite. Il a continué son travail.

c. Le 26 juin 2020, l'assuré s'est rendu chez son médecin, le docteur C_____, médecin généraliste, en raison de la persistance de douleurs à l'épaule droite.

d. L'assuré a passé une échographie le 7 juillet 2020 en raison de l'indication de scapulalgie (douleurs de l'épaule en l'espèce droite). En conclusion, cet examen a montré un tendon bicipital continu, le tendon du sous-scapulaire normalement inséré, une plage hypoéchogène (sombre) intéressant la face profonde du tendon du sus-épineux en faveur d'une fissure, le respect du tendon du sous-épineux, un aspect habituel de l'acromio-claviculaire et du LAC (ligament acromio-coracoïdien).

e. Le 14 juillet 2020, l'employeur de l'assuré a déclaré le sinistre à la SUVA. Selon la déclaration de l'employeur, le 29 avril 2020, l'assuré s'était pris le pied sur une branche et avait perdu l'équilibre. Le poids de la tronçonneuse qu'il portait lui avait alors causé une forte tension dans l'épaule droite. L'employeur avait déclaré tardivement l'accident, dans la mesure où l'assuré ne s'était pas directement rendu chez un médecin, pensant que les douleurs allaient passer, et n'avait prévenu son employeur de l'accident que le 14 juillet 2020.

f. La docteure D_____, que l'assuré a consulté par la suite, a évoqué, dans un rapport du 30 juillet 2020, une fissuration du tendon sus-épineux droit. La douleur était stable. L'assuré ne prenait pas d'antalgique pour ses douleurs, sauf exceptionnellement en cas de douleurs importantes. L'amplitude et la force étaient conservées au niveau de la coiffe des rotateurs. L'assuré avait déjà fait trois séances de physiothérapie.

g. Le 3 août 2020, la SUVA a soumis ce cas à son service médical, lequel a indiqué, le 10 août 2020, qu'une « lésion confirmée en 6.2 n'était pas acceptée », car il n'y avait pas de rupture du tendon selon l'échographie. Il a retenu une décompensation d'une tendinopathie. Il n'y avait pas d'incapacité de travail selon les déclarations de l'assuré.

h. La SUVA a reçu ensuite un rapport d'un physiothérapeute, daté du 10 septembre 2020, dans lequel était évoquée une mobilité normale avec persistance de douleurs. En note était relevé un risque d'aggravation de la situation de la tendinopathie.

i. Le 17 septembre 2020, la SUVA a à nouveau soumis le cas au service médical, lequel a retenu un retour à l'état antérieur à 6 mois du sinistre en absence de rupture du tendon, soit au 29 octobre 2020.

j. Par courrier, la SUVA a informé l'assuré du fait que le statu quo sine était atteint le 29 octobre 2020.

k. Le 16 octobre 2020, l'assuré s'est opposé par téléphone à l'évaluation de son cas.

l. Le Dr C_____ a établi un nouveau rapport à destination de la SUVA, le 10 janvier 2021. Il relevait une tendinopathie de la coiffe et proposait une réévaluation de l'épaule droite pour des douleurs similaires.

m. Le 15 janvier 2021, la SUVA a reçu des documents médicaux dont une note de consultation du docteur E_____, chirurgien orthopédiste, du 17 décembre 2020, laquelle figurait déjà au dossier de l'assuré, des rapports d'IRM et un rapport d'échographie.

n. Le 18 janvier 2021, le service médical a procédé à une nouvelle évaluation au regard de l'ensemble des éléments disponibles. Il existait une tendinopathie non transfixiante avec un conflit sous-acromial selon le médecin traitant, soit une atteinte d'origine maladive et non accidentelle.

o. Par décision du 3 février 2021, la SUVA a clos le dossier au 29 octobre 2020, au motif que l'événement du 29 avril 2020 avait cessé de déployer ses effets, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvant être considéré comme atteint à cette date.

p. Le 16 février 2021, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

q. Le dossier a dès lors été soumis par la SUVA à son médecin d'arrondissement. Selon les informations reçues de l'assuré, le Dr E_____ évoquait l'utilité d'une intervention chirurgicale avec acromioplastie plus ou moins ténotomie du biceps. Le chirurgien parlait d'une lésion partielle de la face profonde du sus-épineux, avec des signes de conflit sousacromial et une tendinite du long biceps. Pour le service médical de la SUVA, la décision d'un retour à l'état antérieur proposée par la SUVA semblait en adéquation avec l'analyse assécurologique de ce cas.

r. Le 13 avril 2021, la SUVA a rejeté l'opposition.

s. Selon un rapport opératoire du Dr E_____, ce dernier avait pratiqué, le 30 mars 2021, une ténotomie et ténodèse du biceps, une résection de la portion intra-articulaire du biceps, une bursoscopie de la bourse sous-acromiale avec un nettoyage de l'espace sous-acromial, section du ligament coraco-acromial, puis acromioplastie généreuse à la fraise, résection des ostéophytes de la face profonde de l'extrémité latérale de la clavicule. Il avait constaté une rupture de la face profonde du supra-épineux contingent antérieur qui allait être régularisée, avec

réinsertion sur une ancre Conmed Y-Not, faible tension. Il proposait une rééducation précoce.

t. Le 3 janvier 2022, la SUVA a demandé une analyse assécurologique à son service médical.

u. Le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, membre FMH, a relevé que selon les informations disponibles, l'assuré, né en 1973, jardinier, avait déclaré un évènement traumatique qui aurait eu lieu au mois d'avril 2020. La déclaration avait été faite de façon tardive au mois de juillet 2020. Il avait été signalé, dans la réponse de l'employeur, que l'assuré n'avait ni fait de déclaration de sinistre ni consulté un médecin dans les suites immédiates du sinistre. Les bilans cliniques et radiologiques réalisés initialement par le médecin traitant au mois de juin et juillet 2020, soit plus de deux mois après l'évènement, mettaient en évidence une plage hypoéchogène en faveur d'une fissure du tendon, il n'existait pas de bursite sous-acromio-deltoïdienne. Le Dr F_____ rappelait qu'il était parfois difficile de faire la différence entre une tendinopathie fissuraire et une rupture tendineuse aigue. La rupture aigue d'un tendon de la coiffe de rotateurs s'accompagnait, en général d'une limitation fonctionnelle, d'une douleur et d'une gêne importante, ce qui n'avait pas été observé dans le cas de l'assuré, lequel avait continué son activité professionnelle, soit une activité physique contraignante pour les épaules avec port de charges lourdes et efforts importants au quotidien. Une rupture partielle pouvait effectivement se produire, mais en général si la charge physique pour le tendon blessé persistait, le tendon fragilisé allait passer d'une rupture partielle à une rupture complète, la lésion aigue abîmant sensiblement un tendon sain. L'évolution observée en cas de tendinopathie fissuraire était différente, la lésion chronique dégénérative présentant des mécanismes de cicatrisation partielle et fissures itératives, répétées. Le fait que l'assuré n'avait pas consulté de médecin et poursuivi son activité professionnelle sans constater d'aggravation dans les trois semaines ayant suivi l'événement plaidait en faveur d'une lésion chronique plutôt que d'un épisode de rupture aigue.

v. Compte tenu de l'analyse du Dr F_____ notamment, la SUVA a adressé à l'assuré une décision le 3 février 2021 lui refusant des prestations au-delà du 29 octobre 2020. La SUVA rappelait que la bibliographie médicale était abondante dans ce domaine et elle exposait que des lésions asymptomatiques pouvaient toucher un tendon comme le supra-épineux, de sorte qu'il était parfois difficile de différencier la lésion de type dégénératif d'une lésion accidentelle. L'absence de symptomatologie grave et sérieuse dans les suites immédiates de l'événement annoncé faisait plutôt penser à la possibilité d'une lésion de type dégénératif par usure. En outre, lors de l'évaluation de l'échographie, il n'y avait pas de modification de la bourse sous-acromiale et sous-deltoïdienne. La présence de liquide dans ces bourses était typiquement observée dans les suites d'un accident ou d'une lésion traumatique. Cet élément faisait défaut, à quelques

semaines de l'évènement annoncé. Le liquide avait pu se résorber de la même façon qu'un hématome banal. Cet élément n'était cependant pas essentiel dans la décision. À la suite d'une première décision de refus de la SUVA, l'assuré avait apporté le résultat d'un examen par IRM du 1er janvier 2020. Ce document reçu par la SUVA, le 15 janvier 2021, et jusqu'alors inconnu du service médical, confirmait une perforation centimétrique de la face profonde du tendon sus-épineux, semblant respecter les fibres plus superficielles du tendon et surtout avec une absence de passage de contraste dans la bourse sous-acromiale. L'absence de passage de liquide dans cette bourse confirmait l'absence de rupture totale, transfixiante. Ceci était cohérent avec le rapport de l'échographie. L'IRM confirmait aussi la normalité du tendon sous scapulaire et du sous-épineux. Ce dernier avait un remaniement micro géodique du col huméral anatomique à son insertion. Cet élément était observé en cas de pathologie dégénérative, car les géodes sont des lésions chroniques qui se développent sur plusieurs années. Elles ne sont jamais traumatiques. Il n'y avait par ailleurs pas d'altération de la trophicité musculaire, mais un respect du cartilage et du bourrelet glénoïdien. Le radiologue évoquait aussi une « arthropathie acromio claviculaire évoluée, hypertfophique, comportant de remaniements congestifs ». Les arthropathies étaient des pathologies liées à l'usure et non pas considérées comme traumatiques, sauf en cas de lésions anciennes de plus de 24 mois, au moins. Selon l'analyse du radiologue, le patient présentait à ce moment-là, dans les suites d'une épaule douloureuse, des lésions de type arthropathie acromio-claviculaire évoluée hypertrophique comportant des remaniements congestifs. Au niveau des tendons, il considérait qu'il existait une perforation centimétrique de la face profonde du tendon supra-épineux, non perforante, semblant encore respecter les fibres les plus superficielles du tendon avec surtout absence du passage du contraste dans la bourse sous-acromial. Le tendon sous-scapulaire était respecté. L'analyse de cette IRM, réalisée plus de six mois après la date du sinistre annoncé, confirmait qu'il n'y avait pas de rupture complète du tendon, car le liquide injecté par l'arthrographie IRM (injection de produit dans l'articulation) n'arrivait pas à passer vers la bourse sous-acromiale, ce qui aurait été le cas si la rupture avait été complète. Cet élément de l'arthro-IRM permettait ainsi de confirmer l'existence d'une lésion de type partielle sans rupture complète du tendon supraépineux. L'évaluation de la coiffe des rotateurs restante, et en particulier le tendon sous-scapulaire et le tendon infra-épineux, était normale. L'arthro-IRM de l'épaule droite confirmait en d'autres termes une perforation non transfixiante du tendon avec l'existence de lésions de type dégénératif d'un deuxième tendon, le tendon infra-épineux (sous épineux) qui n'était pas rompu, mais qui avait des micro-géodes visibles à l'IRM. Ensuite, le Dr F_____ a rappelé que la SUVA a reçu un rapport opératoire concernant la chirurgie réalisée le 30 mars 2021 (constat d'une rupture du supra-épineux et réparation, constat d'anomalies au niveau de l'acromion et réalisation d'une acromioplastie généreuse à la fraise, constat d'ostéophytes de la face profonde de l'extrémité latérale de la clavicule droite, ces

ostéophytes étant le témoin d'une pathologie dégénérative). Le Dr F_____ relevait que l'acromioplastie pratiquée était une technique chirurgicale s'adressant aux traitements de pathologies dégénératives. Elle n'était jamais réalisée en cas de rupture aigue d'un tendon préalablement sain. Le fait de faire une acromioplastie et d'observer des ostéophytes témoignaient d'un traitement chirurgical visant une pathologie dégénérative. En résumé, l'analyse initiale n'avait pas permis de confirmer les lésions de type 6.2, l'IRM réalisée à la fin de l'année 2020 avait mis en évidence des anomalies multiples de type dégénératif, et en dernier lieu, le rapport de l'intervention du 30 mars 2021 montrait effectivement une rupture du supra-épineux, mais dans un contexte de lésions dégénératives associées traitées, incluant la région acromiale, avec acromioplastie, et avec la présence d'ostéophytes de la face profonde de l'extrémité latérale de la clavicule. L'ensemble des données médicales permettait en conséquence de confirmer la décision initiale de la SUVA. En l'absence de lésion d'origine accidentelle ou ressortant de la liste prévue à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme atteint au maximum six mois après la date du sinistre annoncé.

w. Par décision du 13 avril 2021, la SUVA a rejeté pour ces motifs l'opposition de l'assuré.

B. **a.** Par acte du 30 avril 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre cette décision, en concluant à ce que la SUVA reconnaisse son devoir de prester et prenne ainsi à sa charge les traitements consécutifs à l'accident du 29 avril 2020 au-delà du 29 octobre 2020.

b. Par réponse du 25 mai 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.

c. Le 3 novembre 2021, l'assuré a adressé à la chambre de céans tous les documents médicaux en lien avec son accident et les traitements suivis.

d. Par courrier du 17 janvier 2022, la SUVA s'est prononcée sur les pièces produites, lesquelles ne venaient que confirmer sa position.

e. Par courrier du 2 février 2022, l'assuré a indiqué trouver regrettable que le Dr F_____ lui reproche de ne pas avoir annoncé son accident plus tôt. Il avait attendu avant d'aller consulter un médecin en pensant que la douleur allait passer. Il en avait parlé à son employeur et son poste avait été adapté.

f. 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

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

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations pour accident, au-delà du 29 octobre 2020.

5.

5.1 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.

5.2 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).

5.3 Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

5.4 La responsabilité de l'assureur-accident 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).

5.5 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

5.6 Notre Haute Cour a retenu que le statu quo sine ne peut être atteint avant une intervention chirurgicale visant à traiter une lésion préexistante à l'accident, lorsque les troubles ayant nécessité cette opération ont été déclenchés par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.3).

5.7 Déterminer l'avènement du statu quo sine d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

5.8 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). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). 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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le statu quo

ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, 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).

5.9 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).

5.10 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

5.11 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

5.12 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).

6. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement au 29 octobre 2020, date à partir de laquelle elle a considéré que l'événement du 29 avril 2020 avait cessé de déployer ses effets et que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint. Elle s'est en particulier fondée sur l'appréciation médicale du Dr F_____ pour en arriver à cette conclusion que le recourant conteste.

6.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette appréciation médicale.

6.2 La chambre de céans constate à titre liminaire que ce médecin a pris connaissance de l'ensemble des pièces de l'intimée, dont l'échographie de juillet 2020, l'examen IRM de décembre 2020 et le rapport d'intervention de mars 2021, et les conclusions des praticiens à l'égard de ces examens. Il a tenu compte des plaintes de l'intéressé, avant de livrer son appréciation du cas, et de motiver ses conclusions. Son rapport remplit donc a priori les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6.3 Quant à l'appréciation médicale du Dr F_____, l'on constate que ce médecin, spécialisé en chirurgie orthopédique, a recherché l'étiologie de l'atteinte à l'épaule droite dont souffre le recourant pour retenir que l'atteinte était de type dégénératif et non de type accidentel.

L'ensemble des données médicales vont dans ce sens. Ni l'échographie, ni l'examen par IRM réalisé à la fin de l'année 2020 n'ont permis de constater de lésions aigues. Ils ont en revanche mis en évidence des anomalies multiples de type dégénératif. Le rapport de l'intervention du 30 mars 2021 a montré une rupture du supra-épineux, dans un contexte de lésions dégénératives associées traitées, incluant la région acromiale, avec acromioplastie, et avec la présence d'ostéophytes de la face profonde de l'extrémité latérale de la clavicule. Le chirurgien ayant pratiqué l'intervention en mars 2021 relevait lui aussi, avant ladite intervention, l'existence d'une lésion partielle de la face profonde du sus-épineux, avec des signes de conflit sous-acromial et une tendinite du long biceps.

Le Dr F_____ a en outre exposé les éléments factuels et médicaux allant tous dans le sens d'une lésion dégénérative. L'examen échographique de juillet 2020 avait en effet montré une plage hypoéchogène (sombre) intéressant la face profonde du tendon du sus-épineux parlant en faveur d'une fissure, et non d'une rupture dudit tendon, étant rappelé que l'examen n'avait pas mis en évidence d'autres atteintes. L'origine de l'atteinte du tendon sus-épineux n'était pas exposée. La Dre D_____ qui avait constaté le 30 juillet 2020 une fissuration du tendon sus-épineux droit, ne s'était pas prononcée sur son origine, mais avait pu constater que la douleur ressentie par l'assuré était stable et ne justifiait pas de prise d'antalgique, sauf exceptionnellement. L'amplitude et la force étaient conservées au niveau de la coiffe des rotateurs (rapport de la Dre D_____ du 30 juillet 2020). Ces constats permettent d'expliquer pourquoi l'assuré n'a pas été en arrêt de travail à la suite de son accident. Le Dr F_____ en tire également pour conclusion que la fissure ne pouvait être une atteinte aigue consécutive à un accident, à défaut de quoi l'assuré n'aurait pas été en mesure de poursuivre son activité professionnelle. En revanche, une atteinte de type dégénératif était compatible avec les constats de la Dre D_____. Le Dr C_____ retenait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (rapport du 10 janvier 2021). Et enfin, le Dr F_____ relevait que l'acromioplastie pratiquée par le Dr E_____ était une technique chirurgicale s'adressant aux traitements de pathologies dégénératives. Elle n'était jamais réalisée en cas de rupture aigue d'un tendon préalablement sain. Le fait de faire une acromioplastie et d'observer des ostéophytes confirmait encore selon le Dr F_____ un traitement chirurgical visant une pathologie dégénérative.

Le fait allégué par le recourant selon lequel il avait mentionné son accident à son employeur, lequel avait adapté la place de travail, est contraire à ce que l'employeur a exposé à la SUVA, à savoir qu'il n'avait appris l'accident que le 14 juillet 2020. Cela étant, quand bien même, le recourant aurait informé son employeur, force serait de constater que le recourant a néanmoins pu continuer à travailler sans que son employeur ne déclare l'accident et n'a pas consulté de médecin avant le mois de juillet 2020. En outre, d'un point de vue médical, en juillet 2020, le recourant ne prenait pas d'antalgique, sauf exceptionnellement, et

son amplitude et sa force étaient conservées au niveau de la coiffe des rotateurs (rapport de la Dre D_____ du 30 juillet 2020). Ces éléments ont été appréciés par le Dr F_____ en tant qu'éléments allant dans le sens d'une pathologie dégénérative, raison pour laquelle les conséquences de l'accident ont quant à elles cessé d'exister à six mois de l'accident. L'intervention subséquente ayant été dictée par un besoin de réparer une lésion dégénérative, l'intimée n'avait pas à prester au-delà du 29 octobre 2020.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans constate qu'aucun élément concret ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr F_____, dûment motivée et convaincante. Au contraire, les éléments médicaux appréciés par ce dernier vont dans le même sens.

La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du Dr F_____ et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé du recourant était stabilisé le 29 octobre 2020.

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

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	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