



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1514/2018

ATAS/565/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 6 juillet 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHENS SUR LÉMAN, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves  
MABILLARD

recourant

contre

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse  
1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1958, travaille à Genève en qualité de réceptionniste pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) depuis octobre 2008 et est, à ce titre, assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 19 août 2017, l'assuré a chuté sur l'épaule droite lors d'une course à pied.
3. Dans la déclaration d'accident du 29 août 2017, son employeur a mentionné qu'il avait subi un « écrasement » de l'épaule droite suite à une chute pendant un « footing ». Il était suivi par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin en France.
4. Le 31 août 2017, la SUVA a transmis à la Caisse primaire d'assurance maladie (ci-après : la CPAM) de Haute-Savoie le formulaire concernant l'attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance contre les accidents du travail, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles. Selon les cases cochées de ce formulaire, la SUVA a accordé à l'assuré l'autorisation de conserver le bénéfice des « prestations en nature » en France pendant la durée prévue par les dispositions de la législation du pays de sa résidence, « pendant trois mois au plus ».
5. Par courrier du 31 août 2017, la SUVA a attiré l'attention de l'assuré sur certains éléments découlant de son statut de frontalier. Les factures des traitements médicaux suivis en France devaient être décomptés par la CPAM et les dispositions et les tarifs français s'appliquaient. Une confirmation de prise en charge des frais avait d'ores et déjà été envoyée à la CPAM, laquelle intervenait selon le système du tiers payant, puis demandait le remboursement des prestations fournies à la SUVA. Il était relevé que la CPAM remboursait uniquement selon le tarif de la sécurité sociale et que la SUVA, en tant qu'assurance sociale, ne pouvait pas non plus prendre en charge les éventuels frais supplémentaires. La SUVA continuait à payer les coûts des traitements médicaux en Suisse directement aux fournisseurs de prestations selon les tarifs et dispositions suisses.
6. Le 8 novembre 2017, l'assuré a bénéficié d'une arthrographie et d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il ressort du rapport y relatif du 9 novembre 2017 des docteurs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, radiologues, que ces examens ont mis en évidence une arthrose acromioclaviculaire, une ostéophytose de la glène humérale, une désinsertion du tendon du muscle supra-épineux avec une rétraction à mi-hauteur de la tête humérale en rapport avec un stade 2, une tendinose du muscle infra-épineux avec une

---

désinsertion complète à mi-hauteur de la tête, une déchirure de la face profonde du muscle sous-scapulaire avec un maintien de quelques fibres, une subluxation du tendon du long chef du biceps et une tendinopathie de sa portion horizontale intra articulaire et au niveau de la gouttière bicipitale, une capsulite secondaire, une synovite réactionnelle, une amyotrophie de la partie charnue du muscle sus-épineux avec un début d'involution graisseuse de grade 2 selon la classification de Goutallier, et une involution graisseuse de grade 2 du muscle infra-épineux.

7. Le 21 novembre 2017, la SUVA a reçu une demande de garantie d'hospitalisation de l'Hôpital de la Tour pour une entrée prévue le lendemain.
8. Dans un rapport du 22 novembre 2017, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, a indiqué au Dr C\_\_\_\_\_ qu'il avait examiné l'assuré le 20 novembre 2017. L'intéressé présentait une épaule pseudo paralytique dans le cadre d'une lésion massive de la coiffe de type D. Au vu de l'importance de la lésion, de l'âge et des attentes du patient, une réparation de la coiffe des rotateurs était préconisée.
9. En date du 22 novembre 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a procédé, à l'Hôpital de la Tour, à une arthroscopie de l'épaule droite avec une ténotomie du long chef du biceps, une réparation de la coiffe des rotateurs et une acromioplastie latérale. Selon le compte-rendu opératoire du 23 novembre 2017, ont été diagnostiqués une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite de type C selon Collin et B1 selon G\_\_\_\_\_ au dépend des tendons sous-scapulaires (type 2), sus-épineux et sous-épieux, un conflit sous-acromial droit et une tendinopathie sévère avec une instabilité médiale du long chef du biceps. Les suites opératoires ont été simples.
10. Par courriers des 23 et 24 novembre 2017, la SUVA a indiqué à l'assuré et à l'employeur qu'elle avait besoin de renseignements complémentaires pour se déterminer sur le droit aux prestations.
11. Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'employeur a annoncé une rechute le 22 novembre 2017, l'assuré étant en arrêt de travail depuis lors.
12. Dans un rapport du 6 décembre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué avoir été consulté par l'assuré le 22 août 2017. Il a rappelé les diagnostics retenus par le Dr G\_\_\_\_\_ et précisé que son patient était en incapacité totale de travail depuis le 23 novembre 2017.
13. En date du 8 janvier 2018, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA.

Selon le compte-rendu y relatif, il a indiqué avoir été victime de deux accidents antérieurs ayant entraîné une blessure au niveau de l'épaule droite, sans séquelles.

Le 19 août 2017, il courait sous les pins lorsque son pied droit avait touché une racine, le déséquilibrant brusquement en avant. Le choc contre le sol en terre dure avait été amorti par son épaule droite. Il avait appliqué de la glace et pris des antalgiques, jusqu'à sa visite au Dr C\_\_\_\_\_, le 22 août 2017. Compte tenu de la

---

persistance des douleurs, celui-ci avait effectué une arthro-IRM le 8 novembre 2017, puis, à la lecture des résultats, contacté le Dr G\_\_\_\_\_. Il avait été opéré le 22 novembre 2017 et était réintégré son domicile le lendemain. Il avait gardé un coussin sous le bras droit nuit et jour, avait pris de la Morphine durant 15 jours, puis du Doliprane le soir. Son attelle serait retirée le 11 janvier 2018, date à partir de laquelle il pourrait à nouveau mobiliser son bras droit. Il était en incapacité totale de travail car il ne pouvait pas conduire, alors que son poste impliquait de le faire. Il souffrait de douleurs résiduelles la nuit, dépendantes de son positionnement.

14. Le 11 janvier 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie.
15. Le 7 février 2018, la SUVA a demandé au Dr G\_\_\_\_\_ des renseignements sur le processus de guérison.
16. Dans une appréciation du 19 février 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, s'est prononcé sur la relation de causalité entre le sinistre assuré et l'intervention réalisée le 22 novembre 2017.

Il a résumé les pièces à sa disposition et considéré que l'examen IRM avait révélé, chez un assuré de 59 ans, des signes dégénératifs avec une ostéophytose, une tendinopathie diffuse au niveau des tendons de la coiffe et du biceps et, surtout, une infiltration graisseuse de stade 2 selon Goutallier. Selon les données de la littérature médicale, les ruptures de la coiffe des rotateurs survenaient le plus souvent sur un tendon pathologique, les ruptures sur un tendon antérieurement sain étant rares. Le mécanisme rapporté par l'assuré avec une chute et un impact direct sur l'épaule droite n'entraînait habituellement pas de lésions au niveau de la coiffe ; celles-ci survenaient lorsque le coude était écarté du corps ou lors d'un impact sur le coude avec mécanisme de compression de l'espace sous-acromial. En outre, l'examen IRM avait révélé une arthrose acromio-claviculaire pouvant entraîner une lésion dégénérative du sus-épineux. Cet examen avait confirmé également une amyotrophie du sus-épineux avec une involution graisseuse de grade 2. Or, il était reconnu que l'infiltration ne survenait que plusieurs mois après la rupture tendineuse. Les études cliniques avaient démontré qu'après une rupture complète, le tendon se rétractait progressivement pendant des mois, voire pendant une année, et que le temps écoulé entre la rupture complète et l'infiltration graisseuse moyenne apparaissait un an ou plus par la rupture, celle-ci s'aggravant progressivement. Il était par ailleurs bien établi que l'atteinte de la coiffe des rotateurs suite à une dégénérescence tendineuse était généralement bien supportée et restait longtemps asymptomatique.

Il avait personnellement pris connaissance des clichés IRM et confirmait l'infiltration graisseuse dans le corps du sus-épineux. Dans ces conditions, il concluait que la rupture était, de façon probable, survenue antérieurement à la

---

chute, laquelle avait simplement contribué à la mettre en évidence. Pour sa part, il retenait le diagnostic de contusion simple sur une épaule dégénérative antérieure, avec aggravation temporaire de l'état antérieur et fixait le statu quo sine au 8 novembre 2017, soit après deux mois et demi, l'évènement traumatique ayant alors cessé ses effets délétères.

17. Par décision du 20 février 2018, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 8 novembre 2017, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident et les troubles ayant subsisté.
18. Par courriers du 21 février 2018, la SUVA a informé l'assuré et l'employeur qu'aucune indemnité journalière ne serait versée, la période d'incapacité de travail étant inférieure aux trois jours du délai de carence. En revanche, elle réglerait directement les frais de traitement des médecins et autres prestataires de soins exerçant en Suisse.
19. Le 21 février 2018, la SUVA a accordé à l'Hôpital de la Tour une « garantie de prise en charge pour le traitement hospitalier conformément au contrat », respectivement tarif LAA, « sous réserve de prestations non reconnues par décision de la CTM ».
20. Le 1<sup>er</sup> mars 2018, l'assuré s'est opposé à la décision du 20 février 2018 en expliquant notamment que s'il n'avait été opéré que trois mois après l'accident, c'est en raison de la présence d'un hématome à l'épaule dont il avait fallu attendre la résorption, du fait qu'il avait ensuite dû patienter pour obtenir des rendez-vous pour l'arthro-IRM et être opéré.
21. Par décision du 27 mars 2018, la SUVA a confirmé celle du 20 février 2018 en relevant en substance que, selon la jurisprudence, une simple contusion à l'épaule ne pouvait entraîner de lésions au niveau de la coiffe des rotateurs.
22. Dans un rapport adressé au médecin-conseil de la SUVA le 14 avril 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a défendu l'opinion que la chute survenue en août 2017 avait bel et bien engendré une rupture de la coiffe des rotateurs. L'étiologie de cette rupture avait été remise en cause par le fait qu'un rapport radiologique initial mentionnait une infiltration graisseuse de stade 2 du supra et de l'infra-épineux. Toutefois, après réexamen des images, il était « clair » que l'infiltration graisseuse n'avait pas atteint ce stade. Par conséquent, la rupture de la coiffe n'était pas d'origine dégénérative, mais aiguë et traumatique.
23. Invité à se déterminer, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé, le 17 avril 2018, que le rapport radiologique avait été signé par trois radiologues des HUG et rappelé qu'il avait également pris connaissance des images disponibles.
24. Par acte du 7 mai 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre la décision du 27 mars 2018 en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à celle du Dr G\_\_\_\_\_, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce que le caractère accidentel de ses

---

atteintes soit reconnu, à ce que l'intimée soit condamnée au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux, des frais d'hospitalisation et des frais de traitement dus à l'accident du 19 août 2017. Subsidiairement, il conclut à la mise sur pied d'une expertise médicale afin de confirmer le caractère accidentel des troubles après le 8 novembre 2017.

Le recourant soutient que l'appréciation du médecin d'arrondissement est erronée puisque l'infiltration graisseuse n'est pas de grade II mais I, de sorte qu'elle ne peut être considérée comme consécutive à une lésion chronique et dégénérative. Selon lui, l'accident du 19 août 2017 est bien la cause directe des troubles ayant nécessité l'intervention du 22 novembre 2017.

Il ajoute que, d'un point de vue scientifique, un choc direct sur l'épaule sans réception sur le membre supérieur en extension correspond à une action vulnérante et est apte à engendrer une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs.

Pour le surplus, le recourant se plaint d'une violation du devoir d'information de l'intimée et se prévaut du principe de la protection de la bonne foi. En effet, l'employeur a annoncé le sinistre le 29 août « 2019 » (recte : 2017) et l'intimée lui a confirmé la prise en charge des frais médicaux, tant en France (pour autant que ceux-ci soient adressées à la CPAM) qu'en Suisse. C'est fort de cette garantie, qu'il a consulté un spécialiste et accepté une intervention à Genève. Ce n'est qu'une fois l'opération réalisée que l'intimée l'a informé qu'elle devait encore examiner son droit aux prestations. Si l'intimée avait tout de suite émis des réserves quant à la prise en charge de l'intervention, il aurait pu reporter cette dernière ou choisir de se faire opérer dans le public, ou encore en France, pour éviter de devoir régler d'importantes factures, faute d'assurance-maladie suisse.

A l'appui de sa position, le recourant produit notamment produit :

- des factures relatives à l'intervention du 22 novembre 2017 et aux examens réalisés le 8 novembre 2017, des prescriptions du Dr C\_\_\_\_\_ suite à la consultation du 22 août 2017
- une attestation de ce médecin du 2 mars 2018 relatant avoir observé lors de ladite consultation, un hématome en regard de l'épaule droite ;
- un questionnaire rempli le 25 avril 2018 par le Dr G\_\_\_\_\_, mentionnant des antécédents de réparation de la coiffe des rotateurs droite le 22 novembre 2017 et précisant que le patient était en rééducation et serait revu six mois après l'intervention pour un contrôle clinique et échographique ; selon ce médecin, l'accident du 19 août 2017 est une cause au moins partielle des troubles ayant nécessité l'intervention ; des facteurs extérieurs ont pu jouer un rôle car le patient était connu pour des antécédents de luxation gléno-humérale en 1983 à la suite d'un accident de moto et en 1990 après une chute en vélo ; il avait complètement récupéré de ces deux accidents ; si ces anciens traumatismes avaient créé des lésions massives de la coiffe des rotateurs, l'infiltration graisseuse de sa musculature ne serait pas de stade I mais IV ; les facteurs

---

extérieurs n'ont donc pu jouer un rôle de plus de 10% ; le médecin estime que, sans l'accident, aucun trouble n'existerait, selon un très haut degré de vraisemblance ; il souligne que les mécanismes lésionnels d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs ont récemment été redéfinis par le groupe d'experts suisses en chirurgie de l'épaule et du coude, groupe qui estime qu'un choc direct sur l'épaule sans réception sur le membre supérieur en extension correspond à une action vulnérante et est apte à générer une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs ; le médecin ajoute que le diagnostic retenu par le médecin d'arrondissement de l'intimée doit être écarté et ce, pour plusieurs raisons : tout d'abord, le patient n'a présenté aucun trouble préalable et a parfaitement récupéré des anciens traumatismes survenus dans sa jeunesse ; il a subi un traumatisme adéquat avec une action vulnérante qui a entraîné une épaule pseudo paralytique ; or, un tel développement suite à un traumatisme est un argument majeur ; enfin, l'expert de l'intimée a été trompé lors de son analyse de l'infiltration graisseuse en raison de l'importante rétraction des tendons (en cas de rétraction importante, il convient d'analyser l'infiltration graisseuse non pas comme d'habitude, au niveau de la coupe sagittale en Y, mais bien plus médialement) ; s'agissant de l'intéressé, il existait une IRM avec des coupes en T1 très médiales et l'analyse du corps musculaire ne révèle en aucun cas une infiltration graisseuse marquée, tout au plus de stade 1, ce qui ne correspond en aucun cas à un signe de lésion chronique et dégénérative.

25. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 juillet 2018, a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours.

Elle estime avoir à bon droit mis un terme à ses prestations le 8 novembre 2017.

Selon elle, l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à faire douter de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, corroborée par la spécialiste de son Centre de compétence, en référence avec la littérature médicale.

Quant au principe de protection de la bonne foi invoqué par le recourant, elle répond que son courrier du 31 août 2017 était une simple lettre d'information adressée à tous les assurés domiciliés en France afin de les informer sur le système de prise en charge des frais médicaux par l'assurance-accidents suisse. Au terme de ce courrier, il était expressément précisé que l'intimée se tenait à disposition pour tout renseignement complémentaire. Ce document ne saurait donc établir ni un droit à la prise en charge sans condition, ni un droit à la protection de la bonne foi. D'ailleurs, elle n'avait encore alloué aucune prestation avant la réception de la garantie d'hospitalisation reçue le 21 novembre 2017 pour une entrée prévue le lendemain et aucun document médical ne lui a été transmis avant ladite intervention. À réception de la demande de garantie, elle a expressément sollicité des renseignements complémentaires. Seule la déclaration de sinistre lui ayant été adressée, le recourant ne pouvait objectivement conclure que tous les frais médicaux seraient pris en charge. Il lui incombait de se renseigner avant l'hospitalisation prévue.

---

A l'appui de sa position, l'intimée produit une appréciation de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et médecin de son centre de compétence, rédigée le 3 juillet 2018. Ce médecin, après une anamnèse et un résumé de la procédure selon la documentation à sa disposition, dont les clichés de l'arthro-IRM du 8 novembre 2017, expose que, selon la littérature, à partir de 50 ans, la présence de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs est plutôt fréquente. Ces lésions, dont l'origine est mixte, avec une composante de dégénérescence tendineuse et une composante de microtraumatisme à la suite du développement d'un conflit sous-acromial, siègent principalement au niveau du muscle supra-épineux qui démontre une zone mal vascularisée se situant à la face profonde. Puis, ces atteintes dégénératives s'étendent à l'infra-épineux et au subscapulaire. Un conflit sous-acromial est dû principalement au développement soit d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, soit d'ostéophyte sous-acromial ou encore à la morphologie de l'acromion. Il a été démontré qu'une rupture tendineuse accidentelle peut se produire seulement sous des charges de traction. Exceptionnellement des contractions musculaires extrêmes peuvent être aussi à l'origine d'une rupture tendineuse pour autant qu'au moins 50% du tendon présente des modifications dégénératives. Les mécanismes appropriés qui mettent à contribution une coiffe des rotateurs sous traction sont des luxations de l'épaule antéro-inférieures, de même que pour le tendon du supra-épineux la chute sur le bras en arrière et en extension. Par contre, la chute directe sur l'épaule ou un impact sur un bord acéré ne peut léser la coiffe des rotateurs en présence de tendons sains. Les études cliniques ont démontré qu'après une rupture complète, le tendon se rétracte progressivement, en plusieurs mois, voire une année, alors que le muscle non fonctionnel présente une atrophie et une dégénérescence graisseuse. Il a même pu être conclu que le temps écoulé entre la rupture complète du tendon et une infiltration graisseuse moyenne de stade III selon Goutallier est de trois ans pour le muscle supra-épineux. Selon Goutallier, la dégénérescence graisseuse des muscles à tendon rompu apparaît un an ou plus après la rupture et la dégénérescence s'aggrave généralement lentement, soit un stade supplémentaire par an. De plus, il a été établi que l'atteinte de la coiffe des rotateurs suite à une dégénérescence tendineuse est bien supportée et reste longtemps asymptomatique puisque c'est un processus progressif et des mécanismes compensatoires sont mis en place. À l'inverse des lésions dégénératives, les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs présentent une symptomatologie aiguë avec, d'emblée, une impotence fonctionnelle majeure avec un tableau d'épaule pseudo paralytique. Les atteintes traumatiques de la coiffe sont plutôt rares et apparaissent le plus souvent lors de luxation scapulo-humérale antéro-inférieure et touchent principalement le subscapulaire. Un choc peut provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs, mais pour autant que les tendons ne soient plus sains.

Au Dr G\_\_\_\_\_, qui évoque l'inexactitude de la description du radiologue lors de l'IRM du 8 novembre 2017 et émet l'avis que le Dr H\_\_\_\_\_ s'est laissé induire en erreur, le médecin-conseil répond que l'argumentation avancée par rapport aux

---

différentes projections nécessaires pour visualiser l'infiltration graisseuse lui est inconnue et qu'elle n'a rien trouvé à ce sujet, ni dans la littérature compulsée, ni auprès de ses collègues radiologues. Pour sa part, elle a également visualisé une infiltration graisseuse des muscles supra-épineux et infra-épineux et retient, selon la classification de Goutallier, un stade II pour le muscle infra-épineux et un stade I - II pour le muscle supra-épineux. Compte tenu de ces degrés, on peut conclure que la rupture complète du tendon des muscles infra-épineux et supra-épineux s'est produite deux à trois ans avant l'IRM du 8 novembre 2017 et sûrement pas lors des accidents antérieurs de 1983 et 1990. Cet intervalle de temps de deux à trois ans se retrouve dans la littérature.

Quant à l'atteinte du tendon du muscle subscapulaire de stade 2, elle est la conséquence d'une luxation scapulo-humérale. En se référant à une des classifications des atteintes du tendon du muscle subscapulaire qui comporte 5 stades, l'atteinte de stade 2 décrite correspond à une atteinte du tiers supérieur du tendon avec une rétraction, ce qui signifie une atteinte partielle, tout le tendon n'étant pas lésé. Le recourant n'a pas souffert de luxation scapulo-humérale lors de l'événement du 19 août 2017 et il s'agit probablement d'un état séquellaire des deux luxations scapulo-humérales dont il a été victime par le passé, mais pas de l'accident de 2017.

Le médecin-conseil ajoute qu'elle trouve déconcertant que le Dr G\_\_\_\_\_ mentionne une atteinte de la coiffe des rotateurs de type D, puis de type C selon COLLIN, puis de type B1 selon G\_\_\_\_\_. Elle argue que la rétraction tendineuse se développe parallèlement à l'infiltration graisseuse, sur de nombreux mois, voire des années, et non en quelques semaines. Or, l'intervalle entre l'accident assuré et l'arthro-IRM n'est que de dix semaines. Selon elle, la rupture du supra-épineux chez le recourant, avec une rétraction moyenne, ne s'est sûrement produite ni lors de l'événement du 19 août 2017, ni lors des deux accidents antérieurs.

Elle ajoute que le Dr G\_\_\_\_\_, s'il a évoqué une épaule pseudo paralytique, n'a livré aucune constatation clinique. À la suite de l'événement du 19 août 2017, le recourant n'a eu aucun arrêt de travail, à l'exception de celui post-opératoire. Le 8 janvier 2018, il a expliqué que son activité consistait à réceptionner des voitures le matin, à les déplacer et à utiliser fax, téléphone et ordinateur. Or, il lui semble difficilement concevable de conduire une voiture avec une épaule droite pseudo paralytique, du côté où se situe le changement de vitesse. La pseudo-paralysie évoquée par le Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas attestée, ni d'ailleurs confirmée par le Dr C\_\_\_\_\_, qui n'a évoqué qu'un hématome en regard de l'épaule droite, sans évoquer de pseudo paralysie.

L'IRM du 8 novembre 2017 a objectivé une arthrose acromio-claviculaire, voire même une ostéophytose de la glène humérale. Une ostéophytose est le témoin de l'arthrose et ne se développe pas en 10 semaines. En outre, une tendinopathie du tendon du long chef du biceps et d'une tendinose du tendon du muscle infra-

---

épineux a été visualisée lors de l'examen de novembre 2017. Or, selon la littérature, la répétition d'une élongation du tendon de 3 à 8% de sa longueur initiale provoque des transformations structurelles manifestes. La structure microscopique du tendon est interrompue, les fibres collagènes se séparent et un clivage apparaît. Cliniquement, une inflammation se manifeste, avec un œdème et une douleur. De ces différents changements résulte ce qu'on appelle une tendinose ou une tendinopathie qui correspond en fait à une dégénérescence localisée du tendon. Dans son protocole opératoire du 23 novembre 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a décrit une tendinopathie sévère et une instabilité médiale du long chef du biceps. Le recourant présentait donc une épaule arthrosique/dégénérative. Les différentes atteintes objectivées sur l'arthro-IRM du 8 novembre 2017 n'étaient en aucun cas des séquelles de la chute sur l'épaule droite du 19 août 2017, chute qui a entraîné une contusion de l'épaule droite, dont la guérison est obtenue en quatre à six semaines. Le sinistre avait donc largement cessé de déployer ses effets le 8 novembre 2017.

Selon le médecin-conseil, au vu de la dégénérescence graisseuse des muscles infra et supra-épineux objectivée, la rupture de leur tendon respectif a certainement eu lieu deux à trois années auparavant. Une atteinte complète ou partielle du tendon du muscle subscapulaire fait principalement suite à une luxation scapulo-humérale, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence. L'arthro-IRM a mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une ostéophytose de la glène, une tendinopathie du tendon du long chef du biceps, de même qu'une tendinose du tendon du muscle infra-épineux à droite, signant chez le recourant la présence d'une épaule droite arthrosique/dégénérative qui n'a pas pu se développer en l'espace de dix semaines.

26. Dans sa réplique du 14 septembre 2018, le recourant a sollicité une nouvelle fois la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

Il fait remarquer que tous les arguments de l'intimée sont contredits par le Dr G\_\_\_\_\_, qui est certes le chirurgien qui l'a opéré, mais aussi professeur, sans être son médecin traitant. L'appréciation de ce spécialiste est dûment motivée, se fonde sur la littérature scientifique et sur son expérience. Son avis doit donc être pris en considération. Quant aux appréciations des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, elles divergent quant au stade de l'infiltration graisseuse pour le supra-épineux.

S'agissant du devoir d'information de l'intimée, le recourant souligne que le courrier que lui a adressé cette dernière ne contenait aucun avertissement explicite et univoque qu'elle ne garantissait pas encore la prise en charge des frais médicaux, ou se réservait le droit de ne rembourser les frais qu'après examen. La seule phrase type indiquant qu'elle demeurerait à disposition n'est pas suffisante pour faire comprendre aux assurés qu'aucune garantie de prise en charge n'est donnée alors que l'assurance utilise des formulations laissant largement entendre le contraire tout au long du texte.

A l'appui de sa position, le recourant produit une fiche de présentation du Dr G\_\_\_\_\_, ainsi qu'un courrier de ce dernier du 30 août 2018, dans lequel le

---

spécialiste maintient qu'une chute avec réception sur le moignon de l'épaule est un mécanisme vulnérant susceptible d'entraîner des lésions de la coiffe des rotateurs. Il ajoute que les signes dégénératifs mentionnés par la Dresse I\_\_\_\_\_ ne sont pas en relation avec les lésions de la coiffe des rotateurs. En effet, la discrète ostéophytose au niveau de la tête humérale et de la glène peut s'expliquer par les antécédents de luxation gléno-humérale. Il a été démontré que l'arthrose acromio-claviculaire n'a pas de lien avec les lésions de la coiffe des rotateurs et on retrouve des signes histologiques de tendinopathie du long chef du biceps dans 84% des tendons normaux. Le spécialiste maintient également que le recourant présentait une pseudo paralysie lors de sa première consultation, précisant que cela ne l'empêchait pas de conduire une voiture, cette activité n'imposant pas une élévation du bras de plus de 90°. Concernant l'infiltration graisseuse, il confirme aussi ses conclusions, ajoutant avoir demandé l'avis du docteur J\_\_\_\_\_, radiologue spécialisé dans le système ostéo-articulaire, lequel a corroboré l'absence d'infiltration graisseuse significative du sus-épineux ou du sous-épineux. Enfin, il s'est étonné de l'affirmation selon laquelle les lésions du tendon du muscle sous-scapulaire apparaîtraient principalement suite à une luxation scapulo-humérale et a indiqué se « réjouir de lire de la littérature à ce sujet ».

27. Dans sa duplique du 3 octobre 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle estime que l'instruction médicale est suffisante et qu'une expertise n'est donc pas nécessaire.

Elle ajoute que, lorsqu'une demande de prise en charge est effectuée, c'est bien qu'elle doit y répondre, de manière positive ou non ; sinon, une telle demande de garantie serait vide de sens. En outre, une garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier ne constitue pas un engagement définitif envers l'assuré de prendre en charge les frais. Selon la jurisprudence, lorsqu'un assureur n'a encore alloué aucune prestation, il peut, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale, nier son obligation de prendre en charge le cas.

L'intimée produit une nouvelle prise de position de la Dresse I\_\_\_\_\_. Cette dernière y relève que le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas utilisé la classification selon Goutallier, contrairement à elle-même et aux radiologues signataires du rapport consécutif à l'arthro-IRM du 8 novembre 2017. Quel que soit le stade décrit, I ou II, l'infiltration graisseuse est bien objectivée et elle ne se développe pas en l'espace de quelques semaines.

Le médecin maintient que le recourant n'a pas subi de traction sur sa coiffe des rotateurs droite ni de luxation scapulo-humérale le 19 août 2017. L'état du dossier ne permet pas de reconnaître une pseudo paralysie et l'activité du recourant demande une élévation au-dessus de 90°, même s'il n'exerce pas un métier manuel. Or, force est de constater que jamais le recourant n'a mentionné ne pouvoir exercer les activités de la vie quotidienne, telles que se laver les cheveux, se coiffer ou se raser.

---

28. Par écriture du 2 novembre 2018, le recourant a énuméré les questions qu'il souhaitait voire posées au Dr G\_\_\_\_\_.

29. Le 30 janvier 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ y a répondu.

Il indique avoir été consulté par le recourant le 20 novembre 2017 pour la première fois. L'intéressé a alors déclaré avoir chuté le 14 août avec réception sur son épaule droite. Il n'a pas présenté de luxation gléno-humérale, mais a décrit de tels troubles en 1983, avec une récurrence en 1990.

Une personne dont le tendon est rompu souffre généralement de son épaule dans les gestes quotidiens.

Selon une étude publiée en 2009, on retrouve, sur 420 volontaires asymptomatiques, une prévalence de lésion transfixiante du tendon sus-épineux dans seulement 2% des cas dans la catégorie de l'âge du recourant.

Une atteinte massive de la coiffe des rotateurs de type C comme celle présentée par le recourant comprend la partie haute du sous-scapulaire, le tendon du sus-épineux et le tendon du sous-épineux et conduit à une épaule pseudo paralytique dans 45.4% des cas.

Les atteintes constatées à l'épaule du recourant l'entravaient : il s'était présenté à la consultation avec une épaule pseudo paralytique, soit une impossibilité de procéder à une élévation antérieure active au-delà de 90°.

Il n'existait aucun argument radiologique pour une atteinte massive préexistante de la coiffe des rotateurs. Le recourant ne présentait avant le sinistre assuré aucune lésion tendineuse. Tout d'abord, il n'avait que 2% de chances de présenter une rupture complète du tendon de manière asymptomatique. D'autre part, il existait des signes irréfutables de lésion aiguë de la coiffe des rotateurs sous forme d'œdème musculaire au détriment du tendon du sus-épineux, sous-épineux et petit rond. La localisation de l'œdème ne pouvait en aucun cas être liée à un œdème d'origine neurologique (présent dans seulement 2% des cas). Il s'agissait d'un œdème de rétraction qui était un signe de lésion aiguë de la coiffe des rotateurs. Ses conclusions sont basées sur l'absence d'infiltration graisseuse significative de la coiffe des rotateurs. Une infiltration graisseuse de stade 1 peut s'installer progressivement et sans qu'il y ait de lésion tendineuse. Si le recourant avait présenté une lésion massive de la coiffe depuis plusieurs années, l'infiltration graisseuse aurait été de stade III à IV. Enfin, l'œdème de rétraction est une preuve irréfutable de lésion aiguë des tendons. Il ne pouvait s'agir d'une atteinte d'origine neurologique du nerf supra scapulaire au vu de l'application du muscle petit rond qui était innervé par le nerf axillaire.

Un choc direct sur l'épaule peut provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs, et ce, quel que soit l'état du tendon. Au vu de l'œdème musculaire, il est certain que le choc direct sur l'épaule du recourant a conduit à une désinsertion du tendon avec

---

une rétraction. Les lésions de la coiffe des rotateurs sont associées à une rétraction tendineuse quel que soit le mécanisme.

Selon le Dr G\_\_\_\_\_, les références de la Dresse I\_\_\_\_\_ sont probablement celles de « pseudo experts mentionnés dans des conférences », ou des articles qui n'ont « jamais été publiés dans les revues scientifiques de type peer Review ».

Il ajoute que les analyses radiologiques auxquelles ont procédé les médecins-conseil n'ont pas été effectuées convenablement : le recourant ne présentait pas d'infiltration graisseuse significative et il y avait un œdème de rétraction qui est une cause irréfutable de lésions aiguës dans le cas du recourant. Le mécanisme était vulnérant. S'agissant de l'analyse de l'infiltration graisseuse, il explique que le professeur Goutallier a décrit l'infiltration dans un article de 1994 et effectué une analyse sur tout le corps musculaire (l'analyse était effectuée à l'époque sur des scanners en coupes axiales). L'analyse de l'infiltration graisseuse au niveau de la coupe en Y a été introduite en 1999 et ne tient pas compte de l'analyse de tout le corps musculaire. Le Dr J\_\_\_\_\_, radiologue chevronné et spécialisé dans le système ostéo-articulaire, a confirmé qu'il n'y avait pas d'infiltration graisseuse significative. Si l'intimée estime qu'un patient de 59 ans doit par définition ne pas avoir du tout d'infiltration graisseuse au niveau de la coiffe des rotateurs en l'absence de lésion tendineuse préexistante, elle est priée de se référer à une étude récente. Une lésion massive et aiguë de la coiffe des rotateurs comprenant trois tendons peut conduire à un hématome, une inflammation, un œdème et des douleurs. L'atteinte du tendon du recourant résulte d'un choc traumatique, ce qu'il confirme de manière quasi certaine

30. En date du 22 février 2019, l'intimée a campé sur sa position.

Si le Dr G\_\_\_\_\_ est un spécialiste reconnu, son avis ne permet pas de douter de la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Et l'intimée de produire derechef un nouvel avis émis le 14 février 2019 par la Dresse I\_\_\_\_\_.

Cette dernière y explique qu'elle ne s'appuie pas sur la même littérature que le Dr G\_\_\_\_\_ concernant les gestes quotidiens possibles en cas de rupture du tendon.

Selon elle, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas vraiment répondu à la question de savoir à partir de quelle rétraction du tendon l'épaule ne peut plus fonctionner correctement et est douloureuse. La non-fonctionnalité de l'épaule n'est pas en relation avec la quantification de la rétraction tendineuse. Par contre, en fonction du ou des tendons rompus, la fonctionnalité de l'épaule varie. Si l'atteinte est due à l'usure, des mécanismes compensatoires se mettent en route et la perte de fonctionnalité est moindre et asymptomatique.

Le Dr G\_\_\_\_\_ se réfère à la théorie qu'une atteinte massive de la coiffe des rotateurs de type C conduit à une épaule pseudo paralytique dans 45.4% des cas. Il

---

ne se prononce toutefois pas sur les pourcents restant. Les affirmations de ce médecin quant à la possibilité de « prouver » que le recourant ne présentait aucune atteinte tendineuse avant l'événement du 19 août 2017 lui paraissent surprenantes, étant rappelé que l'intéressé a déjà subi deux luxations gléno-humérales, très lésives pour le tendon du subscapulaire au moins et qu'aucune iconographie n'a été effectuée la veille ou le mois précédant le sinistre. Parler de « preuve formelle » dans ce contexte ne lui semble dès lors guère de mise.

Elle explique que l'œdème musculaire consiste en un muscle chargé en eau, ce qui correspond à une inflammation. Le muscle peut être également chargé en graisse, ce qui correspond à une réduction du volume du muscle ou une amyotrophie.

Elle a pris connaissance de l'article cité par le Dr G\_\_\_\_\_ et publié en décembre 2018, aux termes duquel une infiltration graisseuse de stade I peut être présente chez des personnes âgées de 60 ans et plus, sans atteinte de la coiffe des rotateurs. Cela étant, cela concerne le stade I, et non II comme chez le recourant, sans compter que ce dernier présentait en outre une rétraction tendineuse. De plus, il était établi qu'en cas de diminution, voire d'absence de sollicitation musculaire, une amyotrophie apparaît. S'agissant de l'analyse d'infiltration graisseuse, les auteurs de l'article de 2009 mis en référence par le Dr G\_\_\_\_\_ se rapportent principalement au muscle supra-épineux et il apparaît que presque 10 ans plus tard, la méthode utilisée pour évaluer l'infiltration graisseuse au niveau de la coupe en Y est toujours d'actualité et principalement utilisée. Il est tout à fait concevable qu'un travailleur de force qui ne travaille plus puisse présenter une légère amyotrophie de ses muscles des membres supérieurs, comme conséquence de la réduction de la mise à contribution musculaire à ce niveau. Le recourant n'était toutefois pas à la retraite et poursuivait son activité.

Le médecin-conseil émet pour le surplus l'avis que, sur les points, les réponses du Dr G\_\_\_\_\_ ne sont ni développées, ni motivées.

Pour le surplus, elle dit ne pas voir l'utilité d'une confrontation au Dr G\_\_\_\_\_ et/ou d'une expertise, l'opération ayant déjà eu lieu.

31. Le 27 février 2019, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Tant l'analyse concrète du dossier par les Drs G\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ que théorique au vu des études citées par le premier, confirment selon lui, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 août 2017 et l'atteinte ayant nécessité une opération chirurgicale.
32. Le 13 janvier 2020, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 31 janvier pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers le Professeur K\_\_\_\_\_, pressenti.
33. Par courrier du 30 janvier 2020, l'intimée a émis des réserves quant à la désignation du Prof. K\_\_\_\_\_, en rappelant que ce dernier avait côtoyé le Dr G\_\_\_\_\_.

---

craignait qu'il ne soit réticent à « désavouer son élève ». Elle a dès lors suggéré le Professeur L\_\_\_\_\_.

34. Le 5 mars 2020, le recourant a manifesté sa confiance dans le Prof. K\_\_\_\_\_ et indiqué ne pas s'opposer par ailleurs à la désignation du Prof. L\_\_\_\_\_.
35. La Cour de céans a contacté pas moins de huit spécialistes différents – au nombre desquels le Prof. L\_\_\_\_\_ (mais aussi les docteurs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et le SMEX de Neuchâtel – qui, tous, ont décliné le mandat pour des raisons diverses et variées.

Finalement, c'est le docteur R\_\_\_\_\_, du service de traumatologie du Centre Hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV) qui a accepté le mandat.

### **EN DROIT**

1. a. 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).

En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b. L'employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

---

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

4. a. 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]).

Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA).

b. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 7 mai 2018 contre la décision sur opposition du 27 mars 2018 est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 8 novembre 2017, suite à l'accident dont le recourant a été victime le 19 août 2017.

6. a. 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.

Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

b. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117). Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause

---

externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier.

c. 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).

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie 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.

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).

d. 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 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) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

b. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La déchirure de la coiffe des rotateurs était assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une

---

cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

c. Dans un arrêt de principe 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019, le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. 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. 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).

8. 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).

Selon le principe de la 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

---

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).

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 ; 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).

9. 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).
10. Le juge des assurances sociales 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).

- 
11. a. En l'espèce, par décision du 20 février 2018, confirmée sur opposition le 27 mars 2018, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 8 novembre 2017, refusant ainsi de prendre en charge l'intervention du 22 novembre 2017 et de verser au recourant des indemnités journalières suite à l'incapacité de travail qui a suivi.

Elle a en effet retenu, se fondant sur l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, confirmée par la suite par la Dresse I\_\_\_\_\_, que l'accident assuré n'avait causé qu'une contusion au niveau de l'épaule qui n'avait pu entraîner les lésions de la coiffe des rotateurs, et que les troubles subsistant au-delà du 8 novembre 2017 n'étaient plus dus à l'accident du 19 août 2017.

b. Le recourant se fonde pour sa part sur l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, lequel conteste les conclusions des médecins-conseils de l'intimée. Il affirme que la chute du 19 août 2017, avec réception sur l'épaule droite, a provoqué les troubles qui ont justifié l'opération du 22 novembre 2017 et l'arrêt de travail subséquent.

12. a. Au préalable, la Cour de céans relève que la position de l'intimée apparaît ambiguë. En effet, dans ses décisions des 20 février et 27 mars 2018, elle a clairement justifié son refus de prestations par le retour au statu quo sine, ce qui présuppose l'admission de l'existence d'un événement accidentel.

Or, dans sa duplique du 3 octobre 2018, elle s'est référée à la jurisprudence, selon laquelle un assureur-accident qui n'a encore alloué aucune prestation peut, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale, nier son obligation de prendre en charge le cas en alléguant le fait que l'évènement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'était jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Elle semble donc désormais exclure que le recourant ait été victime d'un accident le 19 août 2017.

b. Aucun élément ne permet de douter des déclarations du recourant relatives aux circonstances du sinistre, à savoir qu'il a perdu l'équilibre lors d'une course à pied après avoir trébuché, qu'il a chuté et est tombé sur son membre supérieur droit. Par ailleurs, il n'est pas contestable que la pratique de la course à pieds a en l'occurrence été marquée par la survenance d'un accident. Compte tenu du déroulement non programmé du mouvement, le facteur extérieur constitue également le facteur extraordinaire.

c. Partant, la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie, tout comme les autres conditions fixées par l'art. 4 LPGA.

Ainsi, conformément à la récente jurisprudence fédérale, dès lors que le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée est tenue de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident du 19 août 2017 ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'atteinte à la santé soit fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles

- 
13. La Cour de céans constate que les parties s'opposent les avis de spécialistes, lesquels se sont déterminés en pleine connaissance du dossier et après examen des clichés d'imagerie.

Selon la Dresse I\_\_\_\_\_, le recourant présente une épaule arthrosique/dégénérative. En substance, elle soutient que le mécanisme décrit, soit une chute directe sur l'épaule, ne peut provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs que si les tendons ne sont plus sains. Elle considère que l'infiltration graisseuse mise en évidence lors de l'arthro-IRM du 8 novembre 2017 est de degré II pour le muscle infra-épineux et de degré I à II pour le muscle supra-épineux, et que la rupture des tendons est survenue deux à trois ans auparavant. Elle ajoute que la rétraction tendineuse, moyenne, ne peut s'être développée en l'espace de dix semaines, tout comme l'ostéophytose de la glène humérale et l'arthrose acromio-claviculaire. En outre, une tendinopathie du long chef du biceps et une tendinose du tendon du muscle infra-épineux ont été observées en novembre 2017, ce qui correspond à une dégénérescence localisée du tendon. Elle rappelle encore que l'intéressé a été victime de deux luxations dans le passé, que le premier médecin consulté après la chute du 19 août 2017 a uniquement constaté un hématome, sans faire état de pseudo paralysie, et que le recourant a été en mesure de poursuivre son activité professionnelle, laquelle implique une mobilité du membre supérieur droit. Elle explique que l'atteinte de la coiffe des rotateurs suite à une dégénérescence tendineuse est bien supportée et reste longtemps asymptomatique puisqu'elle résulte d'un processus progressif et que des mécanismes compensatoires sont mis en place.

Le Dr G\_\_\_\_\_, quant à lui, exclut tout signe de lésion chronique et dégénérative. Il soutient qu'un choc direct sur l'épaule peut provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs, et ce quel que soit l'état du tendon. Selon lui, la discrète ostéophytose de la tête humérale et de la glène peut s'expliquer par les antécédents de luxation gléno-humérale en 1983 et 1990, et il n'y a aucun lien entre l'arthrose acromio-claviculaire et les lésions de la coiffe des rotateurs. Il expose qu'on retrouve des signes histologiques de tendinopathie du long chef du biceps dans 84% des tendons normaux. Il considère que l'infiltration graisseuse est tout au plus de degré 1, selon une analyse bien plus médiale qu'il convient d'appliquer en cas de rétraction importante, et qu'elle a pu s'installer progressivement en l'absence de toute lésion tendineuse. Enfin, il atteste que le recourant a présenté une pseudo paralysie lors de sa consultation du 20 novembre 2017 et note qu'il n'y avait que 2% de chance que le recourant ait présenté une rupture complète du tendon de manière asymptomatique. L'atteinte du tendon du recourant résulte selon lui d'un choc traumatique de manière « quasi certaine ».

Compte tenu de ces argumentations et conclusions totalement opposées, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige et de déterminer si, comme le soutient l'intimée, l'événement accidentel n'a fait qu'engendrer une aggravation temporaire d'un état dégénératif, cas échéant à quelle date l'état antérieur a été

---

rétabli, ou si, comme l'affirme le recourant, l'accident assuré a causé les troubles constatés le 8 novembre 2017 qui ont justifié l'intervention du 22 novembre 2017, puis l'incapacité de travail.

Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée au docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie au CHUV.

L'expert aura notamment pour mission de se déterminer quant au lien de causalité entre le sinistre du 19 août 2017 et les lésions de la coiffe des rotateurs constatées le 8 novembre 2017.

---

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**Préparatoirement :**

1. Ordonne une expertise orthopédique.
2. Commet à cette fin le docteur R\_\_\_\_\_.
3. Dit que l'expert aura pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier, y compris le dossier radiologique, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin et en ordonnant d'autres examens si nécessaire.
4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse détaillée ?
  2. Quelles sont les plaintes et les données subjectives du recourant ?
  3. Quelles sont vos constatations objectives ?
  4. Quel sont les diagnostics précis ?
  5. Depuis quand ces atteintes sont-elles présentes chez le recourant et comment ont-elles évolué ?
  6. Les lésions de l'épaule droite du recourant sont-elles imputables à l'événement du 19 août 2017 ?  
Cas échéant, lesquelles ?
  7. Le recourant présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite ?  
Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ?
  8. Quels sont les diagnostics précis révélés par l'arthro-IRM du 8 novembre 2017 ?
  9. L'événement du 19 août 2017 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ?  
Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou certain (100 % dû à l'accident) ?
  10. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 22 novembre 2017 étaient-elles dues à l'accident du 19 août 2017 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ?

---

Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.

11. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 19 août 2017 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
12. L'événement du 19 août 2017 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
13. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%), les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (statu quo sine ou statu quo ante atteint) ?
14. Pour autant que l'événement du 19 août 2017 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ?

Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

15. Que pensez-vous des appréciations et des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ des 19 février et 17 avril 2018 ?
  16. Que pensez-vous des appréciations et des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ des 3 juillet, 27 septembre 2018 et 14 février 2019 ?
  17. Que pensez-vous des appréciations et des conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ des 14 et 25 avril, 30 août 2018, et 30 janvier 2019 ?
  18. Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ et de la Dresse I\_\_\_\_\_ selon laquelle le recourant a tout au plus subi une contusion de son épaule droite et que les effets délétères du traumatisme étaient éteints, au plus tard deux mois et demi après l'accident ?
5. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
  6. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
  7. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le