RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1514/2018 **ATAS/792/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2021

3ème 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'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS – SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE — intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1958, droitier, travaille depuis octobre 2008 en qualité de réceptionniste dans un garage de Genève et est, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 19 août 2017, l'assuré a chuté sur l'épaule droite lors d'une course à pied.

c. L'arthrographie et l'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite réalisées le 8 novembre 2017 ont mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une ostéophytose de la glène humérale, une désinsertion du tendon du muscle supra-épineux avec une rétraction à mi-hauteur de la tête humérale de 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.

d. Dans un rapport du 22 novembre 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, après avoir examiné l'assuré le 20 novembre 2017, a conclu à une épaule pseudo paralytique. Il a suggéré une intervention chirurgicale au niveau de la coiffe des rotateurs.

e. Le 22 novembre 2017, le Dr B_____ a procédé 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. Dans le compte-rendu opératoire du 23 novembre 2017, ont été mentionnés une lésion massive de la coiffe des rotateurs droite de type C selon Collin et B1 selon B_____ 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.

f. Dans un rapport du 6 décembre 2017, le docteur C_____, médecin traitant en France, a mentionné avoir été consulté par l'assuré le 22 août 2017. Il a rappelé les diagnostics retenus par le Dr B_____ et précisé que son patient était en incapacité totale de travail depuis le 23 novembre 2017.

g. Le 8 janvier 2018, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA.

Selon le compte-rendu y relatif, il a déclaré que 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 B_____. Il avait été opéré le 22 novembre 2017 et avait réintégré son domicile le lendemain. Il avait gardé un coussin sous le bras droit nuit et jour, 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 conduire, ce que son poste impliquait de faire. Il souffrait de douleurs résiduelles la nuit, selon son positionnement.

h. Le 11 janvier 2018, le Dr B_____ a prescrit des séances de physiothérapie.

i. Le 19 février 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu le diagnostic de contusion simple sur une épaule dégénérative antérieure, avec aggravation temporaire de l'état antérieur et fixé le *statu quo sine* au 8 novembre 2017, date à compter de laquelle il a estimé que l'évènement traumatique avait cessé ses effets délétères.

B. a. Par décision du 20 février 2018, confirmée sur opposition le 27 mars 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.

b. Dans un rapport du 14 avril 2018, le Dr B_____ a exprimé son désaccord avec la position du Dr D_____, expliquant que l'étiologie de la rupture de la coiffe des rotateurs avait été remise en cause par le fait que le rapport radiologique initial mentionnait une infiltration graisseuse de stade 2 du supra et de l'infra-épineux, alors qu'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.

c. Invité à se déterminer, le Dr D_____ a relevé, le 17 avril 2018, que le rapport radiologique avait été signé par trois radiologues des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) et rappelé qu'il avait également pris connaissance des images disponibles.

C. a. Par acte du 7 mai 2018, l'assuré a interjeté recours en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à celle du Dr B_____, 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, à la mise sur pied d'une expertise afin de confirmer le caractère accidentel des troubles après le 8 novembre 2017.

Le recourant produit notamment un questionnaire rempli le 25 avril 2018 par le Dr B_____, qui considère que l'accident du 19 août 2017 est une cause au moins partielle des troubles ayant nécessité l'intervention. Il souligne 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. Il explique enfin les motifs pour lesquels il conteste l'appréciation du D_____.

b. L'intimée, invitée à se déterminer, a conclu au rejet du recours.

Elle se réfère à l'appréciation émise le 3 juillet 2018 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et médecin de son centre de compétence, qui estime que les différentes atteintes objectivées sur l'arthro-IRM du 8 novembre 2917 ne sont en aucun cas des séquelles de la chute sur l'épaule droite du 19 août 2017, chute qui a entrainé une contusion de l'épaule droite, dont la guérison est obtenue en quatre à six semaines. Le sinistre a donc largement cessé de déployer ses effets au 8 novembre 2017. Le médecin précise qu'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.

c. Les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives en dates des 14 septembre et 3 octobre 2018.

Le recourant a versé au dossier un courrier du 30 août 2018 du Dr B_____ qui maintient qu'une chute avec réception sur le moignon de l'épaule est un mécanisme vulnérant susceptible d'entrainer des lésions de la coiffe des rotateurs. Il ajoute que les signes dégénératifs mentionnés par la Dresse E_____ ne sont pas en relation avec les lésions de la coiffe. Il souligne que son patient présentait une pseudo paralysie lors de la 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 F_____, 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'étonne de l'affirmation selon laquelle les lésions du tendon du muscle sous-scapulaire apparaîtraient principalement suite à une luxation scapulo-humérale.

La SUVA a produit un rapport du 27 septembre 2018 de la Dresse E_____ affirmant que l'infiltration graisseuse, bien objectivée, ne se développe pas en

l'espace de quelques semaines. Elle 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. Elle ajoute que l'état du dossier ne permet pas de reconnaitre une pseudo paralysie et que l'activité du recourant demande une élévation au-dessus de 90°, même s'il n'exerce pas un métier manuel. Par ailleurs, jamais le recourant n'a mentionné ne pouvoir s'adonner aux activités de la vie quotidienne.

d. À la demande de la Cour de céans, dans un rapport du 30 janvier 2019, le Dr B_____ a répondu aux questions du conseil de l'assuré.

e. Le 22 février 2019, l'intimée a produit un avis émis le 14 février 2019 par la Dresse E_____, qui affirme que les réponses fournies par le Dr B_____ ne sont pas susceptibles de remettre en cause son appréciation du cas.

f. Par ordonnance du 6 juillet 2020 (ATAS/565/2020), la Cour de céans a ordonné une expertise orthopédique confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre Hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV) afin de déterminer si l'événement accidentel n'avait fait qu'engendrer une aggravation temporaire d'un état dégénératif - cas échéant, à quelle date l'état antérieur avait été rétabli - ou si l'accident avait causé les troubles constatés le 8 novembre 2017 et ayant justifié l'intervention du 22 novembre 2017, puis l'incapacité de travail.

g. Dans son rapport du 25 janvier 2021, le Dr G_____ a retenu les diagnostics de rupture massive de la coiffe des rotateurs (transfixiante complète du tendon supra-épineux, transfixiante quasi-complète du tendon infra épineux, non transfixiante crâniale du tendon subscapulaire) et tendinose du tendon long biceps non rupturaire avec status post arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie du long chef du biceps, réparation de la coiffe des rotateurs et acromioplastie latérale le 22 novembre 2017, d'arthrose glénohumérale de sévérité modérée et d'arthrose acromio-claviculaire.

Selon l'expert, la rupture massive de la coiffe de l'épaule droite est imputable de manière certaine à l'événement du 19 août 2017, sans exclure une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs, mineure et normale vu l'âge du recourant. Le *statu quo ante* a été atteint quelques mois après l'intervention chirurgicale, et l'incapacité de travail totale a duré du 22 novembre 2017 au 22 janvier 2018, le recourant ayant repris son emploi le 23 janvier 2018 à plein temps, sans séquelle subjective.

L'arthrose glénohumérale et l'arthrose acromio-claviculaire ne sont quant à elles pas liées à l'événement.

L'expert explique les raisons pour lesquelles il est en désaccord avec les conclusions des Drs D_____ et E_____ et en accord avec celles du Dr B_____.

En annexe, figure le rapport du 18 janvier 2021 du docteur H_____, médecin chef au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, qui a procédé à la relecture de l'arthro-IRM du 8 novembre 2017.

h. Dans ses observations du 2 mars 2021, l'intimée a campé sur sa position, en se référant à un nouvel avis de la Dresse E_____, qui maintient que les troubles de l'épaule droite ne seraient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 17 août 2017.

i. Dans sa détermination du 23 mars 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions en faisant valoir que le rapport d'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 6 juillet 2020. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).
4. Dans la mesure où l'accident est survenu le 19 août 2017, la LAA dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2017 s'applique au cas d'espèce (cf. par. 1 des dispositions transitoires sur la modification de la LAA du 25 septembre 2015, RO 2016 4375, 4388 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2).
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 8 novembre 2017, suite à la chute 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.

   b. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, 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).

c. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

d. En l'espèce, comme il a été exposé dans l'ordonnance d'expertise du 6 juillet 2020, l'événement du 19 août 2017 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA (ATAS/565/2020 consid. 12). En outre, l'arthro-IRM du 8 novembre 2017 a objectivé entre autres une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs. Cette lésion constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (respectivement de l'art. 9 al. 2 OLAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 ; cf. ATF 146 V 51 consid. 7.3 ; 123 V 43). Dans cette hypothèse, conformément à la jurisprudence, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA.

7. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 19 août 2017.

8. a. En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités).

9. a. 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. a. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les appréciations des 19 février et 17 avril 2018 du Dr D_____, médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lesquelles le *statu quo sine* au niveau de l'épaule droite a été atteint le 8 novembre 2017. Elle a considéré qu'au-delà de cette date, les troubles dont souffrait le recourant, ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 22 novembre 2017 et l'arrêt de travail consécutif, n'étaient plus en lien avec l'accident du 19 août 2017, mais dus à un état dégénératif préexistant. La Dresse E_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie au sein du centre de compétence de médecine des assurances de l'intimée, a conclu dans le même sens. Ces prises de position ont été contredites par le Dr B_____, raison pour laquelle la Cour de céans, au vu des avis contradictoires impossibles à départager a-t-elle mis en œuvre une expertise.

b. Sur la forme, le rapport d'expertise du 25 janvier 2021 du Dr G_____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend une analyse du dossier y compris des imageries

effectuées, l'anamnèse, les indications subjectives du recourant, les observations cliniques, ainsi que l'appréciation du cas.

Sur le fond, contrairement aux dires de la Dresse E_____ (appréciation du 23 février 2021), la conclusion du Dr G_____, selon laquelle l'atteinte à la coiffe des rotateurs droite résulte, de manière certaine, de l'accident, emporte la conviction pour les motifs suivants.

Certes, il existe une controverse entre plusieurs médecins − ayant analysé le dossier du recourant − quant au stade de l'infiltration graisseuse développée dans les muscles sus-épineux et infra-épineux. Selon les radiologues ayant réalisé l'arthro-IRM du 8 novembre 2017, l'infiltration graisseuse est de degré 2 pour ces deux muscles, de degré 1 à 2 pour le muscle sus-épineux d'après la Dresse E_____ (rapport du 3 juillet 2018), mais de degré 1 pour ces deux muscles selon les Drs B_____ et H_____, médecin chef au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, qui a procédé, à la demande du Dr G_____, à la relecture de cette imagerie (rapports des 25 avril 2018 et 18 janvier 2021). La Dresse E_____ en tire la conclusion que le degré 1 à 2 d'infiltration graisseuse du muscle sus-épineux et le degré 2 s'agissant du muscle infra-épineux témoignent d'une rupture complète du tendon desdits muscles survenue deux à trois ans avant cette arthro-IRM, signe d'un état dégénératif antérieur. Les Drs B_____ et H_____, quant à eux, estiment que l'absence d'infiltration graisseuse significative (degré 1 tout au plus) n'exclut pas l'origine traumatique, du moins partielle, des lésions du recourant.

En outre, la Dresse E_____ souligne que l'arthrose acromio-claviculaire, l'ostéophytose de la glène humérale, la rétraction à mi-hauteur de la tête humérale du tendon du muscle sus-épineux, l'absence d'hétérogénéité du tendon du muscle sus-épineux, l'atteinte du tendon du muscle subscapulaire stade 2 sans luxation scapulo-humérale, et la tendinopathie du tendon du long chef du biceps évoquent une lésion dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs (rapports des 3 juillet 2018 et 23 février 2021). Là également, les Drs B_____ et G_____ ne sont pas d'accord avec la position de la Dresse E_____, car ils considèrent que l'arthrose acromio-claviculaire n'est pas corrélée à la lésion de la coiffe des rotateurs (rapports des 30 août 2018 et 25 janvier 2021 p. 10-11) et qu'une rétraction tendineuse peut être présente en cas de rupture traumatique d'un tendon (rapports des 30 janvier 2019 et 25 janvier 2021 p. 10). Le Dr G_____ relève par ailleurs que la tendinopathie du tendon du long chef du biceps n'est pas liée à la rupture massive de la coiffe (rapport du 25 janvier 2021 p. 10) et que la lésion du muscle subscapulaire intervient fréquemment lors de traumatisme de coiffe (p. 11).

Au vu de ce qui précède, il s'avère que ces médecins, qui disposent des connaissances médicales spécialisées dans la discipline médicale pertinente, et qui s'appuient sur la littérature, ont une opinion divergente concernant le processus exclusivement dégénératif ou traumatique des lésions.

Cela étant, tous les médecins ayant étudié le dossier s'accordent pour admettre que l'atteinte à la santé est imputable, en partie, à l'événement accidentel.

Ainsi, les Drs D_____ et E_____, qui retiennent le diagnostic de contusion simple sur une épaule dégénérative antérieure, fixent tout de même le *statu quo sine* au 8 novembre 2017, respectivement quatre à six semaines après les symptômes (rapport des 19 février et 3 juillet 2018). Les Drs B_____, G_____ et H_____ estiment que la lésion massive de la coiffe des rotateurs droite a été provoquée par l'événement traumatique malgré la présence de signes dégénératifs (rapports des 30 août 2018, 30 janvier 2019, 18 et 25 janvier 2021).

Contrairement à ce que prétend la Dresse E_____ (appréciation du 23 février 2021), le Dr G_____ a motivé son point de vue de manière approfondie.

Il est vrai que 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 celui-là (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Cela dit, à l'inverse de ce qu'avance la Dresse E_____ – selon laquelle l'atteinte de la coiffe des rotateurs droite suite à une dégénérescence tendineuse reste longtemps asymptomatique (rapports des 3 juillet 2018 14 février 2019) –, le Dr G_____ explique de manière convaincante qu'une lésion transfixiante asymptomatique porte en général uniquement sur le sus-épineux. Le recourant a, toujours est-il, souffert d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs qui ne se limite pas au muscle sus-épineux. En d'autres termes, si le recourant avait été atteint d'une lésion de cette complexité deux-trois ans avant l'événement accidentel (comme le prétend la Dresse E_____), il n'aurait pas pu rester asymptomatique durant une aussi longue période sans présenter de perturbation fonctionnelle. Or, le 20 novembre 2017, trois mois après l'accident, il présentait encore une épaule pseudo-paralytique (rapport du Dr B_____ du 22 novembre 2017), preuve de l'absence d'une simple contusion selon le Dr G_____ (rapport d'expertise p. 9). Les médecins de l'intimée n'ont pas procédé à l'examen clinique du recourant, et aucun rapport médical au dossier ne permet de mettre en doute la constatation du Dr B_____ selon laquelle le recourant a développé une épaule pseudo-paralytique après sa chute.

À cet égard, la Dresse E_____ considère également qu'une pseudo-paralysie constitue un indice parlant en faveur de l'étiologie traumatique de l'atteinte (appréciation du 3 juillet 2018). Cela dit, contrairement à ce qu'elle semble croire, on ne voit pas d'incohérence entre les faits relatés par le recourant au Dr G_____ et à l'intimée lors de l'entretien du 8 janvier 2018. Celui-ci a déclaré à l'expert n'avoir pas arrêté de travailler (après l'accident jusqu'à l'opération), malgré ses douleurs par souci de ne pas mettre son employeur dans l'embarras. Il usait de sa main gauche pour soutenir son bras droit dans ses gestes quotidiens (serrer la main à quelqu'un, se raser [rapport d'expertise p. 10-11]). S'il a pu conduire et déplacé des voitures sur son lieu de travail, le Dr B_____ a expliqué à ce sujet que la conduite de l'automobile n'est pas un argument contre la pseudo-paralysie (soit

l'impossibilité de procéder à une élévation antérieure active au-delà de 90° [rapport du 30 janvier 2019]), dès lors qu'elle ne nécessite pas l'élévation du bras à plus de 90° (rapport du 30 août 2018) et que, contrairement aux dires de la Dresse E_____, il est possible de faire marche arrière avec une voiture sans mettre le bras droit en position élevée sur le siège passager, en usant simplement des rétroviseurs (rapport d'expertise p. 11). La conduite de la voiture avec une pseudo-paralysie après l'accident (bien que cela soit critiquable sous l'angle du devoir de prudence qui incombe au conducteur) ne contredit pas la déclaration du recourant lors de l'entretien du 8 janvier 2018 – à six semaines de l'opération − au collaborateur de l'intimée selon laquelle il ne pouvait pas travailler partiellement car il ne pouvait pas conduire. En effet, à cette occasion, le recourant avait bien précisé que son attelle serait enlevée le 11 janvier 2018, date à compter de laquelle il pourrait à nouveau mobiliser son bras droit. Or, on ne peut reprocher au recourant, qui portait une attelle, d'avoir estimé qu'il était inapte à conduire après son opération, dès lors qu'un conducteur doit se conformer aux devoirs de la prudence (art. 31 al. 1 de la loi fédérale sur la circulation routière, du 19 décembre 1958 [LCR – RS 741.01]) et veiller à n'être gêné d'aucune manière (art. 31 al. 3 LCR). Il convient par ailleurs de souligner, que le recourant a repris son emploi à plein temps juste deux semaines après cet entretien, le 23 janvier 2018.

Certes, selon la jurisprudence – ainsi que le relèvent la Dresse E_____ et l'intimée – un traumatisme direct de l'épaule (chute, contusion, impact) ne peut pas être retenu à titre de mécanisme d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2.2 et 5.2.3), contrairement à l'avis des Drs B_____ et G_____ (rapports des 25 et 30 août 2018, 30 janvier 2019, 25 janvier 2021 p. 6 et 10, étant relevé que ce dernier explique que l'énergie engendrée par la chute lors de la course pratiquée par le recourant à 10km/h est largement suffisante pour occasionner une rupture de coiffe [p. 6-7 et 9]).

Cela étant, la Dresse E_____ souligne, elle-même, qu'un choc direct sur l'épaule peut provoquer une atteinte de la coiffe des rotateurs si les tendons ne sont plus sains (appréciation du 3 juillet 2018). C'est dire que le traumatisme direct de l'épaule peut exercer une influence sur des lésions dégénératives de la coiffe, et qu'il importe, dans ce cas, de déterminer la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé est imputable exclusivement à des causes étrangères à l'accident.

À cet égard, dans la mesure où, le 20 novembre 2017, le recourant présentait une épaule droite pseudo-paralytique, indiquant l'origine traumatique de l'atteinte à la coiffe des rotateurs droite, le *statu quo sine vel ante* n'était pas rétabli le 8 novembre 2017. Dès lors que l'attelle a été enlevée le 11 janvier 2018, date à laquelle des séances de physiothérapie ont été prescrites, et que le recourant a repris son emploi le 23 janvier 2018, la Cour de céans admet, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite au niveau de la coiffe des rotateurs a disparu le 23 janvier 2018.

c. En conséquence, l'intimée devra prendre en charge le traitement médical en rapport avec la coiffe des rotateurs droite – le remboursement des frais de l'intervention chirurgicale du 22 novembre 2017 sera limitée à la réparation de la coiffe des rotateurs, la ténotomie du long chef du biceps et l'acromioplastie latérale étant liées exclusivement à des maladies (soit la tendinopathie du long chef du biceps, respectivement le conflit sous-acromial droit) – ainsi que verser les indemnités journalières dues au recourant jusqu'au 22 janvier 2018.

d. Au vu de ce qui précède, l'audition du recourant et celle du Dr B_____ sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutiles.

12. Par conséquent, le recours est admis et la décision du 27 mars 2018 annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'500.-.

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 27 mars 2018.
3. Dit que le recourant a droit au remboursement du traitement médical en lien avec l'atteinte à la coiffe des rotateurs droite, à l'exclusion de la ténotomie du long chef du biceps et de l'acromioplastie latérale, ainsi qu'au versement des indemnités journalières qui lui sont dues, jusqu'au 22 janvier 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- au recourant à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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