

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1867/2019

ATAS/1181/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourant

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, a travaillé à 100% en qualité d'employé de restauration pour l'entreprise B_____ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).
2. Le 13 septembre 2016, B_____ SA a annoncé à la Vaudoise un accident survenu le 5 septembre 2016, qu'elle a décrit en ces termes : « [l'assuré] a chuté et a heurté en tombant [un] container avec le haut du bras gauche et le visage, côté gauche ».
3. La Vaudoise a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières dès le 12 septembre 2016.
4. Selon un rapport médical établi le 15 septembre 2016 par la clinique de la Colline, il a été constaté chez l'assuré une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, sans fracture. Un diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs a été retenu. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident.
5. Dans un rapport daté du 11 octobre 2016, la doctoresse C_____, du centre de chirurgie de l'épaule de la clinique de la Colline, a confirmé le diagnostic de rupture de la coiffe à l'épaule gauche. Elle a certifié une incapacité de travail totale, « probablement » jusqu'au 30 octobre. Par la suite, la Dresse C_____ a prolongé cet arrêt de travail à diverses reprises, notamment les 27 octobre et 24 novembre 2016.
6. Invitée par le médecin-conseil de la Vaudoise, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à répondre à diverses questions concernant ses constatations et le traitement envisagé, la Dresse C_____ a répondu, le 27 octobre 2016, qu'elle avait revu l'assuré à sa consultation le même jour. Les douleurs au niveau de l'épaule gauche s'étaient atténuées, mais l'assuré présentait un manque de force et une diminution des amplitudes en abduction et antépulsion, ce qui laissait suspecter une capsulite. La physiothérapie se poursuivait et le patient serait revu un mois plus tard, pour un contrôle et une décision concernant l'opération, selon l'évolution.
7. Dans un courrier du 12 décembre 2016 adressé à la Dresse C_____, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état de diverses atteintes, documentées par une arthro-IRM, à savoir une rupture importante de la coiffe, une arthrose acromio-claviculaire, cliniquement asymptomatique, et la persistance d'un long chef du biceps. Dans le contexte de capsulite rétractile, en voie d'amélioration, il jugeait important de récupérer un maximum d'amplitude articulaire avant de tenter une réparation de la coiffe, raison pour laquelle il avait renouvelé le bon de physiothérapie. Compte tenu de l'importance des lésions, il

n'était pas certain qu'une réparation permette à l'assuré de reprendre sa profession d'aide de cuisine.

8. Le 12 décembre 2016, le Dr E_____ a prescrit un arrêt de travail jusqu'au 30 janvier 2017, renouvelé ensuite à diverses reprises.
9. Invité par le Dr D_____ à le renseigner sur son dernier contrôle et la causalité éventuelle entre l'accident et les atteintes constatées, le Dr E_____ a indiqué le 31 janvier 2017 avoir revu le patient le même jour : l'évolution était peu favorable, faute d'amélioration des amplitudes articulaires et des douleurs. La capsulite rétractile, peu évolutive, faisait suite à un événement traumatique survenu en septembre 2016. Le bilan IRM à disposition suggérait que la lésion de la coiffe était récente et qu'elle était compatible avec les suites de l'accident du 5 septembre 2016. Le diabète que présentait l'assuré jouait un rôle sur l'évolution de la capsulite rétractile, qui était actuellement en cours d'évolution. Tenter une réparation chirurgicale de la coiffe chez un patient limité ne lui paraissait pas raisonnable à ce stade, raison pour laquelle la physiothérapie se poursuivait. Si les aptitudes restaient stationnaires, il envisageait de proposer à l'assuré, dans un premier temps, une libération sur narcose, sans réparation de la coiffe.
10. Le 5 avril 2017, le Dr E_____ a informé le Dr D_____ avoir revu l'assuré le 17 mars. L'évolution clinique était relativement modeste. Il se posait la question d'une libération sur narcose, mais il n'était pas sûr que le patient soit un candidat idéal pour ce type d'intervention, car il semblait moyennement motivé par une prise en charge soutenue de physiothérapie après l'opération. À ce stade, il paraissait plus prudent de poursuivre le traitement conservateur.
11. Le 26 avril 2017, le Dr D_____ a informé le Dr E_____ que, s'il comprenait sa décision de poursuivre un traitement conservateur, il conseillait à la Vaudoise de mettre fin, dès la consultation du 17 mars 2017, aux rapports de causalité avec l'accident du 5 septembre 2016. L'incapacité de travail se poursuivrait comme maladie. En effet, l'on était en présence d'une banale contusion de l'épaule contre un container et il était évident que les lésions mises en évidence par arthro-IRM le 20 septembre 2016, deux semaines après cette contusion, ne pouvaient être traumatiques, car il s'agissait d'une rupture massive et d'une rétractation de la coiffe. Malgré 41 séances de physiothérapie, du 14 septembre 2016 au 15 mars 2017, l'amplitude des mouvements ne s'améliorait pas, la flexion plafonnant à 120°.
12. Par décision du 12 mai 2017, la Vaudoise a informé l'assuré qu'elle mettait fin, avec effet au 17 mars 2017, à la prise en charge des frais découlant de l'accident du 5 septembre 2016. La suite du cas relevait de l'assurance-maladie. Le dossier médical ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 5 septembre 2016 et les lésions mises en évidence par imagerie du 20 septembre 2016. Selon son médecin-conseil, l'assuré présentait des atteintes

maladies préexistantes, que l'accident du 5 septembre 2016, relativement bénin, avait tout au plus décompensé pendant six mois.

13. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 9 juin 2017. Selon lui, l'argumentation de la Vaudoise était en totale contradiction avec l'ensemble des éléments médicaux en sa possession, dont le dernier certificat du Dr E_____, qui démontrait clairement l'existence du lien de causalité naturelle.

L'assuré a joint à son opposition un rapport établi le 23 mai 2017 par le Dr E_____. Le patient était totalement asymptomatique jusqu'au traumatisme du 5 septembre 2016 et son évolution s'était démarquée par une capsulite rétractile. Du bilan radiologique, il ressortait une rupture fraîche, sans amyotrophie, ni dégénérescence graisseuse du sus-épineux de l'épaule gauche. Il existait clairement une relation avec un traumatisme, chez un patient qui ne présentait aucun antécédent de douleur scapulaire. Hormis l'âge du patient, aucun argument ne permettait de suspecter une atteinte chronique, qui apparaîtrait sous forme d'une dégénérescence graisseuse de la musculature impliquée dans le traumatisme. Actuellement, la capsulite évoluait favorablement et une réparation de la coiffe des rotateur était préconisée, dès que le problème de raideur serait résolu.

14. Le 19 juillet 2017, le Dr D_____ a invité le Dr E_____ à lui expliquer pourquoi l'examen arthro-IRM réalisé deux semaines après l'accident avait mis en évidence une déchirure aussi étendue de toute la coiffe, pourquoi une telle rétraction myo-tendineuse s'était produite, et si une lésion ancienne de la coiffe entraînait forcément une amyotrophie, respectivement une involution graisseuse ? Selon lui, la capsulite n'était pas forcément en rapport avec l'accident, mais pouvait se développer spontanément.

15. Le 3 août 2017, le Dr E_____ a répondu au Dr D_____ qu'il était tout à fait possible d'observer une rétraction importante de la coiffe lors d'un traumatisme, qui semblait avoir été suffisamment important pour en déchirer une grande partie. L'examen ne mettait pas en évidence suffisamment d'arguments en faveur d'une lésion ancienne et l'absence d'amyotrophie ainsi que de dégénérescence graisseuse parlaient en faveur d'une atteinte récente de la coiffe. Comme il n'avait vu ce patient que quelques mois après le traumatisme, il n'avait pu que constater une capsulite rétractile, qui effectivement n'était pas toujours en lien avec un traumatisme, mais anamnestiquement, le patient ne présentait ni douleur, ni restriction avant le traumatisme. Il était donc très vraisemblable que le traumatisme et l'immobilisation occasionnée par les douleurs aient provoqué cette capsulite. On ne pouvait répondre par l'affirmative à la question de savoir si une lésion plus ou moins ancienne entraînait forcément une amyotrophie ou une involution graisseuse, en particulier si le patient perdait la fonction de son épaule, comme en l'espèce. Pour observer l'évolution des lésions, on pouvait éventuellement demander une nouvelle IRM afin de réévaluer la trophicité musculaire.

16. Le 16 août 2017, le Dr D_____ a répondu au Dr E_____ que la réalisation d'un examen arthro-IRM ne se justifiait probablement pas, étant plus académique qu'utile à la prise en charge du cas.
17. Le 17 août 2017, la Vaudoise a annulé sa décision du 12 mai 2017 et indiqué qu'elle allait reprendre le versement des prestations dès le 18 mars 2017. Par ailleurs, elle demandait si l'assuré s'était annoncé à l'assurance-chômage, dans la mesure où le dernier certificat en sa possession attestait d'une incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2017.
18. Le 23 août 2017 l'assuré a transmis à la Vaudoise des certificats d'arrêts de travail prescrits par le Dr E_____, pour la période courant du 1^{er} juin au 30 septembre 2017.
19. Le 26 septembre 2017, le Dr E_____ a informé le Dr D_____ qu'il avait revu le patient au mois d'août et que l'évolution de sa capsulite rétractile était bonne. Cependant, il l'avait adressé à l'hôpital cantonal pour une prise en charge chirurgicale de sa rupture massive de la coiffe, avec la mesure du possible une tentative de réparation, ou la mise en place d'une prothèse inversée de l'épaule.
20. Le suivi de l'assuré a été repris par le docteur F_____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
21. La doctoresse G_____, médecin auprès du service de chirurgie orthopédique et de traumatologie des HUG, a prescrit à l'assuré un arrêt de travail du 31 octobre au 17 décembre 2017, pour cause d'accident.
22. Le 9 novembre 2017, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré s'était fait opérer le 31 octobre 2017.
23. Le 27 novembre 2017, la Vaudoise a informé le Dr F_____ qu'elle avait soumis son rapport opératoire à son médecin-conseil, lequel estimait que l'incapacité de travail postérieure à l'intervention ne devait pas dépasser un mois. Si elle se prolongeait au-delà du 30 novembre 2017, il invitait le Dr F_____ à en expliquer les raisons.
24. Dans un compte rendu opératoire daté du 1^{er} novembre 2017, le Dr F_____ a indiqué avoir procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche et à une ténotomie du long chef du biceps. Le diagnostic était une rupture de la coiffe massive et irréparable de l'épaule gauche, ainsi qu'une instabilité médiale et latérale du biceps. L'arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 17 janvier 2018.
25. Le 12 janvier 2018, l'assuré a reproché à la Vaudoise d'avoir cessé le versement des prestations au 17 décembre 2017, quand bien même il lui avait adressé un certificat du Dr F_____ confirmant la prolongation de son incapacité totale de travail jusqu'au 17 janvier 2018, et une attestation émanant de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. À l'appui de son courrier, l'assuré a produit :

- l'attestation établie par la Dresse H_____ le 22 décembre 2017, indiquant qu'en raison de la persistance d'une impotence fonctionnelle partielle de l'épaule gauche et de douleurs lors de la mobilisation, le traitement de physiothérapie devait absolument être poursuivi, ceci pour une durée indéterminée et probablement pendant plusieurs mois ;
 - un certificat d'arrêt de travail établi le 15 décembre 2017 par le Dr F_____, attestant d'une totale incapacité de travail jusqu'au 17 janvier 2018.
26. Le 20 février 2018, la Vaudoise a reçu un rapport établi le 22 décembre 2017 par le Dr F_____, à teneur duquel le patient rapportait une évolution mitigée, sans réelle amélioration des douleurs. L'épaule gauche présentait des lésions irréparables, qui contraindraient son utilisation avec des poids supérieurs à 5 kg, paramètre qu'il convenait de prendre en considération pour la recherche d'emplois. Sur le plan chirurgical, en présence d'une épaule fonctionnelle, il n'y avait, pour le moment, pas d'indication à envisager une prothèse totale d'épaule inversée. Dans l'immédiat, il préconisait une prise en charge rhumatologique, avec une optimisation de l'antalgie et des thérapies physiques.
27. Dans un rapport adressé le 15 février 2018 à la doctoresse I_____, médecine interne générale FMH, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré s'inquiétait de ne pas pouvoir reprendre son travail d'aide de cuisine, en raison de ses douleurs et limitations fonctionnelles. La rupture irréparable de la coiffe des rotateurs entraînait une raideur, des douleurs résiduelles, et il était clair que, dans cette situation, l'activité d'aide de cuisine ne pouvait être réalisée, de sorte que le dépôt d'une demande auprès de l'assurance-invalidité paraissait opportun. Un recyclage professionnel dans une activité où il n'y avait pas de port de charges lourdes ou d'activités répétitives avec le membre supérieur gauche pourrait éventuellement être favorisé, grâce aux structures de l'assurance-invalidité.
28. Dans un courrier adressé à la Vaudoise le 12 mars 2018, le recourant a déploré n'avoir toujours pas touché les indemnités auxquelles il avait droit pour février et mars 2018, alors qu'il se trouvait toujours en incapacité de travail attestée médicalement, qu'il manquait par ailleurs CHF 1'300.- sur ses indemnités de décembre 2017, et qu'une facture de CHF 150.- de son médecin traitant ne lui avait toujours pas été remboursée. L'attitude de la Vaudoise était choquante et l'avait conduit à solliciter l'aide de l'Hospice général pour subvenir à ses besoins.
29. Le 16 mars 2018, la Vaudoise a répondu qu'elle n'avait plus reçu de certificat d'arrêt de travail au-delà de celui établi par la Dresse I_____ le 10 janvier 2018, raison pour laquelle il ne lui avait pas été possible d'établir de nouveaux décomptes. Comme l'incapacité de travail que présentait l'assuré depuis le 31 octobre 2017 dépassait largement la période admise par son médecin-conseil, une expertise médicale serait mise en œuvre pour statuer sur la poursuite des prestations.

30. Le 23 mars 2018, l'assuré a rétorqué avoir déjà adressé des certificats médicaux couvrant la période d'octobre 2017 à février 2018, qu'il joignait à ses écritures, soit :
- un certificat établi par la Dresse G_____ le 31 octobre 2017, attestant d'une incapacité totale de travail du 31 octobre au 17 décembre 2017 ;
 - un certificat établi le 15 décembre 2017 par le Dr F_____ attestant d'une incapacité totale de travail du 17 décembre 2017 au 17 janvier 2018 ;
 - un certificat établi par la Dresse I_____ le 10 janvier 2018, attestant d'une incapacité totale de travail dès le 17 janvier 2018, avec une durée probable au 7 mai 2019 (sic).
31. Le 16 avril 2018, la Vaudoise a accusé réception des certificats médicaux et a informé l'assuré qu'elle lui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2018. Une expertise était prévue le 28 mai 2018 avec le docteur J_____, médecin auprès de l'Hôpital de la Tour.
32. Dans un rapport daté du 8 août 2018, contresigné par le docteur K_____, médecin interne, le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir examiné l'assuré le 24 mai 2018. Pour réaliser son expertise, il s'était fondé sur l'interrogatoire, l'examen clinique de l'assuré, le bilan radiologique, le dossier de la Vaudoise et les rapports médicaux du service des urgences de la clinique de la Colline. Après avoir résumé la documentation mise à sa disposition, son anamnèse, ses constatations objectives et son interprétation du bilan radiologique, l'expert a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de rupture massive de la coiffe des rotateurs, de capsulite rétractile de l'épaule gauche, diagnostiquée le 27 octobre 2016, et d'antécédent d'arthroscopie de l'épaule gauche pour une ténotomie du long chef du biceps. S'agissant du lien de causalité, il était parvenu à la conclusion qu'aucun facteur étranger à l'accident n'influçait le cours de la guérison et qu'il existait une relation causale certaine entre la lésion de la coiffe des rotateurs et l'accident, vu l'âge du patient, l'absence de problèmes de l'épaule avant l'accident, le mécanisme vulnérant décrit par le patient et les critères radiologiques. L'accident du 5 septembre 2016 avait donc causé les atteintes mises en évidence sur l'imagerie du 20 septembre 2016. On pouvait considérer que le *statu quo sine* avait été atteint six mois après l'intervention chirurgicale du 31 octobre 2017. À la question de savoir quel était le traitement actuel, l'expert a répondu que l'assuré bénéficiait de physiothérapie, à sec et en piscine, avec des exercices d'étirements et de renforcement de l'épaule deux fois par jour. Malgré ce traitement, il persistait une limitation importante des amplitudes articulaires, associée à des douleurs. Interrogé sur d'autres traitements qui seraient susceptibles d'améliorer notablement l'état actuel, l'expert suggérait d'intensifier les exercices à domicile, avec des auto-exercices d'étirement, en se focalisant sur la récupération des amplitudes articulaires. Un travail de physiothérapie en piscine une fois par semaine pouvait y

être associé, afin de contrôler que les exercices à domicile soient faits correctement et éventuellement de traiter des contractures musculaires, qui étaient douloureuses. En outre, une infiltration gléno-humérale devait être effectuée, afin de diminuer les douleurs et de permettre d'augmenter l'intensité de la rééducation. En l'absence d'améliorations, une intervention chirurgicale semblait indiquée, à savoir l'installation d'une prothèse totale inversée.

33. Invité par le Dr D _____ à répondre à diverses questions complémentaires, l'expert J _____, dans un courrier du 24 septembre 2018, contresigné par le Dr K _____, a précisé qu'il était possible qu'une simple chute sur l'épaule ait causé une déchirure aussi étendue et rétractée, qui s'était révélée inopérable un peu plus d'une année plus tard.

À la question « l'âge du patient, 59 ans, sa profession relativement physique, une chute sur la même épaule en mars 2014 n'expliquent-elles pas en partie la gravité de la lésion traumatique ? », l'expert a répondu qu'« en-deçà de 60 ans, chez un patient avec une épaule asymptomatique, ce qui était le cas de [l'assuré] avant l'accident, seuls 2% avaient une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs ».

À la question : « à la première échographie du 12 septembre 2016 était décrite une tendinopathie du sous-scapulaire et du biceps, lésion plus générative que traumatique » l'expert a répondu : « vous connaissez la sensibilité et la spécificité de l'échographie pour diagnostiquer les tendinopathies ».

À la question : « [...] pourquoi en post-opératoire n'est-il possible d'atteindre qu'une élévation de 120 degrés alors qu'uniquement une ténotomie du biceps est réalisée ? », l'expert a répondu que « cela s'expliqu[ait] par une raideur post-opératoire ».

À la question de savoir « pourquoi le patient estim[ait] que les douleurs [pouvaient] avoir une intensité jusqu'à 6 sur 10 et même le réveiller la nuit alors qu'il ne prenait aucun médicament, l'expert a répondu que « connaissant les effets indésirables de antalgiques, chacun [était] libre de la gestion de la douleur ».

À la question : « vous estimez le *statu quo sine* à six mois de l'intervention du 31 octobre 2017, pourquoi dans ces conditions poursuivre la physiothérapie par mobilisation intensive de l'épaule et même en piscine, pourquoi envisager aussi une infiltration gléno-humérale ? », l'expert a répondu que « la physiothérapie, la balnéothérapie et une infiltration [avaient] pour but l'amélioration de l'épaule gelée (raideur post-opératoire). Les six mois [étaient] basés sur les études préalables (Colin-Laedermann JSES 2014) ».

À la question : « [l'assuré] était donc sans formation particulière, et en Suisse avec une activité d'aide-cuisinier, dont il a été licencié le 31 mars 2017. Comment apprécier sa capacité de travail en tant qu'aide-cuisinier ? Il ne doit pas forcément aller chercher des choses en hauteur, ni soulever des poids en abduction, comme vous le mentionnez », l'expert a répondu qu'il n'avait « malheureusement pas

connaissance de cuisines aménagées où toutes les casseroles [étaient] à hauteur de la taille à un poste adapté. La capacité de travail [était] à 100% ».

34. Dans un courrier adressé à la Vaudoise le 10 octobre 2018, la Dresse I_____ s'est référée à l'expertise du Dr J_____ et a exposé qu'en raison de douleurs chroniques invalidantes de l'épaule gauche et de l'état dépressif majeur réactionnel que présentait l'assuré, elle certifiait la poursuite de l'incapacité de travail à 100%, même dans une activité adaptée, tant que les douleurs persistaient, et ceci malgré une prise en charge psychothérapeutique important et antalgique. Le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était réservé.
35. Le 19 octobre 2018, la Vaudoise a reçu un bilan effectué par le centre de physiothérapie de la clinique de la Colline. Le score de Constant (score fonctionnel de l'épaule) de l'assuré s'élevait à 50%, contre 87% en moyenne pour un homme de 60 ans. Des séances de physiothérapie étaient préconisées, pour maintenir et augmenter les améliorations constatées. Des séances en piscine étaient favorable, tandis que des séances en cabine étaient également importantes, pour continuer d'améliorer les amplitudes contre la force gravitationnelle et renforcer les muscles.
36. Dans un courrier adressé à la Dresse I_____ le 23 octobre 2018, le Dr D_____ a indiqué que malgré le dernier reçu de cette praticienne, il recommandait à la Vaudoise de tenir compte d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, puisque l'assuré avait été licencié le 31 mars 2017. Il s'agissait de l'épaule gauche chez un droitier et il n'y avait plus de capsulite rétractile, puisque l'élévation était possible jusqu'à 130 degrés. D'autre part, entre mai et octobre 2018, l'amplitude des rotations s'était améliorée ; la force était presque symétrique, compte tenu du fait qu'il s'agissait de l'épaule gauche chez un droitier. Les douleurs étaient certainement supportables puisque l'assuré ne prenait pas d'antalgiques. Il était évident que l'état dépressif majeur réactionnel pouvait expliquer une incapacité totale de travail, mais celle-ci ne pouvait être considérée comme étant en relation causale avec l'accident, plus de deux ans après celui-ci.
37. Le 22 novembre 2018, la Vaudoise a informé l'assuré que son médecin-conseil le jugeait apte à exercer une activité adaptée à 100% et qu'au vu de la jurisprudence, afin de lui permettre d'entreprendre des démarches auprès de la caisse de chômage, elle lui verserait les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2019.
38. L'assuré a formé opposition contre cette « décision » le 14 décembre 2018, contestant pouvoir exercer une quelconque activité prétendument adaptée à son état et relevant que la Vaudoise n'avait même pas pris la peine d'indiquer quel type d'activité serait adaptée. L'analyse de la Vaudoise semblait légère et paraissait reposer exclusivement sur un rapport de quelques lignes, lacunaire et erroné, qu'avait rédigé le Dr D_____ le 23 octobre 2018. Ce médecin ne tenait compte que d'une petite partie des limitations fonctionnelles, qui ressortaient pourtant de son dossier médical. L'état dépressif majeur n'était pas pris en compte du seul fait

que plus de deux ans s'étaient déroulés depuis l'accident, ce qui entraînait en contradiction avec sa situation médicale réelle.

39. Le 21 mars 2019, l'office cantonal de l'assurance-invalidité a transmis à l'assuré un préavis de décision, prévoyant l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité de septembre 2017 à mars 2018, supprimée ensuite. L'office y retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 5 septembre 2016, puis entière dans une activité adaptée dès le 22 janvier 2018. Dès le mois de janvier 2018, il ressortait de la comparaison des revenus une perte de gain de 3%, insuffisante pour permettre le maintien de la rente.
40. La Vaudoise a reçu divers certificats d'arrêt de travail établis par la Dresse I _____ les 9 janvier, 11 février, 11 mars, 8 avril et 7 mai 2019.
41. Par décision sur opposition du 15 avril 2019, la Vaudoise a indiqué que sa lettre du 22 novembre 2018 constituait une décision non formelle au sens de la loi. Le conseil de l'assuré avait formulé son opposition motivée le 14 décembre 2018, sans exiger qu'une décision formelle soit rendue. Par conséquent, malgré l'irrégularité de la notification, l'assuré n'avait pas subi de préjudice en raison de l'absence d'indication des voies de droit. Partant, l'opposition, formée en temps utile, était recevable. En l'espèce, était litigieuse la question de savoir si l'assuré présentait encore une incapacité de travail en relation avec les troubles découlant de l'événement du 5 septembre 2016 au-delà du 28 février 2019 et si la Vaudoise devait encore lui allouer des indemnités journalières ou d'autres prestations après cette date. Se ralliant à l'expertise du Dr J _____ et son complément du 24 septembre 2018, le Dr D _____ avait constaté, avec l'expert, que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. La Vaudoise était donc fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières. Par sa communication du 22 novembre 2018, elle avait agi conformément la jurisprudence en laissant un délai raisonnable de trois mois à l'assuré pour rechercher une activité adaptée, et de ce fait, elle avait accepté de verser les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2019. Selon l'expert J _____, le status quo, c'est-à-dire la stabilisation, pouvait être atteint six mois après l'intervention chirurgicale du 31 octobre 2017. Le Dr J _____ avait certes préconisé un traitement – dont des auto-exercices à domicile – pour tenter de récupérer davantage d'amplitude articulaire, mais il avait d'ores et déjà conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. La Vaudoise aurait donc déjà pu mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 30 avril 2018, soit six mois après le 31 octobre 2017, mais elle ne reviendrait pas sur les prestations allouées. Comme l'état de santé était déjà stabilisé depuis plusieurs mois, le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical ne pouvait être prolongé après le 28 février 2019. Ainsi, c'était à compter du 1^{er} mars 2019 qu'il convenait d'examiner le droit à une rente d'invalidité. À ce moment-là, l'assuré aurait pu escompter un revenu d'invalidité de CHF 67'070.60 en exerçant une activité simple et répétitive, selon les

statistiques salariales, montant supérieur au revenu sans invalidité (CHF 46'800.-) qu'il aurait vraisemblablement perçu en bonne santé. En l'absence de perte de gain, l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

Enfin, l'atteinte à la santé psychique dont se prévalait l'assuré n'avait pas à être prise en compte, faute de lien de causalité adéquate entre celle-ci et l'accident du 5 septembre 2016. En effet, l'accident, relativement banal, correspondait à une chute de hauteur d'homme et pouvait tout au plus être classé dans les accidents de gravité moyenne, à la limite des cas de faible gravité, conformément à la jurisprudence qu'avait rendue le Tribunal fédéral, par exemple dans le cas d'une chute en snowboard avec réception sur la tête. Considérée objectivement, la chute n'avait pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Le critère de la gravité des lésions physiques et de leurs conséquences n'était pas non plus rempli, car l'assuré avait présenté des lésions à l'épaule gauche, traitées d'abord conservativement, puis de façon chirurgicale, avec comme séquelles une épaule légèrement enraidie et modérément douloureuse. Selon l'expérience, ces lésions n'étaient pas propres à entraîner des troubles psychiques. S'agissant de la durée anormalement longue du traitement médical, il fallait uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire, à l'exclusion des mesures d'instruction médicale et des simples contrôles chez le médecin ; la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulation ne suffisaient pas à fonder ce critère. Dans le cas particulier, le traitement avait certes été prolongé par la survenance d'une capsulite rétractile, ayant empêché de réaliser plus rapidement l'intervention chirurgicale. Néanmoins, l'évolution post-opératoire avait été conforme à celle attendue, de sorte que ce critère n'était pas non plus rempli. S'agissant du critère relatif aux douleurs persistantes, l'évolution avait été favorable et si l'épaule restait modérément douloureuse, l'assuré ne prenait aucun traitement antalgique. Il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de difficultés ou complications particulières. Finalement, l'incapacité de travail avait certes duré une année avant l'intervention chirurgicale, mais c'était en raison de l'apparition d'une capsulite rétractile. Après l'intervention, elle était conforme aux prévisions. En définitive, aucun des critères prévus par la jurisprudence n'était rempli ou ne revêtait une importance déterminante, de sorte qu'il n'existait pas de relation de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé psychique et l'accident.

42. Le 15 mai 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise et à l'audition de ses médecins, les Drs J_____, F_____ et I_____, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%.

Selon lui, la Vaudoise s'était fondée sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) plutôt que sur les descriptions de postes de travail (ci-après : les DPT), quand bien même la doctrine et la jurisprudence avaient considéré que le recours aux DTP était plus concret et

donc plus satisfaisant. Quoi qu'il en soit, la Vaudoise s'était fondée sur le salaire statistique valable pour des hommes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé, toutes activités confondues. L'intimée avait réglé la question du revenu d'invalidité en moins de huit lignes, absolument sans tenir compte des limitations fonctionnelles ressortant de son dossier et sans procéder au moindre abattement, alors qu'au-delà de la question de ses limitations, il était proche de la retraite, n'était pas de langue maternelle française et souffrait d'un état dépressif attesté, quand bien même celui-ci ne serait pas en relation de causalité avec l'accident. De plus, il était sans formation et avait travaillé pratiquement toute sa vie en cuisine. Au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, il était tout à fait incertain qu'il puisse accomplir une partie substantielle des activités prises en compte dans la table statistique appliquée par l'intimée, dont les chiffres lui paraissaient n'avoir aucune portée dans son cas. En toute hypothèse, il fallait constater que la question avait été abordée avec extrêmement de légèreté par l'intimée. Le recourant estimait qu'il n'existait aucune activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles, raison pour laquelle il avait droit à une rente entière d'invalidité. Il y avait lieu d'appliquer un abattement maximum de 25% au vu des caractéristiques particulières de sa situation. Pour le reste, l'intimée semblait considérer que son état s'était stabilisé, mais elle ne s'était pas prononcée sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à laquelle il avait pourtant manifestement droit, vu ses limitations fonctionnelles et plus particulièrement ses amplitudes articulaires diminuées. Il concluait à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% lui soit octroyée à ce titre.

43. Le 13 juin 2019, la Vaudoise a conclu au rejet du recours. Le recourant ne semblait pas contester son aptitude à exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles conformément aux évaluations médicales. S'agissant du revenu d'invalidité, bien que le recourant évoquait les DPT, il semblait admettre l'application des statistiques résultant de l'ESS, laquelle était conforme à la jurisprudence. Le Tribunal fédéral avait en effet renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'ESS. S'agissant du taux d'abattement, la Vaudoise aurait pu prendre en compte, tout au plus, l'âge de l'assuré – qui avait 59 ans au moment de la décision sur opposition – et ses limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche, ce qui aurait justifié un taux d'abattement compris entre 5 et 10%. En revanche, elle n'avait pas à prendre en compte l'état dépressif du recourant, qui était sans rapport de causalité adéquate avec l'accident. Sur ce dernier point, il semblait que le recourant ne contestait plus l'absence de causalité adéquate entre son atteinte psychique et l'accident. La question de l'abattement restait finalement très théorique, car même en tenant compte du taux d'abattement maximal, le revenu d'invalidité demeurait supérieur au revenu sans invalidité, ce qui excluait en toute hypothèse toute perte de gain et donc tout droit à une rente. Enfin, la décision sur opposition attaquée ne statuait pas sur le droit à une indemnité pour

atteinte à l'intégrité, de sorte que cette question-là excédait l'objet du litige et ferait l'objet d'une décision séparée.

44. Le 20 juin 2019, le recourant a persisté dans les termes de son recours.
45. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
3. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, la décision sur opposition attaquée – qui circonscrit l'objet de la contestation et du litige – met fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2019. En outre, elle refuse le versement d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2019. À ce propos, il convient de rappeler que la suspension des indemnités journalières et du traitement

médical d'une part, et l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment un seul objet du litige (cf. ATF 144 V 354 consid. 4. 2).

De son côté, le recourant conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. Toutefois, comme le fait remarquer l'intimée, la question de son droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet de la décision attaquée et partant, excède l'objet du litige, ce qui exclut le prononcé d'un jugement sur ce point.

4. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. L'accident en cause étant survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. a. 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).
- b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

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).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou

tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. 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. 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).

e. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des

assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références).

6. Selon l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008).

Lorsque le *statu quo ante vel sine* est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère

extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

7. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

8. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et

que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

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

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). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

11. En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur l'expertise du Dr J_____ et le dernier rapport du Dr D_____, met un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières avec effet au 28 février 2019. Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est capable d'exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comme le revenu exigible de sa part dans une activité adaptée est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident en exerçant sa profession d'aide-cuisinier, l'intéressé ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité.

De son côté, le recourant conteste implicitement la capacité résiduelle de travail retenue par l'expert et le médecin-conseil de l'intimée. Il soutient en substance que ses limitations fonctionnelles, notamment ses amplitudes articulaires diminuées, l'empêchent toujours d'exercer la moindre activité professionnelle. Aussi n'existe-t-il pas d'activité adaptée à son état de santé. À ces difficultés s'ajoutent, entre autres, son absence de formation et sa proximité avec l'âge de la retraite.

12. D'emblée, il convient de relever que les rapports établis suite à l'accident du 5 septembre 2016 ont mis en évidence une rupture « massive » de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. En outre, il ressort du rapport opératoire du 1^{er} novembre 2017 une « rupture de coiffe complète du sus-épineux et de l'infra-épineux avec rétraction haute vers la glène ». On se trouve donc en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f LAA.

Dans son rapport, l'expert J_____ a considéré en substance que l'accident du 5 septembre 2016 avait occasionné chez l'assuré une rupture complète du tendon sus et sous-épineux. Il a indiqué qu'un *statu quo sine* pouvait être fixé six mois après l'opération de l'épaule gauche du 31 octobre 2017, sans autres précisions. L'expert

a précisé qu'en dépit de la physiothérapie, il persistait une limitation importante des amplitudes articulaires, associée à des douleurs. À la question de savoir si d'autres traitements étaient susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé, l'expert a répondu qu'il proposait d'intensifier les exercices à domicile et d'y associer éventuellement de la physiothérapie en piscine, une fois par semaine. Il préconisait également une infiltration gléno-humérale. Si aucune amélioration n'était constatée, une intervention chirurgicale lui paraissait opportune (prothèse totale inversée). Invité par le médecin-conseil de l'intimée à répondre à diverses questions complémentaires (notamment celles de savoir pourquoi des traitements étaient préconisés alors qu'un *statu quo sine* était fixé six mois après l'intervention et quelle était la capacité de travail de l'assuré, tant dans sa profession antérieure d'aide-cuisinier que dans une autre profession, le cas échéant moyennant quelles limitations fonctionnelles et quels aménagements du temps de travail), l'expert a répondu : « la physiothérapie, la balnéothérapie et une infiltration ont pour but l'amélioration de l'épaule gelée (raideur post-opératoire). Les six mois sont basés sur les études préalables (Colin-Laedermann JSES 2014). Nous n'avons malheureusement pas connaissance de cuisine aménagée où toutes les casseroles sont à hauteur de la taille à un poste adapté. La capacité de travail est à 100% ».

Il ressort de la jurisprudence qu'en présence d'une lésion figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. Pour ce type de lésion, on ne peut pas se fonder sur la simple vraisemblance prépondérante pour retenir le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine*. Selon le Tribunal fédéral, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident tant que le caractère désormais exclusivement dégénératif de l'atteinte n'est pas clairement établi (cf. supra consid. 7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 4.3).

En l'occurrence, faute de motivation topique, les conclusions formulées par l'expert au sujet du *statu quo sine* et de la capacité de travail sont sujettes à caution. S'agissant tout d'abord du *statu quo sine*, que l'expert a situé six mois après l'intervention du 31 octobre 2017, c'est-à-dire au 30 avril 2018, l'expert ne l'a pas justifié autrement qu'en renvoyant à la doctrine médicale. Son point de vue semble donc reposer exclusivement sur des considérations générales tirées de l'expérience médicale. L'expert n'a pas fait pas état d'arguments concrets – tels qu'une dégénérescence similaire de l'épaule droite – qui permettraient d'étayer sa thèse d'une évolution vers un *statu quo sine* six mois après l'intervention du 31 octobre 2017, étant rappelé qu'en présence d'une lésion assimilée, on ne saurait admettre que la lésion a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident, tant que son caractère désormais exclusivement dégénératif n'est pas clairement établi. Or, il ressort de l'expertise qu'au 24 mai 2018, date de l'examen,

l'assuré présentait encore des amplitudes articulaires sensiblement diminuées au niveau de l'épaule gauche par rapport à l'épaule droite, associées à des douleurs, ce qui plaide contre l'hypothèse d'un *statu quo sine vel ante* qui aurait été atteint le 30 avril 2018 déjà (le rapport d'expertise atteste d'une flexion antérieure de 120°-130° [en actif / passif] pour l'épaule gauche et de 170° pour l'épaule droite, tandis que l'abduction a été mesurée à 110°-120° du côté gauche et à 170° du côté droit). De surcroît, l'expert a préconisé une série de traitements visant à rétablir les amplitudes articulaires et à diminuer les douleurs affectant l'épaule gauche, ce qui paraît là encore contradictoire avec le *statu quo sine* retenu, respectivement avec la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations. Le fait que l'expert ait recommandé plusieurs traitements médicaux en réponse à la question de savoir si « d'autres traitements [étaient] susceptibles d'améliorer notablement l'état actuel » plaide en effet plutôt en faveur d'un potentiel d'amélioration de l'état de santé.

En ce qui concerne la capacité de travail également, la motivation de l'expert est incomplète. L'expert, dont le rapport initial ne discutait aucunement cette question-là, s'est limité à déclarer, en réponse aux questions complémentaires du médecin-conseil, que la capacité de travail s'élevait à 100%. Bien que dûment interrogé à ce propos, l'expert a omis de préciser quelles particularités devaient respecter un poste adapté à l'état de santé, notamment quels gestes ou efforts l'assuré devait éviter (limitations fonctionnelles), quelles charges il pouvait porter et si son temps de travail devait être aménagé. En outre, l'expert n'a pas précisé si la capacité de travail qu'il attestait se rapportait à la profession antérieure d'aide-cuisinier ou à une autre activité potentiellement mieux adaptée aux limitations fonctionnelles : il a avancé un taux de 100% en réponse à une question portant sur l'activité antérieure d'aide-cuisinier, mais le début de son explication paraît exclure cette profession-là, ce qui rend sa réponse peu claire. Enfin, l'expert n'a pas davantage indiqué à partir de quand l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille à 100%.

De son côté, le médecin-conseil de l'intimée s'est exprimé dans un bref courrier de quelques lignes, daté du 23 octobre 2018 et adressé à la Dresse I_____. Ce document ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui conférer une valeur probante, à défaut d'anamnèse, de description des plaintes, d'examens complets et de discussion approfondie des questions importantes, notamment en ce qui concerne le *statu quo sine*. Pour sa part, la Dresse I_____, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr J_____, a fait savoir, dans un courrier du 10 octobre 2018, qu'elle continuait à attester une totale incapacité de travail, y compris dans une activité adaptée, tout en précisant que le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était réservé. Toutefois, la juridiction cantonale ne saurait se fonder sur ce document, qui ne satisfait pas davantage aux réquisits jurisprudentiels topiques. Le préavis de décision rendu par l'assurance-invalidité le 21 mars 2019 n'est pas plus utile pour statuer, puisque l'on ignore sur quelle(s) pièce(s) médicale(s) il repose.

13. En définitive, faute d'appréciation médicale circonstanciée sur ces questions, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer à partir de quand l'on est en droit, dans le cas du recourant, de considérer que le *statu quo sine vel ante* a été atteint. Il reste également à clarifier si le recourant pourrait mettre en valeur une capacité résiduelle de travail dans son activité antérieure ou dans d'autres professions potentiellement mieux adaptées à son état de santé, le cas échéant depuis quand, à quel taux et moyennant quelles limitations fonctionnelles. Il n'appartient toutefois pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour qu'il complète l'instruction, tant sur la date du *statu quo sine vel ante* que sur la capacité de travail, en mettant en œuvre un complément d'expertise, voire si nécessaire une nouvelle expertise. Enfin, dans la mesure où la question n'a pas été instruite jusqu'ici, il appartiendra à l'expert d'examiner si le recourant pourrait prétendre – comme il le requiert – à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et dans l'affirmative, d'en chiffrer le taux. Au besoin, l'expert pourra s'inspirer de la table d'indemnisation n°1 édictée par la SUVA (taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs).
14. Pour le reste, l'intimée a nié toute relation de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique (état dépressif majeur réactionnel) attesté par la Dresse I_____, relevant d'une part que l'accident pouvait tout au plus être classé dans les accidents de gravité moyenne, à la limite des cas de faible gravité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_817 du 11 décembre 2008 consid. 6 et 8C_643/2013 du 4 juin 2014 consid. 6), d'autre part qu'aucun critère prévu par la jurisprudence n'était rempli, a fortiori avec une intensité particulière. Il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur ce constat, que le recourant ne remet pas valablement en question.
15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 15 avril 2019, annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
16. Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).
17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée.
18. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 15 avril 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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