



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2117/2019

ATAS/78/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 février 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE,
représenté par APAS-association pour la permanence de défense
des patients et des assurés

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1993, a été engagé en qualité de commis de cuisine dans le restaurant d'un hôtel selon un contrat de travail de durée déterminée du 1^{er} mars au 31 octobre 2018. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Vaudoise générale (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 4 juillet 2018, l'assuré a ressenti un bruit et une douleur à l'épaule alors qu'il soulevait une caisse dans la cuisine du restaurant. Cet événement a fait l'objet d'une déclaration de sinistre le lendemain.
3. Une radiographie de l'épaule gauche réalisée le 4 juillet 2018, dont l'indication était une luxation réduite par l'assuré, a révélé la présence d'une encoche de Hill Sachs traduisant une instabilité, un espace sous-acromial préservé, des articulations acromio-claviculaires et des tissus mous sans particularité, et l'absence de fracture de la glène et de calcification péri-articulaire.
4. Une IRM de l'épaule gauche du 5 juillet 2018 a mis en évidence des stigmates de luxation antéro-interne associant une encoche de Hill Sachs de 17 x 10 x 6.5 mm et une lésion de Bankart avec éculement du rebord osseux antéro-inférieur, une désinsertion du *labrum* antérieur sans œdème intra-spongieux ni signe de contusion osseuse récente, avec quelques fissurations ébauchant un petit foyer de déchirure des fibres profondes de l'infra-épineux s'insinuant dans l'encoche de Hill Sachs, et de discrets foyers de tendinopathie fissuraire des supra- et infra-épineux en zone d'insertion, associés à une bursopathie sous-acromiale.
5. Le docteur E_____ a attesté une incapacité de travail totale du 4 au 25 juillet 2018.
6. Le 12 juillet 2018, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été consulté par l'assuré en raison d'une instabilité de l'épaule gauche. Ce dernier lui a rapporté quatre épisodes de luxation de l'épaule durant les deux derniers mois. Le premier était survenu en rattrapant une lourde charge au-dessus du niveau de la tête, bras en rotation externe et abduction, avec une réduction immédiate. L'assuré avait malgré tout continué à travailler. Le dernier événement était survenu en soulevant une charge lourde en cuisine et avait motivé sa consultation aux urgences, car la situation était devenue inquiétante. Il avait une grande appréhension dans l'utilisation de son épaule dans toutes ses activités quotidiennes. À l'examen clinique, le Dr C_____ constatait des amplitudes complètes avec une coiffe compétente. La manœuvre d'appréhension était positive, sans signe d'hyperlaxité gléno-humérale. Le bilan radiologique confirmait une lésion de Bankart osseuse ainsi qu'une lésion de Hill Sachs. Le médecin préconisait une stabilisation selon Latarjet-Patte, qui nécessiterait un arrêt de travail de six semaines au minimum.
7. Le même jour, le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail complète jusqu'au 7 août 2018.

8. Invité à décrire les circonstances de l'accident, l'assuré a précisé dans un questionnaire rempli le 13 juillet 2018 qu'il avait entendu l'os de son épaule gauche sortir, alors qu'il soulevait une caisse de 7 kg pour la mettre sur une étagère dans la chambre froide du restaurant. Les douleurs étaient apparues lorsqu'il avait élevé les bras tout en haut.
9. Dans un avis du 9 août 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a retenu le diagnostic d'instabilité. Il existait des facteurs étrangers à l'accident, avec quatre épisodes de subluxation en deux mois et une désinsertion du *labrum* sans œdème osseux ni déchirure capsulaire. Il convenait de refuser la prise en charge, car il n'y avait pas d'accident ni de lésion correspondant à des luxations dans les deux mois précédant la première constatation. En outre, une amplitude complète était constatée cinq jours après l'événement, et l'assuré aurait lui-même réduit la luxation. Le médecin-conseil disait ne pas y croire.
10. Dans un rapport du 10 août 2018, le Dr E_____ a posé le diagnostic de luxation de l'épaule gauche, réduite par l'assuré. Les lésions étaient exclusivement dues à l'accident.
11. Le 13 août 2018, l'assuré a consulté le docteur F_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'assuré était récemment tombé sur son lieu de travail avec les bras en avant, ce qui avait provoqué une luxation de son épaule gauche. Il avait par la suite subi quatre épisodes de luxation, dont le dernier était survenu le 4 juillet 2018 en soulevant une caisse lourde. Il se plaignait d'instabilité de l'épaule lors des mouvements d'élévation. Le médecin ne constatait pas de douleur à la palpation de l'épaule. La mobilité était tout à fait conservée. Le bilan radiologique révélait un léger émoussement au niveau de la glène antérieure.
12. Un scanner de l'épaule du 14 août 2018 a révélé une lésion de Hill Sachs, une minime lésion de Bankart sans retentissement sur le stock osseux et des muscles de la coiffe de rotateur de bonne qualité.
13. Par décision du 17 août 2018, l'assurance a refusé la prise en charge du cas, car l'assuré n'avait pas été victime d'un accident, en l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire. Il ne présentait pas non plus une lésion donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents selon la loi.
Copie de cette décision a été notifiée à l'assureur-maladie de l'assuré.
14. Le 20 août 2018, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 16 août au 16 septembre 2018.
15. Par courrier reçu le 27 août 2018 par l'assurance, rédigé en italien, l'assuré s'est opposé à la décision. Il a affirmé avoir été victime d'un véritable accident et non d'une maladie, ce que confirmait le rapport du médecin.

16. Le 4 septembre 2018, l'assuré a subi une stabilisation arthroscopique, pratiquée par le Dr F_____. Ce dernier a prolongé son arrêt de travail jusqu'au 21 octobre 2018.
17. Le 14 septembre 2018, l'assureur-maladie de l'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance. La luxation de l'épaule faisait partie des lésions donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents, et l'assuré avait subi quatre épisodes de ce type au cours des deux mois précédant l'événement du 4 juillet 2018. Renseignements pris auprès de l'assuré, il n'y avait jamais eu d'épisode auparavant. De l'avis du médecin-conseil de l'assureur-maladie, toutes ces luxations étaient en relation avec le premier épisode survenu deux mois avant celui du 4 juillet 2018.
18. Lors d'un entretien du 16 octobre 2018, qui s'est déroulé en présence d'un interprète, l'assuré a déclaré à l'assurance qu'il avait travaillé pour son employeur actuel de juin à décembre 2017, puis à nouveau du 1^{er} mars au 31 octobre 2018. Il n'avait jamais eu de problème d'épaule auparavant. La chute évoquée par le Dr F_____ remontait au mois de mai 2018. Alors qu'il rangeait des caisses de légumes, il avait glissé sur le sol de la cuisine les bras en avant, le poids sur le côté gauche. Il avait senti un craquement dans l'épaule gauche, qui s'était luxée, et il avait tiré lui-même violemment sur son bras pour la remettre. Il n'avait pas consulté de médecin mais avait eu mal quelques jours. La deuxième luxation avait eu lieu début juin, lors d'un mouvement brusque au travail. La troisième était survenue lors d'un mouvement brusque au réveil, et la quatrième était celle du 4 juillet 2018. L'assuré avait attendu avant de consulter, car il voulait continuer à travailler dans l'espoir d'obtenir un contrat de travail à durée indéterminée.
19. Dans une appréciation du 23 avril 2019, le Dr D_____ a indiqué que selon son expérience, la réduction d'une première luxation par un patient était impossible en raison des douleurs et de la position du bras en abduction, difficile à saisir de la main opposée. D'autre part, il était impossible de continuer son travail après une première luxation et de ressentir des douleurs seulement pendant quelques jours. La chute de mai 2018 avait tout au plus entraîné une contusion de l'épaule gauche, qui n'avait nécessité ni prise en charge médicale, ni incapacité de travail. Il s'agissait donc d'une contusion sans gravité certainement guérie en un mois, puisqu'à l'IRM du 5 juillet 2018, il n'y avait aucun signe d'œdème osseux, ce qui permettait également de conclure à une lésion ancienne remontant certainement à plus de deux mois. Il y avait d'autre part des signes de tendinopathie du sus-épineux et du sous-épineux. L'absence de douleur à la palpation de l'épaule et l'amplitude totale des mouvements constatées par le Dr C_____ dix jours après l'événement du 4 juillet 2019 étaient incompatibles avec une quatrième luxation. Le status opératoire et l'IRM montraient qu'il s'agissait d'une ancienne instabilité constitutionnelle de l'épaule gauche, certainement sans luxation traumatique récente. Il ne s'agissait ainsi pas d'une lésion donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents.
20. Selon les pièces transmises à l'assurance par l'assureur-maladie le 21 novembre 2018, ce dernier n'a alloué aucune prestation à l'assuré de 2014 à

2017. En 2018, seule la facture des HUG pour l'intervention du 4 septembre 2018 a été prise en charge.

21. Les démarches entreprises par l'assurance auprès des précédents assureurs-accidents n'ont pas révélé d'accident antérieur annoncé par l'assuré.
22. Dans une appréciation du 23 avril 2019, le Dr D_____ a retenu que l'assuré avait tout au plus subi une contusion de l'épaule gauche lors de la chute de mai 2018. Compte tenu de l'absence de prise en charge médicale, d'incapacité de travail et d'œdème à l'IRM du 5 juillet 2018, il était exclu que cette chute ait provoqué un réel déboîtement de l'épaule gauche, ou même une grave contusion de cette épaule. De même, l'absence de lésion fraîche à l'IRM du 5 juillet 2018 permettait d'exclure que cette chute ait pu aggraver un état préexistant. Partant, les éventuelles conséquences de la chute devaient être considérées comme terminées au plus tard à la fin du mois de juin 2018, de sorte que le traitement médical débuté le 4 juillet 2018 n'était pas en lien de causalité avec ladite chute et qu'il n'était pas à la charge de l'assurance.
23. Par décision du 30 avril 2019, notifiée tant à l'assuré qu'à son assureur-maladie, l'assurance a écarté l'opposition. S'agissant des quatre événements survenus entre mai et juillet 2018, l'assuré n'avait pas été en mesure d'indiquer les dates exactes de leur survenance. En outre, il ne s'était rien produit de particulier qui aurait excédé les contraintes et efforts courants. Il n'y avait donc pas lieu de retenir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire, et les différents événements ne constituaient pas des accidents au sens de la loi. Seule la chute de mai 2018 rapportée par l'assuré pourrait éventuellement être constitutive d'un accident. Toutefois, le caractère dommageable de l'atteinte semblait faire défaut, car elle n'avait pas entraîné de mesure diagnostique ou thérapeutique, ni d'incapacité de travail, de sorte qu'elle ne constituait pas un accident. Par ailleurs, l'existence d'une lésion donnant droit à des prestations pour accident devait être établie de façon certaine ou au moins probable. Dans le cas d'espèce, divers rapports médicaux mentionnaient certes des luxations de l'épaule gauche, soit des déboîtements d'articulations. Toutefois, aucune de ces prétendues luxations n'avait été constatée par un médecin, et elles semblaient toutes avoir été réduites par l'assuré lui-même. Or, selon l'expérience médicale, une première vraie luxation était extrêmement douloureuse. Elle nécessitait une réduction médicale et une immobilisation. Il était en outre impossible de reprendre le travail immédiatement. L'assurance a cité l'avis du 23 avril 2019 de son médecin-conseil, pour conclure qu'aucun élément du dossier ne démontrait la forte vraisemblance d'un déboîtement complet d'articulation, et partant d'une lésion donnant droit à des prestations pour accident. Le Dr F_____ avait lui-même diagnostiqué une instabilité de l'épaule. Il s'agissait d'une atteinte constitutionnelle, donc d'origine malade. Si l'événement du mois de mai 2018 devait, contre toute attente, être considéré comme un accident, l'assurance n'aurait pas non plus à intervenir pour le traitement médical entrepris dès le 4 juillet 2018. En effet, l'assurance-accidents ne répondait que des atteintes à la santé en relation de causalité avec un événement assuré. Or, un tel rapport de

cause à effet entre l'accident et le dommage ne pouvait être qualifié de probable dans le cas d'espèce. Selon la jurisprudence, l'apparition de symptômes postérieurement à un accident ne suffisait pas pour retenir leur origine accidentelle.

24. Par écriture du 31 mai 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à ce qu'il soit autorisé à compléter son recours, et sur le fond à l'annulation de la décision de l'intimée du 30 avril 2019 et au versement des prestations d'assurance en lien avec l'événement du 4 juillet 2018.

Il a souligné que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait étaient au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il n'y avait aucune raison de douter du bien-fondé de ses déclarations. Il avait été victime de quatre luxations de l'épaule gauche entre début mai et début juillet 2018. La première chute subie répondait manifestement à la définition d'un accident. Le fait qu'il n'ait pas consulté de médecin ne permettait pas de nier la nature accidentelle de cet événement, ce d'autant moins qu'il avait expliqué avoir réussi à remettre lui-même son épaule en place et avoir renoncé à voir un médecin pour un arrêt de travail afin de ne pas diminuer ses chances de voir son contrat de travail reconduit. Le médecin-conseil de l'intimée ne citait aucune doctrine médicale à l'appui de son allégation selon laquelle une épaule luxée ne pouvait être remise en place par le patient. L'événement du 4 juillet 2018 devait également être considéré comme un accident. Il s'agissait en effet d'un événement externe au corps humain d'une certaine importance, ayant causé une lésion. Sous l'angle médical, il était également établi qu'une épaule ayant déjà subi des luxations était plus à même d'être victime d'une nouvelle luxation en raison d'un événement plus léger que le premier. De plus, les conséquences de l'accident du 4 juillet 2018 étaient bien une luxation, soit un déboîtement de l'articulation. Cette luxation avait été constatée à l'IRM du 5 juillet 2018 et diagnostiquée par le Dr E_____. Dès lors, il existait une présomption légale que le cas était à la charge de l'intimée, qui ne prouvait aucunement que les lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie préexistante. Les conclusions du médecin-conseil n'étaient ni étayées, ni discutées. L'intimée devait ainsi prêter.

25. Dans sa réponse du 24 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Hormis les déclarations du recourant, aucun élément ne plaidait en faveur d'un déboîtement d'articulation. Bien au contraire, la radiographie du 4 juillet 2018 faisait état de l'absence de signe de subluxation ou de luxation, et d'une encoche de Hill Sachs traduisant une instabilité. L'intimée ne mettait pas en doute les déclarations du recourant, mais relevait que ce dernier n'était pas en mesure de poser un diagnostic et ne pouvait que décrire l'impression ressentie, rapportée ensuite par les médecins, d'où la mention d'une luxation dans les divers rapports. Selon l'expérience du Dr D_____, une épaule réellement déboîtée pour la première fois ne pouvait être remise en place que par un professionnel de la santé. Ainsi, si le recourant avait souffert d'un premier déboîtement complet de l'épaule gauche, il

aurait nécessairement eu besoin de soins. Un tel déboîtement aurait également provoqué des lésions visibles à l'IRM du 5 juillet 2018. Or, aucune des lésions mises en évidence par ledit examen n'était fraîche. En outre, la tendinopathie révélée était bien plutôt le signe d'une atteinte due à l'usure ou des mouvements répétitifs qu'à un traumatisme. Selon toute vraisemblance, le recourant n'avait pas souffert d'un déboîtement d'articulation, mais d'une ancienne instabilité constitutionnelle de l'épaule gauche non traitée, qui avait usé l'articulation et mené aux stigmates de luxation retrouvés à l'IRM. Le recourant avait ainsi pu ressentir des manifestations lui donnant l'impression d'avoir une épaule luxée, sans qu'il s'agisse toutefois d'un déboîtement complet de l'épaule. Sans preuve d'une lésion donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents, le cas ne pouvait pas non plus être pris en charge à ce titre. Subsidiairement, si l'événement du mois de mai 2018 devait être considéré comme un accident, il n'en restait pas moins que les lésions mises en évidence à l'IRM du 5 juillet 2018 n'étaient pas dues à cette chute, eu égard à l'absence de lésion récente. Le recourant semblait mettre en doute le rapport du 23 avril 2019 du Dr D_____. Or, cet avis répondait à toutes les exigences en matière de valeur probante de rapports médicaux.

L'intimée a notamment produit une note du 18 juin 2019, dans laquelle le Dr D_____ a soutenu que selon son expérience, acquise durant des dizaines d'années de consultations en urgence, une épaule luxée était toujours extrêmement douloureuse et nécessitait une intervention médicale aussi rapide que possible, comprenant antalgie, radiographie, réduction sous antalgie, voire anesthésie générale, puis immobilisation dans un gilet orthopédique pendant plusieurs semaines pour éviter toute nouvelle luxation.

26. Dans sa réplique du 9 octobre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à un courrier du 4 septembre 2019 du Dr C_____, qu'il a produit. Il a soutenu que contrairement à l'avis du Dr D_____, il ne présentait pas d'instabilité constitutionnelle de l'épaule et ne souffrait d'aucune tendinopathie, mais de séquelles d'une luxation traumatique, ce que les lésions de Bankart et de Hill Sachs démontraient. Il n'avait jamais subi d'accident avant son emploi actuel, ni eu de maladie en lien avec l'épaule gauche, comme cela ressortait également des renseignements sollicités par l'intimée auprès d'autres assureurs. Dès lors, la question de savoir à quand remontait précisément la première luxation de l'épaule gauche pouvait rester indéfinie, compte tenu du fait que les quatre épisodes s'étaient déroulés pendant les rapports d'assurance. En outre, il était inexact que la chute du mois de mai 2018 ne pouvait être considérée comme un accident du fait qu'elle n'aurait pas engendré d'atteinte dommageable à la santé physique. Il était en effet tout à fait possible qu'un assuré réduise lui-même une épaule luxée et se passe de traitement. Il a répété que ses allégations emportaient la conviction en tant que premières déclarations. La discordance relevée par le Dr C_____ quant au mécanisme à l'origine de la dernière luxation s'expliquait par le fait que ce médecin se référait au quatrième épisode de luxation, alors que le Dr F_____ avait

mentionné le premier épisode. Ses atteintes étaient bien constitutives d'une luxation, soit d'une lésion corporelle donnant droit aux prestations en cas d'accident. Ce diagnostic avait été posé par des médecins. Quoi qu'il en soit, l'événement initial du mois de mai 2018 devait être considéré comme un accident. Compte tenu de la chute, la cause extérieure extraordinaire était remplie. Il en allait de même du port d'une caisse en hauteur d'environ 7 kg, le 4 juillet 2018. Le lien de causalité que l'intimée contestait devait par ailleurs être admis, eu égard aux explications du Dr C_____. Le rapport du Dr D_____ ne pouvait se voir reconnaître valeur probante, ce dernier n'ayant pas procédé à un examen clinique du recourant.

Dans l'avis joint du 4 septembre 2019, le Dr C_____ a retenu que le port d'une caisse de 7 kg au-dessus des épaules pouvait provoquer une luxation de l'épaule lorsque le bras se trouvait en position de rotation externe et d'abduction, surtout s'il se produisait un faux-mouvement de rattrapage. La réduction spontanée ou par le patient lui-même était possible et loin d'être rare lors d'une première luxation traumatique. Il était impossible d'exclure qu'une personne puisse continuer son travail après un épisode de subluxation ou de luxation auto-réduite. Un patient pouvait tout à fait continuer son travail en adaptant son activité selon son seuil de tolérance à la douleur, et se passer d'antalgiques. Une radiographie normale n'excluait pas une luxation de l'épaule. Dans le cas du recourant, le rapport du 4 juillet 2018 montrait une encoche de Hill Sachs, consistant en une impaction osseuse de la face postéro-supérieure de la tête humérale, pathognomonique d'une luxation. L'IRM du 5 juillet 2018 montrait des séquelles typiques de luxation d'épaule. L'absence d'œdème osseux ou de fracture n'excluait pas une luxation récente. Le recourant présentait des séquelles radiologiques d'une luxation traumatique. Les patients avec des instabilités constitutionnelles, souvent multidirectionnelles, atraumatiques et indolores, ne présentaient en majorité pas de lésions structurelles en raison d'une importante hyperlaxité ligamentaire généralisée. La lésion de Bankart osseuse était un arrachement du rebord antéro-inférieure de la glène de l'omoplate dû au passage de l'humérus lors d'une luxation. A l'instar de la lésion de Hill Sachs, elle était classique d'une luxation traumatique de l'épaule. Ainsi, le recourant présentait des stigmates de luxation gléno-humérale antérieure traumatique, plausibles au vu de l'anamnèse et du mécanisme rapporté. Il était impossible de dater le premier épisode en se basant sur l'imagerie et la clinique. Le Dr C_____ relevait une discordance entre le mécanisme rapporté par le recourant à sa consultation, soit le port d'une charge lourde au-dessus des épaules, et la chute mentionnée par le Dr F_____. À la connaissance du Dr C_____, le recourant ne souffrait d'aucune tendinopathie. Un tel problème n'aurait dans tous les cas rien à voir avec sa problématique.

27. Par duplique du 1^{er} novembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. La nature accidentelle des quatre événements rapportés par le recourant ne pouvait demeurer ouverte, puisque son droit aux prestations en dépendait. S'agissant de la

chute du mois de mai 2018, l'intimée maintenait qu'il ne s'agissait pas d'un accident, faute d'atteinte dommageable à la santé. Compte tenu de l'absence de consultation médicale, d'incapacité de travail, de déclaration de sinistre, de témoin, il n'était pas établi au regard de la vraisemblance prépondérante que la chute rapportée avait entraîné une véritable luxation de l'épaule. Le fait que le recourant n'ait pas rapporté cette chute au Dr C_____ confirmait qu'elle n'avait pu provoquer qu'une banale contusion. Il supportait l'absence de preuve. L'instruction du dossier n'avait pas permis d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que la chute était à l'origine des atteintes du recourant, comme le confirmait d'ailleurs l'absence de stigmates d'une contusion récente à l'IRM du 5 juillet 2018. L'assureur-maladie n'avait en outre pas recouru contre la décision querellée. Concernant l'événement du 4 juillet 2018, il était évident que le fait de soulever une caisse de 7 kg ne relevait pas d'un accident, faute d'élément extérieur extraordinaire. L'existence d'une lésion corporelle donnant droit aux prestations en cas d'accident, soit en l'espèce d'une luxation, devait être établie de manière au moins probable. Lorsque tel n'était pas le cas, l'assurance-accidents n'avait pas à prendre en charge le cas. En l'espèce, il paraissait audacieux d'admettre une luxation alors qu'un véritable déboîtement complet n'avait jamais été constaté par un médecin ni objectivé par un examen radiologique, et que les lésions retrouvées à l'IRM avaient une autre origine, bien plus probable compte tenu des éléments médicaux et de l'anamnèse, comme l'avait démontré le Dr D_____ de manière probante. Certes, certains médecins avaient retenu le diagnostic de luxation, mais ils avaient tenu compte des impressions rapportées par le recourant et de l'IRM. De plus, les rapports rédigés par ces médecins n'avaient pas pour but de déterminer le droit aux prestations du recourant et n'étaient ainsi pas rédigés dans un contexte de médecine des assurances. La distinction entre instabilité, subluxation et luxation n'avait donc pas la même importance lors de la rédaction de ces différents rapports. L'intimée a en outre répété que les rapports du Dr D_____ avaient valeur probante, ce qui n'était pas le cas de celui du Dr C_____, extrêmement succinct, peu motivé et fondé sur une anamnèse erronée.

Dans l'avis du 1^{er} novembre 2019 annexé à cette écriture, le Dr D_____ a soutenu que le port d'une caisse de 7 kg au-dessus des épaules correspondait à un effort léger, habituel pour le recourant. Il n'y avait aucune raison que cette charge soit placée en abduction si l'étagère était devant lui, le mouvement n'était ni une rotation externe, ni une abduction, mais une flexion antérieure. Les patients pouvaient ressentir une impression de luxation de l'épaule qu'ils remettaient en place spontanément, mais ce n'était pas une véritable luxation, très douloureuse et irréductible sans manœuvre particulière sous une forte analgésie. Il était évident que lors de ces impressions de luxations, l'assuré pouvait continuer à travailler mais que dans le cas d'une véritable luxation, même s'il était soulagé dès la réduction, il ne mobiliserait certainement pas son épaule dans la crainte d'une nouvelle véritable luxation. Une réduction spontanée était possible uniquement lorsqu'il ne s'agissait pas d'une véritable luxation, et encore moins dans une première luxation. On parlait

de véritable luxation lorsqu'il n'y avait plus de contact entre les deux parties articulaires (omoplate et tête humérale), et la radiographie ne pouvait alors être normale, sauf si l'épaule avait été réduite. L'impression postéro-supérieure de la tête humérale correspondait avec certitude à une ancienne lésion qui remontait à plus de quatre à six mois, puisqu'il n'y avait pas d'œdème osseux, et donc pas de contusion fraîche. Le rebord antéro-inférieur du *labrum* remanié était aussi une ancienne lésion, à défaut d'œdème. Une véritable luxation entraînerait une hémarthrose et une distension articulaire, et non une lame liquidienne. En l'absence d'œdème osseux, les lésions à l'IRM correspondaient à une instabilité chronique antéro-inférieure de l'épaule ou à une ancienne luxation traumatique, qui n'avait jamais été évoquée et qui ne correspondait pas à l'anamnèse donnée par le recourant. Le Dr D_____ s'étonnait que le Dr C_____ nie l'existence d'une tendinopathie, alors que l'IRM révélait une telle pathologie du sus-épineux et du sous-épineux. En outre, une luxation pouvait entraîner des lésions des tendons de la coiffe des rotateurs.

28. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 4 novembre 2019.
29. Sur ce, 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. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations prévues par la loi en cas d'accident.

En particulier, malgré la conclusion du recourant tendant à l'octroi de prestations en lien avec l'événement du 4 juillet 2018, l'examen de la chambre de céans n'est pas limité au point de savoir si des prestations sont dues uniquement à ce titre. En effet, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, elle n'est pas liée par les conclusions des parties, qui ont en outre eu l'occasion de s'exprimer sur le droit aux prestations en lien avec l'accident allégué de mai 2018. Ce point fait ainsi également l'objet du litige.

4. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

5. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).
6. Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

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 la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

En cas d'état maladif antérieur, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2).

7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, qui s'applique au cas d'espèce, eu égard au principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1), 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).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. a9 al. 2 OLAA. Bien que la loi ne précise pas que la liste désormais contenue à l'art. 6 al. 2 LAA est exhaustive, rien ne permet de retenir qu'il y ait une modification sur ce point (Irene HOFER *in* Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 61 ad art. 6 LAA).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. a9 al. 2 OLAA, pour que des lésions corporelles puissent être assimilées à un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, l'existence d'une cause extérieure étant en revanche indispensable (ATF 139 V 327 consid. 3.1). En revanche, le nouveau droit ne fait plus dépendre le droit aux prestations en cas de lésion corporelle figurant à l'art. 6 al. 2 LAA de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, le simple fait qu'il s'agisse d'une telle lésion conduit désormais à la présomption qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident devant être prise en charge par l'assureur-accidents. Toutefois, la possibilité aménagée à l'art. 6 al. 2 LAA pour l'assureur-accidents d'amener la preuve du contraire continue de rendre nécessaire la distinction entre lésions corporelles donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents et lésions dont la prise en charge incombe à l'assureur-maladie, bien qu'elles figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. À cet égard, la question d'un premier événement, dont l'assuré se souvient et qu'il peut identifier – notamment eu égard à l'importance d'un facteur de rattachement temporel par rapport à la couverture d'assurance, à la compétence de l'assureur-accidents, au calcul du gain assuré et au droit applicable – reste pertinente sous l'empire du nouveau droit. Il convient toutefois de souligner que l'assureur-accidents est en principe tenu de fournir des prestations en cas de lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, aussi longtemps qu'il ne fournit pas la preuve que la cause prépondérante de l'atteinte est l'usure ou la maladie. Cela suppose que, dans le cadre de son devoir d'instruction, il clarifie en détail les circonstances dans lesquelles est survenue la lésion. Si aucun événement initial n'est défini, ou seul un événement insignifiant ou bénin, cela permet d'amener plus facilement la preuve exonérant l'assurance-accidents. En effet, la cause de la lésion doit être déterminée en premier lieu par des experts médicaux, en tenant compte de l'ensemble des causes possibles. Outre l'état antérieur, il faut ainsi également examiner en détail les circonstances de la première apparition des plaintes. Les différents indices plaidant pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être analysés du point de vue médical. Pour que la preuve libératoire soit retenue, l'assureur-accidents doit démontrer, sur la base d'expertises médicales concluantes,

que la lésion corporelle est de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, attribuable à l'usure ou à la maladie. Si la palette des causes se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a réussi à amener la preuve libératoire, sans qu'il soit nécessaire d'apporter des précisions supplémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 destiné à la publication consid. 8.3 et 8.6).

8. Celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2). S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 2a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a).

En droit des assurances sociales, on applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

9. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). La vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2).

En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

11. Dans le cas d'espèce, le droit à la prise en charge des troubles de l'épaule consécutifs au 4 juillet 2018 pourrait résulter soit de l'existence d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, pour autant qu'il ne soit pas démontré

qu'elle est de manière prépondérante imputable à une maladie ou à l'usure, soit de la reconnaissance d'un accident survenu durant les rapports d'assurance, sous réserve de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet événement et l'apparition desdits troubles.

Il convient en premier lieu d'analyser si l'événement remontant au 4 juillet 2018 peut être qualifié d'accident. Tel n'est pas le cas. En effet, on ne saurait voir de facteur extraordinaire dans le fait de soulever une caisse de 7 kg, *a fortiori* dans le cas d'un commis de cuisine, dont les tâches impliquent généralement la réception des livraisons et le rangement des marchandises.

S'agissant du point de savoir si l'événement du 4 juillet 2018 a causé une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, il faut en préambule rappeler que les déboîtements d'articulations au sens de la let. b de cette disposition ne visent que les déboîtements au sens propre, c'est-à-dire les luxations, mais non les déboîtements incomplets (subluxations), les torsions et les entorses (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1019/2009 du 26 mai 2010 consid. 5.2). Cette jurisprudence a certes été rendue sous l'empire de l'ancien droit. Elle reste cependant applicable (André NABOLD *in* Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éd.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 2018, n. 47 ad art. 6).

Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, les rapports de son médecin-conseil ne peuvent se voir reconnaître valeur probante s'agissant de l'exclusion d'une luxation. En premier lieu, ils ne comprennent pas tous les éléments nécessaires à cet effet selon la jurisprudence, puisqu'ils consistent essentiellement en avis émis à la suite de résumés du dossier, qui ne sont guère étayés que par des observations empiriques qu'on ne saurait généraliser à l'ensemble des patients sans autre motivation. En effet, dans son avis initial du 9 juillet 2018, le Dr D_____ a nié l'existence d'une luxation, indiquant ne pas croire que le recourant aurait été en mesure de la réduire lui-même, et soutenant que les constatations cliniques du médecin traitant étaient incompatibles avec une telle lésion. Le médecin-conseil a par la suite persisté à nier la survenance d'une luxation – fût-elle causée par la chute alléguée – en se fondant essentiellement sur les douleurs et les suites généralement observées dans ce genre d'atteinte. La position du Dr D_____ n'est au demeurant pas dénuée de contradiction, puisqu'il semble conclure simultanément à une lésion ancienne et à une instabilité chronique d'origine malade. Quant au fait qu'une luxation impliquerait la peur d'un nouvel épisode, on rappellera que le recourant a précisément indiqué craindre de nouvelles occurrences au Dr C_____. Enfin, son argumentation du 1^{er} novembre 2019, excluant la possibilité d'une luxation au motif que les mouvements du recourant le 4 juillet 2018 consisteraient en une flexion et non une abduction découlent de pures spéculations quant à la position de l'étagère.

De plus, les explications du Dr C_____ réfutent la position du Dr D_____. Si ses rapports ne sauraient se voir conférer valeur probante, faute de satisfaire aux

exigences formelles en la matière rappelées ci-dessus, ils suffisent cependant à susciter de sérieux doutes sur la pertinence des conclusions du médecin-conseil de l'intimée. On ajoutera que les documents radiologiques, notamment l'IRM, citent également des stigmates de luxation, et que le Dr F_____, s'il a bien évoqué une instabilité, n'a pas remis en cause les explications du recourant quant à la survenance d'une luxation. On ne peut en particulier pas écarter les avis des médecins traitants et du radiologue au motif qu'ils n'auraient pas été « rédigés dans un contexte de médecine des assurances », comme le voudrait l'intimée. En premier lieu, cette argumentation tombe à l'évidence à faux, puisque plusieurs de ces rapports ont été établis à la demande de l'intimée ou dans le cadre de la présente procédure. En outre, un diagnostic relève d'une démarche scientifique liée à l'identification de certains critères établis. En l'état, rien ne permet de retenir que les médecins auraient fait preuve d'une légèreté telle qu'ils auraient mentionné certains diagnostics de manière sciemment erronée.

Au vu de ce qui précède, on ne peut à ce stade exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi le 4 juillet 2018 une luxation donnant droit aux prestations en cas d'accident, à savoir une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. L'instruction doit ainsi être complétée sur ce point.

Compte tenu des circonstances, si l'existence d'une luxation est confirmée mais ne peut être attribuée au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement du 4 juillet 2018, il faudra également déterminer si elle a pu être causée par l'événement évoqué par le recourant, soit la chute survenue en mai 2018.

À titre préliminaire, il faut souligner que cette chute constitue bien un accident au sens de la loi, le fait de tomber relevant d'un facteur extérieur extraordinaire. Au sujet de l'existence même de cet accident, il n'existe pas de motif de douter de sa réalité. Le fait que le recourant ne l'ait pas annoncé immédiatement n'y suffit pas. On rappellera du reste que selon l'art. 45 al. 1 1^{ère} phrase LAA, le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. *A contrario*, un accident qui ne requiert pas de soins immédiats et n'entrave pas la capacité de travail n'est pas soumis à cette obligation d'annonce sans délai. En outre, comme le recourant le souligne à juste titre, il n'a jamais donné de version contradictoire quant à cette chute, dont il a parlé au Dr F_____ avant la décision de l'intimée niant l'existence d'un accident. On ne se trouve ainsi pas ici dans les situations où la survenance d'un accident doit être mise en doute en raison de variations et d'incohérences dans les déclarations de l'assuré, ou parce que sa réalité est contredite par d'autres éléments matériels du dossier (à titre d'exemples, arrêts du Tribunal fédéral 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 4.1 et 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.2). De plus, contrairement à ce que l'intimée soutient, le fait que le recourant n'ait pas eu recours à des soins ni pas subi d'arrêt de travail immédiatement après sa chute ne fait pas obstacle à la qualification d'accident. En effet, nul n'est besoin que l'atteinte à la santé consécutive à un accident soit suivie

d'un examen médical, d'un traitement ou d'une incapacité de travail pour répondre à la définition consacrée par l'art. 4 LPGA (Stéphanie PERRENOUD *in* Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 7 ad art. 4). En outre, dès lors que le traitement médical dont l'octroi est litigieux pourrait avoir été rendu nécessaire par cette chute, il est inexact de soutenir qu'elle n'est pas dommageable, les soins ayant simplement été différés.

Cela étant, la réalité de l'accident ne suffit pas à ouvrir le droit aux prestations, la responsabilité de l'intimée n'étant engagée que si les troubles du recourant dès le 4 juillet 2018 sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, et ce qu'ils soient imputables à une luxation ou non. En effet, en cas d'accident au sens de la loi, les prestations ne sont pas dues uniquement en cas de survenance d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

En l'état du dossier, eu égard au caractère pas suffisamment probant des rapports médicaux, un tel lien ne peut être établi ou exclu au degré de la vraisemblance prépondérante. L'instruction médicale doit ainsi également porter sur ce point.

12. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires à trancher le droit aux prestations.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant des avis de son médecin-conseil malgré les rapports allant dans le sens contraire des médecins traitants du recourant.

Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en diligentant une expertise qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Cette expertise devra déterminer si le recourant a subi une luxation complète ouvrant le droit aux prestations lors de l'événement du 4 juillet 2018, et dans la négative d'examiner si les troubles du recourant postérieurs au 4 juillet 2018 sont en lien de causalité naturelle avec la chute accidentelle subie en mai 2018.

L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision en tenant compte des conclusions de ladite expertise.

13. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

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 partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 30 avril 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-.
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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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