RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2313/2017 **ATAS/801/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 août 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHAMBESY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY — recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sis General Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG — intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1966, est employé en qualité de responsable technique. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accident et les maladies professionnelles auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après AXA ou l'assureur).

b. Le 9 avril 2016, l'assuré s'est blessé à l'épaule en soulevant un carton et est en arrêt de travail depuis lors (cf. déclaration d'accident du 12 avril 2016).

c. Interrogé par l'assurance sur les circonstances de l'évènement, l'assuré a allégué avoir entendu un craquement très fort à l'épaule droite en voulant rattraper un gros carton lourd en train de lui glisser des mains. Il a ensuite ressenti de fortes douleurs à ce niveau. Il a indiqué avoir déjà été victime d'une luxation accidentelle à l'épaule droite en 1987 ou 1988 et avait alors été opéré.

d. Après avoir recueilli plusieurs rapports, notamment ceux du docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, de son médecin-conseil, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique mandaté pour expertise, l'assurance a nié, par décision du 3 novembre 2016, le droit de l'assuré au versement des prestations après le 30 avril 2016, date à laquelle elle a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint.

B. Cette décision a été confirmée sur opposition le 24 avril 2017. L'assurance a considéré, en substance, d'une part, que le facteur extérieur faisait défaut, d'autre part, que l'assuré présentait des lésions dégénératives, étendues et sévères, de la coiffe des rotateurs, que l'événement du 9 avril 2016 n'avait pu causer.

C. a. Par écriture du 24 mai 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi des prestations au-delà du 30 avril 2016.

Il a persisté dans ses conclusions par écritures des 15 septembre 2017, 24 octobre 2017, 20 mars et 16 avril 2018.

b. Quant à l'intimée, elle s'est exprimée en dates des 28 juin et 16 octobre 2017, en concluant au rejet du recours.

c. Le 16 novembre 2017, la Cour de céans a entendu le Dr B_____ et Madame E_____, compagne du recourant.

d. Le 21 novembre 2017, le recourant a produit plusieurs articles scientifiques sur les lésions à l'épaule, dont deux rédigés par le Dr B_____.

e. Les parties ont également transmis à la Cour de céans divers documents médicaux, notamment un avis du Dr C_____ du 11 décembre 2017, un rapport du

Dr B_____ du 22 janvier 2018 (recourant) et un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 5 mars 2018 (intimée).

f. Par ordonnance du 6 mars 2019, la Cour de céans a mandaté pour expertise le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui, dans son rapport du 18 juillet 2020, a retenu le diagnostic de décompensation douloureuse et fonctionnelle d'une rupture massive préexistante de la coiffe des rotateurs, les lésions présentées par le recourant n'étant pas compatibles avec l'accident décrit.

g. Le 15 septembre 2020, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport du Dr B_____ du 9 septembre 2020, critiquant les conclusions du Dr G_____.

h. Le 30 septembre 2020, l'intimée s'est prononcée sur le rapport d'expertise du Dr G_____ et, le 15 octobre 2020, sur le rapport du Dr B_____ du 9 septembre 2019.

i. Le 30 mars 2021, à la demande de la Cour de céans, le Dr G_____ a précisé certains points de son rapport du 18 juillet 2020.

j. Par courrier du 12 mai 2021, le recourant s'est prononcé sur le rapport complémentaire du Dr G_____. Y était joint un nouvel avis du Dr B_____, daté du 28 avril 2021.

k. L'intimée a eu l'occasion de se déterminer à son tour le 26 mai 2021.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 6 mars 2019, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée en lien avec l'événement du 9 avril 2016 au-delà du 30 avril 2016, notamment sur le point de savoir si cet événement relève d'une lésion assimilée à un accident.
3. 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 LPGA). 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). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

4. On soulignera que les dispositions légales et réglementaires relatives aux lésions assimilées à un accident ont fait l'objet d'une modification le 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance reste 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 citées dans leur ancienne teneur

5. Jusqu'au 31 décembre 2016, l'art. 6 al. 2 aLAA conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

   La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident.

C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). Ce n'est que si l'on peut apporter la preuve que la lésion était déjà présente au moment de l'événement incriminé, mais de manière asymptomatique (lésion silencieuse), que l'assurance-accidents peut refuser la prise en charge (Jean-Michel DUC, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, in RSAS 2006 p. 535).

La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. À eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent en effet pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1. et 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral du 23 mai 2017 précité, consid. 4.2). Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril

2008 consid. 2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3).

6. L'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA à un accident a donné lieu à une abondante casuistique du Tribunal fédéral.

   La notion de cause extérieure a notamment été admise dans les cas suivants : une fracture d'une vertèbre à la suite de contractions causées par une crise d'épilepsie (SVR 1998 UV N° 22, p. 81), le fait de pousser un lourd panier de linge du pied gauche et de faire un mouvement brusque conduisant à une entorse du genou droit (RAMA 2000 N° U 385 p. 267), un saut du haut d'un carton d'emballage (RAMA 2001 N° U 435 p. 332), une entorse du genou en glissant sur un terrain inégal après avoir tenté de séparer des chiens qui se battent (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 27/00 du 27 juin 2001), un saut d'une hauteur de 60 centimètres d'un chariot à bagages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 266/00 du 21 septembre 2001), une brusque rotation dans une cuisine avec des douleurs subséquentes du genou (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/02 du 21 octobre 2002).

   En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable a été niée en présence d'une charge de travail importante et répétée qui a conduit à l'augmentation continue et l'aggravation de douleurs aux genoux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 198/00 du 30 août 2001) ou encore d'une lésion au genou survenue en montant des escaliers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/03 du 11 décembre 2003).

7. D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.1).

8. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie.

On ne se fonde donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Dans le cas contraire, 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 maladive de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2).

9. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

b. 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. Ainsi, 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).

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

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b/bb. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. a. En l'espèce, dans son ordonnance d'expertise du 6 mars 2019 (ATAS/182/2019), la Cour de céans a considéré que le mouvement brusque effectué par le recourant pour rattraper *in extremis* un carton d'une trentaine de kilos qui lui avait glissé des mains constituait bien un facteur extérieur permettant d'assimiler la rupture de la coiffe des rotateurs à un accident (consid. 9b dernière phrase).

Toutefois, même en présence d'une lésion corporelle assimilée, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative, si cette lésion ne peut pas être rattachée à l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

Dans le cas du recourant, les médecins consultés par l'intimée sont d'avis que la rupture de la coiffe des rotateurs est justement exclusivement d'origine dégénérative et qu'elle n'a été que décompensée par l'accident. De son côté, le Dr B_____, médecin traitant, considère que l'atteinte en question est d'origine traumatique.

Compte tenu des positions opposées mais convaincantes des médecins des deux parties, la Cour de céans a ordonné une expertise. Le but de cette mesure d'instruction était de trancher la question de savoir si l'atteinte en question pouvait être rattachée, ne serait-ce que partiellement, à l'événement du 9 avril 2016 et, dans l'affirmative, jusqu'à quelle date.

Le Dr G_____ a rendu son rapport en date du 18 juillet 2020 et considéré que l'atteinte à la coiffe des rotateurs était exclusivement d'origine dégénérative. Le recourant a soumis le rapport d'expertise précité au Dr B_____ qui, après avoir sollicité l'avis de trois collègues, a persisté à conclure à une origine traumatique. À

la demande de la Cour de céans, le Dr G_____ a apporté des compléments par rapport du 30 mars 2021. De son côté, le recourant a soumis ce rapport au Dr B_____, qui s'est prononcé le 28 avril 2021.

Il s'agit d'examiner, dans un premier temps, la valeur probante du rapport du Dr G_____ et de son complément et, dans un deuxième temps, de se prononcer sur les critiques du Dr B_____.

b. Force est tout d'abord de constater que le rapport d'expertise Dr G_____ du 18 juillet 2020 et son complément du 28 avril 2021 remplissent sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Ils contiennent une anamnèse détaillée, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions de l'expert, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, le Dr G_____ a expliqué que la question qui se posait en premier lieu était celle de savoir si l'événement du 9 avril 2016 était à l'origine d'une rupture massive de la coiffe des rotateurs, d'une extension aigüe d'une lésion dégénérative préexistante ou d'une décompensation douloureuse et/ou fonctionnelle d'une lésion dégénérative préexistante.

Après avoir décrit le mécanisme lésionnel dans son rapport du 18 juillet 2020, le Dr G_____ a considéré que le mouvement exercé par le recourant était susceptible de déclencher une décompensation douloureuse de l'épaule, mais non d'entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs, une force considérable étant nécessaire pour rompre une coiffe saine. Dans son complément du 30 mars 2021, le Dr G_____ a décrit plus en détails le mécanisme lésionnel, avant de confirmer que celui-ci ne pouvait entraîner la rupture de deux tendons de la coiffe des rotateurs. Si, toutefois, ledit traumatisme était à l'origine de la rupture de la coiffe, cela signifierait que celle-ci était dans un état dégénératif extrêmement avancé, de sorte que la notion de lésion assimilée n'était pas applicable. Au demeurant, dans un tel cas, on n'aurait pas dû retrouver sur l'IRM du 19 avril 2016 une rétraction tendineuse telle que celle observée.

Le Dr G_____ a ensuite examiné l'IRM du 19 avril 2016, réalisée 10 jours après l'accident, et a notamment considéré, en se référant à un article rédigé par le Dr B_____, que :

- le tendon sus-épineux présentait une rupture transfixiante complète avec rétraction tendineuse entre le pôle supérieur de la tête et le rebord de la glène, avec une image de perte de substance tendineuse. Cela correspondait, selon la classification de Patte, à un stade 2 à 3. Cette rupture était par conséquent incompatible avec l'événement survenu 10 jours plus tôt, une telle rétraction s'effectuant au-delà de 12 semaines. Par ailleurs, il n'y avait aucune infiltration graisseuse. Quant à la perte de substance du tendon, elle constituait un signe dégénératif.

- Le tendon infra-épineux présentait un aspect similaire de sorte que le même raisonnement était applicable. S'y ajoutait, au niveau musculaire, une infiltration graisseuse de stade 1 à 2. Le délai minimum d'installation d'une telle infiltration était de 19 mois. Une telle atteinte était donc incompatible avec l'événement survenu 10 jours auparavant.
- Le tendon sous-scapulaire présentait une déchirure complète de sa partie supérieure et la rétraction tendineuse était similaire à celle des deux autres tendons, de sorte que le Dr G_____ renvoyait au raisonnement les concernant. Une infiltration graisseuse de stade 2 à 3 était constatée, ce qui correspondait à un délai d'installation de 31 mois. Cette lésion n'était donc pas non plus compatible avec l'événement du 19 avril 2016.
- Le muscle petit rond ne présentait pas de lésion tendineuse mais une dégénérescence graisseuse, de type intermédiaire (environ 50% de la masse musculaire).
- Une distance acromio-humérale inférieure à 7mm était un signe de lésion chronique de la coiffe des rotateurs. Or, dans le cas du recourant, dite distance avait été mesure entre 4 et 5 mm sur les différentes incidences.
- Le Dr G_____ n'avait pas retrouvé d'œdème.
- Les critères peropératoires (hémarthrose, moignon tendineux encore fixé sur le trochanter, bord tendineux effiloché et sanguinolent et atteinte isolée du sous-scapulaire) n'étaient retrouvés ni dans la description des lésions rapportées dans le protocole opératoire ni sur les images que le Dr B_____ avait confiées au Dr G_____.

Fort de ce qui précède, le Dr G_____ a retenu que les lésions présentées n'étaient pas compatibles avec l'événement du 9 avril 2016, que ce soit en termes d'importance ou de temps. Tous les critères tendaient à démontrer que la lésion massive de la coiffe des rotateurs était préexistante et exclusivement d'origine dégénérative. L'absence d'élément traumatique aigu sur l'IRM initiale permettait également de conclure qu'il n'y avait pas d'extension aiguë d'une lésion préexistante. En résumé, pour le Dr G_____, il y a eu décompensation douloureuse et fonctionnelle d'une lésion dégénérative préexistante, à savoir une rupture massive de la coiffe des rotateurs. Une telle atteinte a justifié un traitement conservateur de deux à quatre mois. De manière théorique et par défaut, le statu *quo sine/ante*, indissociable dans un cas tel que celui-ci, devait être fixé au 25 avril 2016, date à laquelle l'intervention chirurgicale avait été décidée et programmée pour le 9 mai 2016.

11. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une

perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

À la demande du recourant, le Dr B_____ s'est prononcé à deux reprises sur les conclusions du Dr G_____, en dates des 9 septembre 2020 et 28 avril 2021.

a. Les Drs B_____ et G_____ se sont tout d'abord opposés sur l'adéquation du mécanisme lésionnel à entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs.

Force est de constater que le Dr G_____ s'est surtout intéressé à la question de savoir si l'événement du 9 avril 2016 était susceptible d'entraîner la rupture massive d'une coiffe des rotateurs saine. Il a toutefois implicitement admis, dans son complément du 30 mars 2021, que le traumatisme subi par le recourant était susceptible d'entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs, à condition que celle-ci se trouve toutefois déjà dans un état dégénératif extrêmement avancé. C'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.1). Le fait que la coiffe des rotateurs du recourant ait présenté un état dégénératif important lors de l'événement assuré n'est par conséquent pas suffisant pour nier l'existence d'un facteur vulnérant, dans la mesure où il suffit que l'accident ait provoqué, en partie, l'atteinte à la santé litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4), malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1).

Par conséquent, la Cour de céans retiendra que l'événement assuré était susceptible d'entraîner une extension traumatique d'une lésion dégénérative préexistante.

b. Les médecins se sont ensuite opposés sur les critères radiologiques permettant de déterminer l'origine – traumatique ou dégénérative – de l'atteinte.

b/aa. Dans son rapport du 9 septembre 2020, le Dr B_____ a considéré que l'apparition d'une infiltration graisseuse de stade 2 ou moins était un phénomène spontané, naturel, qui n'était en aucun cas corrélé à des phénomènes dégénératifs.

Selon l'article écrit par le Dr B_____ lui-même, une infiltration graisseuse de stade 2 s'installe, toutes situations confondues (accidentelles et non accidentelles), en 2,5 ans au niveau du sous-épineux et du sous-scapulaire (cf. Alexandre B_____, lésions transfixiantes dégénératives, accidentelles ou assimilées de la coiffe des rotateurs, Forum médical suisse, 2019 ; 19 (15-16) : 260-261, p. 264), ces deux muscles étant ceux présentant une telle infiltration chez le recourant. En cas de rupture tendineuse, les muscles vont progressivement se modifier. Ils vont s'atrophier en perdant du volume et dégénérer, les fibres musculaires se transformant progressivement en fibres graisseuses (cf. Yannick CARRILLON,

Imagerie des muscles de la coiffe des rotateurs, in La Lettre du Rhumatologue, No 396 - novembre 2013).

Sur l'IRM du 19 avril 2016, une infiltration graisseuse de stade 1 à 2 a été constatée au niveau du sous-épineux et de stade 2 à 3 au niveau du sous-scapulaire, ce qui correspond à un délai minimum d'installation de 19 mois (pour le stade 1) et de 31 mois (pour le stade 2) (rapport du Dr G_____ ; voir également B_____, op. cit. ; tableau 3 apparaissant sur la version transmise par l'intimée sous pièce 10).

En d'autres termes, la présence de telles infiltrations plaide en faveur d'une rupture tendineuse ancienne, que celle-ci soit d'origine dégénérative ou accidentelle.

b/bb. Le Dr B_____ a ensuite critiqué le calcul de la distance acromio-humérale faite par le Dr G_____ dès lors que celui-ci s'est fondé sur une IRM et non pas sur des radiographies standards. Or, cette pratique n'était pas validée et non recommandée.

De son côté, le Dr G_____ a considéré que cette mesure se faisait historiquement sur la base de radiographies étant donné qu'à l'époque l'IRM n'existait pas. Cette mesure était aujourd'hui moins utilisée étant donné que l'IRM existait.

Se référant à plusieurs articles scientifiques, le Dr B_____ a persisté dans sa position et relevé que les mesures n'étaient pas identiques sur une IRM et une radiographie.

Cette critique porte sur un critère parmi plusieurs. Que ce calcul ait été fait selon une pratique validée ou non n'est par conséquent pas déterminant, dès lors que d'autres éléments permettent de trancher la question de la nature de la rupture de la coiffe.

b/cc. Le Dr B_____ a sollicité l'avis des Drs H_____, I_____ et J_____ s'agissant de l'œdème musculaire et a notamment constaté que ces médecins évoquaient une origine probablement traumatique. Dans son complément du 30 mars 2021, le Dr G_____ a relevé qu'aucun de ces médecins n'avait retenu un œdème dans le corps musculaire. Le 28 avril 2021, le Dr B_____ a encore relevé que l'œdème périmusculaire était un phénomène connu dans les lésions traumatiques musculaires comme cela ressortait de nombreux articles scientifiques.

Force est toutefois de constater qu'aucun des médecins n'a constaté d'œdème musculaire en tant que tel. Seul le Dr J_____ a évoqué un œdème périmusculaire, dans un bref courriel, sans toutefois se prononcer sur l'origine. Quant aux autres praticiens, ils ont effectivement évoqué une origine probablement traumatique, sans toutefois justifier leur position.

Si, dans son rapport du 28 avril 2021, le Dr B_____ se réfère à la littérature scientifique pour considérer qu'un œdème périmusculaire plaide en faveur d'une lésion traumatique, il ne cite pas ce type d'œdème dans son article publié en 2019.

Dans ces circonstances, la remarque du Dr B_____ quant à la présence d'un œdème périmusculaire susceptible de confirmer une lésion traumatique n'est pas suffisamment étayée pour remettre en question les conclusions du Dr G_____ sur ce point.

c. Enfin, les deux médecins se sont accordés sur le fait que les critères per opératoires n'ont pas été documentés. Cependant, pour le Dr B_____, cela ne signifie pas encore qu'ils n'existaient pas. Force est toutefois de constater que dans le protocole opératoire, le médecin précité n'a pas décrit les critères per opératoires qu'il a constatés. Partant, il ne peut être tenu compte de tels critères.

12. En conclusion, la Cour de céans considère que les critiques du Dr B_____ ne sont pas suffisantes pour écarter les conclusions du Dr G_____, ce d'autant moins que l'expert judiciaire s'est majoritairement référé à un article rédigé par le Dr B_____ lui-même. En somme, l'ensemble des constatations médicales plaident en faveur d'une atteinte tendineuse ancienne, que celle-ci soit d'origine dégénérative ou accidentelle. Il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant souffrait d'une atteinte préexistante de la coiffe des rotateurs et que celle-ci a été décompensée. Le délai d'apparition évoqué par le Dr G_____ dans son complément du 30 mars 2021 - à savoir trois mois à deux ans avant l'événement d'avril 2016 - paraît d'autant plus vraisemblable que le recourant a présenté un précédent épisode de douleurs à l'épaule, deux ans auparavant, épisode qui, sans être investigué, a été traité comme une tendinopathie.

13. Dans ses écritures, le recourant a conclu à la tenue d'une audience de confrontation entre le Dr G_____ et le Dr B_____, voire à une surexpertise. C'est le lieu de rappeler qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). Or, comme relevé ci-dessus, les éléments soulevés par le Dr B_____ ne sont pas suffisants pour remettre en cause les conclusions du Dr G_____. Partant, il ne sera pas donné suite aux demandes d'instruction complémentaire du recourant.

14. Cela étant, la Cour de céans ne saurait suivre le Dr G_____ lorsqu'il retient un *statu quo sine/ante* au 25 avril 2016, date à laquelle a été fixée l'intervention. En effet, l'expert a lui-même admis que la durée du traitement conservateur nécessité par la décompensation d'une atteinte dégénérative à la coiffe des rotateurs était de deux à quatre mois. Or, l'événement ayant entraîné la décompensation précitée a eu lieu le 9 avril 2016 et un traitement conservateur aurait duré jusqu'au 8 juin 2016 au minimum (deux mois). Toutefois, dans la mesure où l'intervention chirurgicale du 9 mai 2016 a eu pour objet le traitement de l'atteinte dégénérative, l'incapacité qui s'en est suivie n'est pas à la charge de l'intimée. Partant, il appartient à l'intimée de prester jusqu'au 8 mai 2016, veille de l'intervention, l'assurance-

maladie devant prendre en charge la suite, pour autant que les conditions soient réalisées.

15. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 24 avril 2017 annulée et l'intimée condamnée à verser ses prestations jusqu'au 8 mai 2016 inclus.

    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. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

    Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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 24 avril 2017 en tant qu'elle fixe la fin des prestations au 30 avril 2016.
3. Constate que le *statu quo sine/ante* a été atteint le 8 mai 2016 et condamne l'intimée à verser ses prestations jusqu'à cette date.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.-.
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
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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