



POUVOIR JUDICIAIRE

A/352/2019

ATAS/1072/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES, représenté
par APAS-Association pour la permanence de défense des patients
et des assurés

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé dès le 10 octobre 2011 en tant que délégué commercial auprès de B_____ SA. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 5 mai 2014, la SUVA a reçu une déclaration d'accident, dans laquelle il était indiqué que l'assuré s'était fait mal au genou en jouant au football avec son fils, le 19 avril 2014.
3. L'assuré a reçu les premiers soins à la clinique des Grangettes. Selon le docteur C_____, radiologue auprès de cet établissement, les radiographies effectuées le 19 avril 2014 – soit le jour de l'accident – ne montraient aucune fracture récente, dans le contexte d'un traumatisme par torsion (cf. rapport du 24 avril 2014). De son côté, la doctoresse D_____, médecin généraliste auprès du même établissement, a diagnostiqué une entorse du genou droit, prescrit des antalgiques ainsi qu'une attelle, et préconisé un contrôle chez le médecin traitant dans les sept à dix jours (rapport du 23 mai 2014). Elle a émis un certificat d'arrêt de travail valable dès le jour de l'accident.
4. Le 5 mai 2014, l'assuré a consulté le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel lui a prescrit un bon de physiothérapie, en raison d'une suspicion de lésion méniscale au genou droit et d'une contusion à l'épaule droite, avec conflit sous-acromial.
5. Dans un bilan d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit daté du 6 mai 2014, le docteur F_____, radiologue, a notamment conclu à une rupture partielle du ligament collatéral médial, avec un aspect évocateur d'une entorse de grade II dans un contexte traumatique ; hors contexte traumatique, il pouvait s'agir de remaniements mucoïdes dégénératifs. L'assuré présentait par ailleurs d'autres atteintes dégénératives.
6. Dans un rapport du 2 juin 2014, le Dr E_____ a relevé que l'assuré s'était tordu le genou droit et présentait une entorse ligamentaire de grade II.
7. L'assuré a repris son activité à 50% dès le 10 juin 2014, puis à 100% dès le 23 juin 2014.
8. Invité par la SUVA à décrire les circonstances de l'accident, l'assuré a rempli un questionnaire le 26 juin 2014, dans lequel il a indiqué que le 19 avril 2014, alors qu'il jouait au ballon avec ses enfants, son genou avait soudainement lâché lors d'un changement de côté. Il était tombé et son genou avait fait un gros « crac ». Le ligament intérieur droit avait été touché et le traitement médical était terminé.
9. Le 7 août 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge les suites de l'accident.

-
10. Le 8 août 2014, le Dr E_____ a prescrit des séances de physiothérapie pour la contusion du genou.
 11. Les 6 et 28 novembre 2014, l'assuré a indiqué à la SUVA que le traitement était encore en cours auprès du Dr E_____.
 12. Dans un rapport du 7 janvier 2015, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a notamment exposé qu'en l'an 2000, l'assuré avait subi au genou droit une rupture du ligament croisé antérieur ainsi qu'une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque, pour lesquelles il avait été opéré en 2000 et en 2001. En 2004, il avait subi une nouvelle méniscectomie. Actuellement, l'assuré présentait clairement des troubles dégénératifs multiples au niveau de son genou droit. Le traumatisme du 19 avril 2014 était décrit avec d'abord un lâchage du genou, suivi d'une chute. L'IRM montrait une altération du ligament collatéral interne du genou droit, qui pouvait être en relation avec une entorse, mais également avec une atteinte dégénérative. En l'absence de toute autre atteinte récente sur l'IRM du 6 mai 2014, on ne pouvait retenir une décompensation à long terme, alors que le genou montrait des lésions dégénératives évidentes. Au vu de la description du traumatisme, il convenait donc d'admettre que l'événement du 19 avril 2014 avait cessé de déployer ses effets délétères après six mois.
 13. Par décision sur opposition du 12 janvier 2015, confirmant une décision antérieure du 13 novembre 2014, la SUVA a mis fin à la prise en charge du traitement médical avec effet au 23 novembre 2014. Avant l'accident, l'assuré avait déjà présenté des troubles au niveau du genou droit en 2000, 2001 et 2004. Se fondant essentiellement sur le rapport d'IRM du 6 mai 2014, la Dresse G_____ avait confirmé que l'accident du 19 avril 2014 n'avait entraîné qu'une décompensation passagère de l'état antérieur, dont les effets délétères avaient été définitivement cessé après six mois.
 14. Par acte du 11 février 2015, complété le 14 mai 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Selon lui, l'intimée avait omis de mentionner qu'il avait également subi une lésion à l'épaule droite, laquelle était encore douloureuse. Le 6 novembre 2014, il avait consulté le Dr E_____, lequel lui avait prescrit une infiltration pour le genou et l'épaule. Le 1^{er} mai 2015, il avait à nouveau consulté ce médecin en raison de ses douleurs et s'était vu prescrire des bons de physiothérapie pour le genou et l'épaule. Le recourant a conclu à la prise en charge par l'intimée de son traitement et requis un examen médical par la Dresse G_____. À l'appui de ses griefs, il a notamment produit :
 - un rapport du 19 avril 2014 établi lors de son admission au service des urgences de la clinique des Grangettes, faisant état d'une chute, de douleurs au genou droit ainsi que d'une douleur modérée à l'épaule droite (selon les mouvements) ;
 - un rapport du Dr E_____ du 1^{er} mai 2015, indiquant que s'agissant du genou, le diagnostic initial avait été celui d'entorse du ligament latéral interne

proximal, traitée conservativement. Il y avait également – et il ne l'avait pas mentionné dès le départ – une contusion de l'épaule droite avec une contusion du sus-épineux pour laquelle il avait déjà prescrit de la physiothérapie. Le recourant allait mieux, mais il persistait une douleur au niveau de l'insertion proximale du ligament latéral interne du genou, donc une irritation de l'insertion du ligament, qui nécessitait encore de la physiothérapie. Par la suite, une infiltration de cortisone n'était pas exclue ;

- deux bons de physiothérapie prescrits le 1^{er} mai 2015 par le Dr E_____, pour le genou et l'épaule droite (contusion sous-acromiale post-trauma avec capsulite rétractile post).

15. Le 7 septembre 2015, la chambre de céans a entendu le Dr E_____. Ce médecin a notamment expliqué avoir traité le recourant en 2000, puis en 2001, en raison d'une lésion au genou droit. Il ne l'avait pas revu pendant de nombreuses années, soit jusqu'à l'accident du 19 avril 2014, pour lequel il l'avait reçu le 5 mai 2014. Le recourant lui avait alors expliqué que lors d'un jeu de balle, il avait été victime d'un accident avec torsion du genou droit et chute sur l'épaule droite. L'examen clinique avait alors révélé une souffrance du compartiment interne du genou droit et ce qui semblait être une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il avait prescrit une IRM pour le genou droit. Pour l'épaule droite, il avait prescrit des séances de physiothérapie.

Le médecin avait revu le recourant le 9 mai 2014, car l'IRM avait révélé la présence d'une entorse de l'insertion proximale du ligament latéral interne du genou droit. Le Dr E_____ a indiqué que si le rapport du Dr F_____ du 6 mai 2014 n'excluait effectivement pas l'origine dégénérative, il fallait toutefois relever que si l'on parlait d'une entorse de grade II, il s'agissait de quelque chose de frais, avec la présence d'oedèmes, soit quelque chose remontant au plus à six semaines. Par ailleurs, il existait une concordance entre l'examen clinique et l'IRM, qui pointait vers un diagnostic d'entorse du ligament, donc une origine traumatique. Comme il s'agissait d'une entorse bénigne, il avait prescrit du repos, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Selon le Dr E_____, on ne pouvait pas mettre en relation les lésions au genou avec les antécédents médico-chirurgicaux. D'ailleurs, l'IRM confirmait qu'il n'y avait pas de nouvelle lésion intra-articulaire. L'IRM mentionnait certes des lésions dégénératives, mais qui n'avaient aucun rapport avec les lésions constatées suite à l'accident.

À l'examen du 1^{er} mai 2015, le statu quo n'avait pas encore été atteint, car le recourant se plaignait de douleurs au niveau de l'insertion osseuse du condyle fémoral interne. Même sur un genou sans atteinte dégénérative, ayant subi le même type d'entorse, il y avait aussi une irritation du ligament interne proximal et il pouvait arriver que même des années après, le patient se plaigne de douleurs récidivantes. Le médecin pouvait clairement mettre en relation les douleurs persistantes avec le traumatisme du 19 avril 2014, même s'il avait pu qualifier l'entorse de bénigne.

Le Dr E_____ a précisé avoir revu le recourant les 6 juin, 6 novembre 2014 et le 1^{er} mai 2015. Les infiltrations avaient été proposées le 6 novembre 2014, tant pour l'épaule que pour le genou, car l'assuré se plaignait à nouveau de son épaule droite, laquelle semblait aller mieux depuis un certain temps, mais présentait ce jour-là une irritation persistante de l'espace sous-acromial. Le 1^{er} mai 2015, il n'avait rien noté au sujet de l'épaule. Le recourant se plaignait de douleurs à l'épaule lors des mouvements. Le Dr E_____ n'avait pas mené des investigations approfondies concernant cette articulation.

À l'issue de l'audition du témoin, le recourant a expliqué que son genou allait plutôt bien, mais qu'il ressentait toujours des douleurs à l'épaule. Depuis le début du mois de septembre, il travaillait en qualité d'indépendant et soulevait des monoblocs. À la question de savoir pour quelles raisons il n'était pas fait état d'une atteinte à l'épaule notamment dans le questionnaire du 26 juin 2014, le recourant a répondu qu'au moment de l'accident, c'était le genou qui le faisait le plus souffrir et que l'épaule passait au second plan. Il en avait parlé lorsque les mouvements qu'il devait accomplir le faisaient souffrir. Avec le temps, il s'était rendu compte que les douleurs persistaient et étaient récurrentes, raison pour laquelle il en avait reparlé au Dr E_____.

16. L'intimée a conclu au rejet du recours, en produisant notamment un rapport établi le 16 novembre 2015 par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de l'intimée. S'agissant du genou droit, au vu du diagnostic de lésion partielle de la portion profonde du ligament collatéral médial, on pouvait s'attendre à une reprise d'activité environ trois mois après l'accident. Toutefois, en tenant compte d'éventuels remaniements cicatriciels par la suite, on pouvait admettre un lien de causalité entre des troubles résiduels éventuels et la rupture partielle jusqu'à six mois après celle-ci. S'agissant de l'épaule droite, le Dr H_____ se disait un peu emprunté pour discuter de la problématique suite à l'accident du 19 avril 2014, vu la pauvreté des informations à disposition. Il n'existait aucun descriptif du traumatisme subi à l'épaule droite. On devait imaginer que lors de sa chute, l'assuré avait subi un traumatisme à l'épaule droite, sans que l'on sache s'il s'agissait d'un traumatisme direct (contusion de l'épaule) ou indirect (par exemple chute sur le coude). Il était en revanche patent qu'au jour de l'accident, il n'existait pas de plaintes suffisantes au niveau de l'épaule droite pour que le recourant le signale lors de sa consultation en urgence ou en fasse mention dans le questionnaire de l'intimée. En revanche, ces troubles scapulaires avaient été signalés au Dr E_____ lors de la première évaluation du 5 mai 2014 et ce médecin avait alors prescrit de la physiothérapie, en diagnostiquant une contusion de l'épaule droite avec conflit sous-acromial. Ailleurs, le Dr E_____ avait retenu le diagnostic de contusion de l'épaule droite et du sus-épineux. Malgré le diagnostic de contusion retenu, le Dr E_____ n'avait pas jugé utile d'effectuer des investigations complémentaires. On pouvait en déduire qu'il n'avait pas d'éléments en faveur d'une lésion traumatique

structurelle, ce qui relativisait l'importance du traumatisme subi le 19 avril 2014, dont on n'avait aucun descriptif. Au vu des éléments cliniques fournis par le Dr E_____, que ce soit dans ses annotations ou lors de son audition, on pouvait retenir des éléments compatibles avec un diagnostic de conflit sous-acromial. En revanche, le diagnostic de contusion de l'épaule droite apparaissait avant tout anamnestique, en l'absence de stigmatisme clair (p. ex. hématome, tuméfaction, palpation douloureuse). Le Dr H_____ ignorait sur quelle base le Dr E_____ avait estimé par la suite qu'il existait une contusion du sus-épineux, mais il fallait relever que d'un point de vue biomécanique, ni une contusion directe de l'épaule droite, ni un traumatisme indirect (comme la réception sur le coude droit), ne pouvaient provoquer une contusion du sus-épineux.

17. Le 29 janvier 2016, le recourant a transmis un rapport établi par le Dr E_____ le 21 janvier 2016, rappelant que lors de l'examen initial, le recourant se plaignait surtout de son genou, mais également de son épaule droite, pour laquelle une contusion sous-acromiale avait été posée. Malgré les séances de physiothérapie, un inconfort persistait. Une arthro-IRM effectuée le 12 janvier 2016 avait confirmé la présence d'une lésion de type « articular side tear » du sus-épineux, sans autre signe manifeste de dégénérescence au niveau de l'épaule. Le Dr E_____ estimait qu'il y avait clairement une relation de cause à effet entre le traumatisme subi et la lésion diagnostiquée. Initialement, il avait banalisé cette lésion, mais devant la persistance des douleurs et du handicap ressentis, notamment lors des activités de type « overhead », il avait prescrit neuf séances de physiothérapie. Si les douleurs et le handicap persistaient, il proposerait une intervention de type « arthroscopie opératoire de l'épaule droite, acromioplastie et suture de coiffe par voie arthroscopique ».
18. Le 5 février 2016, le Dr E_____ a transmis un rapport établi le 13 janvier 2016 par le docteur I_____, radiologue, concluant à une déchirure partielle sous forme de fissuration du versant articulaire de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux (mesurant environ 1,5 cm dans son plus grand diamètre), ainsi qu'à un conflit sous-acromial et à une périarthrite calcifiante, avec une petite calcification de l'insertion distale, probablement située au niveau du tendon du muscle sous-épineux.
19. Par arrêt du 12 septembre 2016, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), a partiellement admis le recours, annulé la décision sur opposition du 12 janvier 2015 et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants.

En substance, la CJCAS a retenu que l'événement du 19 avril 2014 était à l'origine d'une rupture partielle du ligament collatéral médial du genou droit, soit d'une lésion assimilée à un accident. Si la SUVA avait retenu, sur la base des appréciations des Drs G_____ et H_____, qu'à compter du 23 novembre 2014, les troubles du genou droit n'étaient plus en relation causale avec l'accident, les rapports établis par ces médecins, insuffisamment probants, ne contenaient aucune

motivation convaincante quant à un retour au *statu quo sine vel ante* six mois après l'accident. S'agissant des troubles de l'épaule droite dont se prévalait l'assuré, la SUVA ne pouvait valablement remettre en cause l'existence de douleurs scapulaires dès le jour de l'accident, car il ressortait du dossier et des explications données en audience que l'assuré s'était plaint de telles douleurs dès sa consultation aux urgences de la clinique des Grangettes, 19 avril 2014, puis lors de sa première consultation chez le Dr E_____, le 5 mai 2014. En janvier 2016, une arthro-IRM avait mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, laquelle était susceptible d'être reconnue comme une lésion assimilée à un accident, pour autant que l'événement d'avril 2014 en soit à l'origine. Toutefois, les rapports peu motivés versés au dossier ne permettaient pas de trancher la question du lien de causalité entre les troubles scapulaires et l'événement du 19 avril 2014, de sorte qu'il convenait de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle mette en œuvre une expertise auprès d'un expert indépendant.

20. La SUVA a diligenté cette expertise auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a examiné l'assuré le 12 février 2018. Dans son rapport, l'expert a rappelé que l'assuré souffrait déjà antérieurement à l'accident du 19 avril 2014 de séquelles traumatiques liées à plusieurs événements, puisqu'il avait notamment été victime en l'an 2000 d'une déchirure du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit. Le genou avait dû être réopéré en 2001 et 2004, faute de consolidation de la suture méniscale. L'entorse et la chute que l'assuré avait subies en 2014 avaient aggravé l'état antérieur du genou, mais l'expert estimait que le *statu quo sine* initialement fixé par la SUVA six mois après l'événement était prématuré. Selon lui, on pouvait situer ce *statu quo sine* entre les mois de mai et septembre 2015, soit au plus tard au moment où l'assuré avait été auditionné par la juridiction cantonale. S'agissant des troubles de l'épaule droite, l'expert relevait que l'assuré n'en avait d'abord pas fait mention, que ce soit dans sa déclaration d'accident ou le questionnaire complémentaire rempli le 26 juin 2014. Les rapports établis par la clinique des Grangettes, le 23 mai 2014, puis le Dr E_____, le 2 juin 2014, n'en parlaient pas non plus. Ce n'était que dans les notes manuscrites de la consultation du 5 mai 2014, ainsi que les deux bons de physiothérapie consécutifs, qu'un diagnostic de conflit sous-acromial de l'épaule droite avait été retenu. Selon l'expert, cela signifiait que la chute n'avait pas dû avoir de conséquence significative, même si l'assuré avait subi un choc direct sur le moignon de son épaule droite ; en effet, s'il y avait eu une impotence fonctionnelle, les médecins ayant examiné l'assuré à l'époque l'auraient précisé. En outre, l'assuré n'avait plus consulté pour son épaule entre le mois d'août 2014, soit lorsque le deuxième bon de physiothérapie lui avait été prescrit, et le mois de janvier 2016, lorsque l'arthro-IRM avait été effectuée. Il était vraisemblable qu'en présence d'une impotence fonctionnelle, des investigations complémentaires auraient été requises plus rapidement que 21 mois après l'accident. De surcroît, l'augmentation des plaintes de l'assuré à la fin de l'année 2015 coïncidait avec un changement d'activité professionnelle, puisque l'intéressé avait créé en septembre

2015 une nouvelle société et que l'activité qu'il exerçait désormais, soit celle de monteur de ventilations et climatisations, impliquait le port de charges et des travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale. Jusqu'en juin 2012, l'assuré avait travaillé comme carrossier, profession ayant déjà fortement mis à contribution ses deux épaules. Au demeurant, l'arthro-IRM avait mis en évidence une calcification tendineuse, très évocatrice d'une maladie rhumatismale dégénérative (tendinopathie calcifiante). L'assuré appartenait à une catégorie d'âge à laquelle on pouvait commencer à présenter des problèmes de tendinopathie, d'autant plus au regard des professions physiquement astreignantes qu'il avait exercées. L'expert estimait que la déchirure partielle du tendon du sus-épineux avait été révélée – et non provoquée – par l'événement du 19 avril 2014. Ses causes étaient l'âge de l'assuré (50 ans) ; une mauvaise vascularisation constitutionnelle, entraînant des phénomènes d'apoptose à partir de la quarantaine, péjorés vraisemblablement par le tabagisme ; une maladie rhumatismale sous-jacente de type tendinopathie calcifiante et enfin, une surcharge professionnelle liée à l'ancien métier de carrossier et à celui désormais exercé de monteur de ventilations et climatisations. En conclusion, selon l'expert, la déchirure partielle de la face articulaire du tendon du sus-épineux n'était pas une lésion traumatique, mais une délamination progressive dégénérative, qui n'avait pas pu être aggravée de manière prépondérante par l'événement d'avril 2014, de sorte que seul pouvait être retenu un diagnostic de contusion simple du moignon de l'épaule droite. En l'absence de complication, une telle contusion guérissait en principe dans les quatre à six semaines, voire jusqu'à trois mois. Comme la contusion, survenue sur un état dégénératif débutant, avait initialement été sous-estimée, on pouvait admettre un temps de récupération un peu plus long et fixer le *statu quo sine* à l'issue de la deuxième série de physiothérapie accomplie par l'assuré en 2014, c'est-à-dire « avant le 23 novembre 2014 ».

21. Le 3 juillet 2018, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il acceptait les conclusions de l'expert s'agissant du moment auquel son genou droit avait atteint le *statu quo sine*, mais qu'il les contestait s'agissant de son épaule droite, dont l'état résultait de l'accident de 2014 et dont le *statu quo sine* n'était toujours pas atteint. À l'appui de son point de vue, il a notamment joint un courrier du Dr E_____, daté du 31 mai 2018 :

« [...] Suite à votre missive de la date susmentionnée, voici mes réponses à vos questions. Question 1 : en quoi critiquez-vous les diagnostics retenus par le Dr J_____ en ce qui concerne l'épaule droite de votre patient ?

Sa conclusion est erronée. On ne peut pas du tout affirmer que cette déchirure partielle du côté articulaire du sus-épineux soit d'origine dégénérative. Même si ce patient présente quelques calcifications intra-tendineuses, une entité nosologique qui se voit même chez des très jeunes patients sans qu'il y ait la moindre présence de dégénérescence ou de stigmata d'arthrose, ne peut en aucun cas permettre de conclure à une pré-existence de cette lésion au trauma. Donc, il y a clairement une lésion du sus-épineux qui est donc une déchirure partielle dans l'épaisseur du

tendon du côté articulaire et l'origine de cette déchirure – malgré tous les arguments que le Dr J_____ veut bien utiliser – ne peut aucunement être attribuée à une origine dégénérative ou pré-arthrosique, arthrosique, etc.

Question 2 : pouvez-vous notamment nous indiquer ce que vous pensez du diagnostic de tendinopathie calcifiée ?

Une tendinopathie calcifiée correspond à un tendon qui contient des inclusions micro-calciques. Cette inclusion micro-calcique peut être d'origine diverse, soit traumatique [...]. On peut aussi avoir une anomalie métabolique, phosphocalcique, acidité, etc., qui peut prédisposer à des inclusions micro-calciques dans les tendons globalement. Au niveau de l'épaule en particulier, un choc d'origine traumatique, une simple contusion du tendon (contre l'acromion) peut induire une altération des tissus des tendons avec par la suite apparition de calcifications et ceci, comme je l'ai mentionné plus haut déjà, chez le jeune individu et pas du tout nécessairement uniquement chez l'individu âgé dans un contexte de dégénérescence tendineuse [...].

Question 3 : la présence d'une lésion de la coiffe des rotateurs dans une zone avascularisée peut être présente chez les patients au-delà de 60-70 ans sans notion de traumatisme.

Il y a effectivement, avec l'âge, une diminution de la vascularisation de certaines portions du tendon de la coiffe des rotateurs qui naturellement peuvent, par la suite, amener à une lésion tendineuse et une déchirure dégénérative. Cependant, on parle ici de patients ayant plus de 60 à 70 ans et non pas d'un jeune patient de 50 ans. À noter que le jour de l'IRM, [l'assuré] avait 48 ans. En plus de cela, il est très important de noter que, avant ce traumatisme du 19 avril 2014, le patient était absolument asymptomatique au niveau de son épaule droite et que depuis cet accident et jusqu'à ce jour, il persiste un handicap, des douleurs, avec un diagnostic de lésion de la coiffe clairement établi. Le patient a été victime d'un événement unique [...] avec choc non pas sur l'épaule mais probablement sur son coude ou sur son bras, voulant se retenir pour ne pas chuter avec une impaction directe de l'humérus sur l'acromion, ce qui est le mécanisme parfait pour créer une lésion de la coiffe. [...]

Question 5

Évidemment que le Dr J_____, en tant qu'expert qui travaille globalement uniquement à la solde des assurances et dont le revenu dépend à 99% de ses expertises commanditées par des assureurs, a tout intérêt à faire en sorte que son expertise soit finalement favorable aux assurances [...]. Le patient, lors du trauma, avait 46 ans et lors de l'arthro-IRM avait 48 ans, donc relativement jeune et ce n'est pas parce qu'il a été carrossier ou qu'il a pratiqué n'importe quelle autre profession qu'il doit nécessairement présenter des lésions dégénératives préexistantes ou trauma. [...] La fracture-luxation du coude droit ou une éventuelle maladie rhumatismale n'ont absolument rien à faire avec cette lésion décrite au niveau du

sus-épineux, car si cette fracture-luxation du coude, par exemple, avait eu un impact sur son épaule, le patient l'aurait ressenti immédiatement à l'époque, ce qui n'a absolument pas été le cas.

Question 6

Rien ne m'empêche d'affirmer avec une vraisemblance prépondérante, soit plus de 75%, que les lésions actuelles de l'épaule droite de [l'assuré] sont en lien direct avec l'accident du 19 avril 2014. Effectivement, le mécanisme avec retenue, chute sur son bras droit, avec probablement une impaction de la tête dans l'acromion, le tendon du sus-épineux étant pris en sandwich, avec, par la suite, constitution d'une lésion du côté articular side de ce tendon, est un mécanisme classique bien décrit et qui correspond à une réalité unique dans le temps et dans l'espace que [l'assuré] a subi lors de son trauma susmentionné. [...] Le patient se plaignait dès le premier jour de son trauma de l'épaule droite, raison pour laquelle une radiographie standard a été obtenue et ce n'est pas parce que je n'ai demandé une IRM que deux ans plus tard que cela veut dire que j'ai minimisé son problème [...]. Dans le cas de [l'assuré], suspectant effectivement une petite lésion de la coiffe, bénigne cliniquement, j'ai plutôt temporisé et essayé d'aplanir ce problème par un traitement conservateur. Finalement, effectivement, après deux ans et ayant constaté un échec aux traitements conservateurs, une arthro-IRM a finalement été demandée par mes soins. Aujourd'hui, quatre ans après son trauma, le handicap persiste et probablement que si l'on devait refaire une IRM de cette épaule, la lésion serait plus importante que ce qu'a démontré l'arthro-IRM de l'épaule droite du 13 janvier 2016 ».

22. À la demande de la SUVA, le Dr J_____ s'est déterminé sur le point de vue du Dr E_____ et a répondu à diverses questions complémentaires, dans un courrier daté du 7 septembre 2018 :

« [...] 1. Êtes-vous d'accord avec le Dr E_____, qui explique que des calcifications intra-tendineuses s'observent même chez de très jeunes patients qui ne présentent aucune dégénérescence ou arthrose ?

Oui, car les calcifications tendineuses sont un problème inflammatoire chronique, entraînant une perturbation du métabolisme phosphocalcique. Ceci est une maladie rhumatismale et, comme toute atteinte de ce type, peut survenir à n'importe quel âge, les enfants n'étant malheureusement pas exempte d'atteinte rhumatismale.

2. Pourquoi excluez-vous que les calcifications intra-tendineuses aient été causées par l'accident du 19 avril 2014, comme le retient le Dr E_____ ?

Car les calcifications intra-tendineuses n'ont rien à voir avec un arrachement osseux à l'insertion du tendon, qui peut être traumatique. Il s'agit d'une inflammation chronique du tendon qui va perturber les mécanismes phosphocalciques métaboliques habituels et finir par aboutir à une calcification. Cette dernière, d'ailleurs, n'est pas forcément définitive, car dans un grand nombre de cas avec le temps, ces calcifications peuvent totalement régresser. Ceci est

considéré comme une maladie rhumatismale et non comme un problème traumatique.

3. Le Dr E_____ explique que la lésion du sus-épineux, soit la déchirure partielle dans l'épaisseur du tendon du côté articulaire, ne peut pas être d'origine dégénérative et est liée à l'accident du 19 avril 2014. Comment expliquez-vous la présence de cette lésion ?

Ceci a longuement été discuté dans mon expertise, en rappelant que lors du passage de la quadripédie à la bipédie, l'omoplate s'est déplacée, mais malheureusement en entraînant une mauvaise vascularisation dans la région de la coiffe des rotateurs. Ceci entraîne qu'à partir de la quarantaine, lorsque les tendons commencent à vieillir, il y a souvent une hypo-oxygénation de cette coiffe qui va aboutir à des morts cellulaires, qu'on appelle des phénomènes d'apoptose. Ces derniers induisent une délamination progressive, qui commence presque toujours dans la région articulaire du tendon du sus-épineux. Ce fait a largement été démontré par plusieurs études cadavériques, radiologiques et arthroscopiques. De plus, il est intéressant de noter que lors d'une luxation de l'épaule en-dessous de 30 ans, il n'y a quasiment jamais de lésion tendineuse associée, alors qu'au-delà de 50 ans, elles sont presque toujours présentes. Cela confirme bien qu'entre 30 et 50 ans, il y a un phénomène dégénératif qui survient et qui va fragiliser les tendons. En conclusion, cette lésion du sus-épineux n'est pas une déchirure traumatique, mais une délamination progressive par mort cellulaire.

4. Le Dr E_____ explique que le déroulement de l'accident – [l'assuré] s'est retenu sur son bras droit en tombant avec un impact indirect de l'humérus sur l'acromion, prenant le tendon du sus-épineux en sandwich – est un mécanisme idéal pour la création d'une lésion de la coiffe. Ce phénomène étant largement décrit dans la littérature, comme expliquez-vous que vous l'excluez pour [l'assuré] ?

Le premier point intéressant à noter est que cette version ne survient que dans ses derniers courriers, soit quatre ans après l'événement traumatique. De plus, elle ne correspond pas à celle qui m'a été donnée par le patient lors de l'expertise. En conséquence, ceci pose un problème juridique quant à l'acceptation de cette version, sur laquelle bien évidemment je ne me prononcerai pas [...]. Pour ce qui est du plan médical, même si cette version est admise, je ne comprends pas comment la lésion du sus-épineux peut être créée ainsi. Comme déjà démontré ci-dessus, [...] un écrasement n'est pas suffisant pour entraîner une déchirure. Il faut un phénomène de traction. Par contre, que suite à n'importe quel traumatisme soit mise en évidence une lésion pouvant évoquer une déchirure est un phénomène bien connu mais alors il s'agit d'un événement qui a révélé cette dernière et qui ne l'a pas provoquée.

5. Confirmez-vous qu'une tendinopathie calcifiée peut être d'origine traumatique ?

Non. Une tendinopathie calcifiante est par définition un problème touchant le tendon sous forme d'une inflammation chronique perturbant le métabolisme

phosphocalcique et qui va induire secondairement une calcification. Ceci n'est jamais d'origine traumatique, mais toujours secondaire à une maladie rhumatismale. La seule façon éventuellement de voir une calcification d'origine traumatique, proche d'un tendon, ne peut être liée qu'à un arrachement dans la région de l'insertion de ce tendon sur l'os. Cependant, ceci ne donne pas du tout la même image et surtout, la calcification n'est pas intratendineuse, mais péri-tendineuse [...] ».

23. Se ralliant aux conclusions du Dr J_____, la SUVA, par décision du 9 novembre 2018, a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2015 pour le genou droit et au 21 novembre 2014 pour l'épaule droite.
24. Le 6 décembre 2018, l'assuré s'y est opposé, contestant en substance la valeur probante de l'expertise du Dr J_____ et de son complément, invitant par ailleurs la SUVA à mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il a joint à son opposition un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr E_____ le 17 octobre 2016.
25. Par décision sur opposition du 11 décembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. L'expert J_____ avait conclu que la déchirure partielle du tendon du sus-épineux avait été révélée – et non provoquée – par l'événement du 19 avril 2014. Les causes de l'atteinte étaient l'âge, une mauvaise vascularisation constitutionnelle, entraînant des phénomènes d'apoptose à partir de la quarantaine, une maladie rhumatismale sous-jacente (tendinopathie calcifiante) et une surcharge professionnelle. L'expert avait expliqué son point de vue de manière convaincante et confirmé son analyse à la lumière des objections formulées par le Dr E_____. S'agissant des déclarations que le Dr E_____ avait faites lors de l'audience du 7 septembre 2015, la SUVA rappelait que l'assuré s'était limité à évoquer des problèmes de genou, notamment dans le questionnaire de la SUVA du 26 juin 2014. Ce n'était qu'au stade de l'opposition qu'il avait évoqué, pour la première fois, des douleurs de l'épaule. De surcroît, le Dr E_____ avait déclaré lors de l'audience que l'assuré avait fait une chute sur l'épaule, sans mentionner un quelconque mécanisme de retenue. Les explications fournies par le Dr E_____ n'emportaient pas la conviction, car si l'assuré avait véritablement présenté des douleurs importantes de l'épaule dans les suites immédiates de l'accident, des examens radiologiques auraient vraisemblablement été pratiqués. De surcroît, ce médecin mettait en doute l'impartialité de l'expert, alors que l'assuré avait lui-même proposé à la SUVA de confier l'expertise au Dr J_____. Enfin, selon la jurisprudence, le fait qu'un médecin soit chargé à plusieurs reprises par une assurance d'établir des expertises ne constituait pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou à une partialité chez l'expert.
26. Par acte du 28 janvier 2019, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 11 décembre 2018 en tant qu'elle mettait fin aux prestations et au versement par la SUVA de prestations au-delà du 21 novembre 2014 pour ses troubles de l'épaule droite, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'expertise du Dr J_____ n'était pas probante, car cet expert avait passé sous silence l'opinion du Dr E_____ ainsi que ses certificats d'arrêt de travail. En outre, l'expert semblait être parti du postulat erroné qu'il n'avait pas été fait état de douleurs à l'épaule droite après l'accident du 19 avril 2014. Or, dans le cadre de la précédente procédure de recours, le Dr E_____ et lui-même avaient expliqué pourquoi les premiers documents médicaux ne mentionnaient pas d'atteinte scapulaire : après son accident, c'était surtout son genou droit qui l'avait fait souffrir, tandis que son épaule était passée au second plan. Toutefois, comme ses douleurs persistaient, il en avait reparlé au Dr E_____. S'agissant du fait qu'une IRM scapulaire n'avait été réalisée qu'en janvier 2016, comme l'avait relevé l'expert, le Dr E_____ avait expliqué avoir adopté en premier lieu une attitude conservatrice. De son côté, il avait déclaré qu'il souhaitait depuis longtemps qu'une IRM de l'épaule droite soit réalisée, ce qu'il avait finalement fait le 12 janvier 2016, après que le juge lui avait fait remarquer qu'il ne devait pas attendre l'issue de la procédure pour réaliser un examen, s'il l'estimait nécessaire. L'absence d'examens médicaux réalisés immédiatement après l'accident du 19 avril 2014 s'expliquait donc par l'attitude conservatrice de son médecin et par sa propre indécision quant au traitement à adopter. Par ailleurs, dans la décision attaquée, la SUVA n'avait pas tenu compte des règles relatives aux lésions assimilées. L'avis exprimé par le Dr H_____, selon lequel l'accident n'était pas la cause de l'atteinte parce que son aspect morphologique était compatible avec une lésion purement dégénérative, n'était pas non plus probant, car en présence d'une lésion assimilée, il n'était pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte, mais il suffisait que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, l'ait provoquée. Dans le cadre de la précédente procédure de recours, la juridiction cantonale avait jugé les explications du Dr E_____ insuffisamment détaillées et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire. Or, suite à ce renvoi, le Dr E_____ avait expliqué de manière détaillée pourquoi il estimait que la déchirure partielle du tendon sus-épineux avait été causée par l'événement du 19 avril 2014. Le recourant en déduisait que la SUVA aurait dû admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 19 avril 2014 et ses troubles scapulaires. Enfin, il soulignait avoir dû payer de sa poche des traitements médicaux et ne pas avoir touché d'indemnités journalières en lien avec une incapacité de travail, survenue le 18 janvier 2016 et ayant perduré plusieurs mois.

27. Dans sa réponse du 25 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. La juridiction cantonale avait renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale externe, ce que la SUVA avait fait. Le recourant requérait une sur-expertise, alors que c'était lui-même qui avait proposé l'expert désigné par la SUVA. Le recourant contestait les conclusions de l'expert fixant au 21 novembre 2014 le *statu quo sine* de ses troubles de l'épaule droite. Toutefois, l'expertise et son complément avaient été effectués par un médecin disposant de toutes les qualifications requises. L'expert avait examiné personnellement l'assuré, étudié l'entier du dossier et était parvenu à la conclusion que la déchirure du tendon du

sus-épineux avait seulement été révélée – et non provoquée – par l'événement du 19 avril 2014, les causes de l'atteinte étant liées à l'âge, à une mauvaise vascularisation constitutionnelle, à une maladie rhumatismale sous-jacente de type tendinopathie calcifiante et à une surcharge professionnelle. C'était dès lors à bon droit qu'elle s'était ralliée aux conclusions de l'expert et avait mis fin à ses prestations le 21 novembre 2014. Pour le reste, le recourant ne disposait d'aucun droit à la mise en œuvre d'une sur-expertise, selon la jurisprudence.

28. Le recourant a répliqué le 17 avril 2019, persistant dans ses conclusions. L'intimée se bornait à renvoyer à l'expertise réalisée par le Dr J_____, sans se déterminer sur ses griefs et les remarques du Dr E_____. Par ailleurs, il ne requérait une expertise judiciaire qu'à titre subsidiaire, dans l'hypothèse où la juridiction cantonale s'écarterait des conclusions du Dr E_____. Il ne s'agissait pas d'obtenir une « seconde opinion », mais de trancher une controverse médicale, vu les conclusions diamétralement opposées des médecins quant à l'origine de ses atteintes.
29. Cette écriture transmise à l'intimée, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier et du report du terme du délai – échéant un dimanche – au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c, 56 et 60 LPGA; art. 89B et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au niveau de l'épaule droite doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 21 novembre 2014.
5. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. L'accident en cause étant survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions

transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).
7. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).
b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des

assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

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

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

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade

ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. À titre liminaire, il convient de rappeler que, par arrêt du 12 septembre 2016, la CJCAS a annulé une décision sur opposition rendue par la SUVA en 2015 – mettant fin aux prestations versées à l'assuré pour ses troubles du genou droit six mois après l'accident du 19 avril 2014 – et renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle complète l'instruction. En substance, la juridiction cantonale a retenu que l'événement du 19 avril 2014 était à l'origine d'une rupture partielle du ligament collatéral médial du genou droit, soit d'une lésion assimilée à un accident, mais que les rapports sur lesquels la SUVA s'était fondée ne contenaient aucune motivation convaincante quant à un retour au *statu quo sine vel ante* de cette atteinte six mois après l'accident. S'agissant des troubles de l'épaule droite dont se prévalait l'assuré, la SUVA ne pouvait valablement remettre en cause la survenance de douleurs scapulaires dès le jour de l'accident, car il ressortait du dossier que l'assuré s'en était plaint dès sa consultation aux urgences de la clinique des Grangettes, puis lors de sa première consultation chez le Dr E_____. En janvier 2016, une arthro-IRM avait mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, laquelle était susceptible d'être reconnue comme une lésion assimilée à un accident, pour autant que l'événement d'avril 2014 en soit à l'origine. Toutefois, les rapports peu motivés versés au dossier ne permettaient

pas de trancher la question, de sorte qu'il convenait de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle diligente une expertise.

La SUVA a chargé le Dr J_____ de réaliser cette expertise. L'expert a fixé le *statu quo sine* des troubles du genou droit entre mai et septembre 2015 et celui des troubles de l'épaule droite « avant le 23 novembre 2014 ». Postérieurement, l'expert a considéré que les symptômes étaient d'origine exclusivement malade, respectivement dégénérative. Dans la décision sur opposition attaquée, la SUVA s'est ralliée aux conclusions de l'expert J_____ et a confirmé qu'elle mettait fin à sa prise en charge avec effet au 31 août 2015 pour le genou droit, respectivement au 21 novembre 2014 pour l'épaule droite.

Dans son recours, l'assuré conteste uniquement l'appréciation émise par l'expert au sujet de ses troubles de l'épaule droite (mais pas de son genou droit), en se prévalant des rapports établis par le Dr E_____. À ce propos, il fait valoir que ses troubles scapulaires sont en lien de causalité avec l'accident du 19 avril 2014.

13. a. La chambre de céans constate que l'arthro-IRM réalisée le 12 janvier 2016 a mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, c'est-à-dire une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). Cela étant, même en présence d'une lésion corporelle (assimilée), il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade 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).

Sur ce point, on relève avec l'expert que l'arthro-IRM ayant démontré cette déchirure tendineuse n'a été réalisée qu'environ 21 mois après l'accident et que l'assuré, tant dans la déclaration d'accident que dans le questionnaire complémentaire du 26 juin 2014, n'a pas fait mention de troubles de l'épaule droite, mais s'est borné à indiquer que son genou avait « lâché », alors qu'il jouait au football avec ses enfants, qu'il était tombé et que son genou avait fait un gros « crac ». S'il est indiscutable que l'assuré a souffert de quelques douleurs scapulaires dès l'accident, puisque le rapport établi le jour même par le service des urgences de la clinique des Grangettes mentionne, outre des troubles du genou, une « douleur modérée de l'épaule droite (selon les mouvements) », ce document n'est toutefois pas propre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure partielle du tendon sus-épineux objectivée en janvier 2016 serait apparue au moment de l'accident du 19 avril 2014. Comme l'a observé l'expert, les rapports établis dans les suites de l'accident ne font état d'aucune impotence fonctionnelle de l'épaule, l'assuré n'a plus consulté de médecin pour son épaule entre le mois d'août 2014 et le mois de janvier 2016 – soit pendant environ 17 mois, sous réserve de la prescription d'un bon de physiothérapie en mai 2015 – et il a pu reprendre le travail à 100% dès le 23 juin 2014, deux mois après le traumatisme, ce qui corrobore la conclusion selon laquelle l'accident n'a engendré qu'une simple

contusion. En audience, le recourant a d'ailleurs précisé qu'au moment de l'accident, c'était son genou qui l'avait fait le plus souffrir, son épaule n'étant qu'au second plan. De surcroît, il y a lieu de rappeler que l'arthro-IRM réalisée en janvier 2016 est intervenue dans le contexte d'un changement d'activité professionnelle, l'assuré ayant débuté en septembre 2015 une activité indépendante, dans le cadre de laquelle il installe des systèmes de ventilation, profession astreignante pour ses épaules puisqu'elle le conduit à porter des charges et à travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale. Enfin, toujours selon l'expert, la calcification tendineuse apparaissant sur l'arthro-IRM suggère l'existence d'une maladie rhumatismale (tendinopathie calcifiante), ce qui plaide également contre l'hypothèse d'une relation de causalité entre l'accident du 19 avril 2014 et la déchirure tendineuse diagnostiquée en 2016. En conséquence, il convient de retenir, avec l'expert, que cette déchirure tendineuse est d'origine exclusivement malade, respectivement dégénérative, et que l'accident n'a entraîné qu'une simple contusion de l'épaule droite – cela correspond du reste au diagnostic retenu par le Dr E_____ les 5 mai 2014 et 1^{er} mai 2015 –, dont le *statu quo sine* doit être fixé à la fin du mois de novembre 2014 au plus tard.

b. Le recourant se prévaut des rapports du Dr E_____ pour contester les conclusions de l'expert J_____. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète – comme l'est celle du Dr J_____ –, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra consid. 10).

En l'espèce, ni le recourant, ni le Dr E_____ ne mettent en évidence d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré et serait suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expert J_____. Tout d'abord, le recourant se méprend lorsqu'il affirme que l'expert aurait passé sous silence l'avis du Dr E_____, car cet expert l'a précisément discuté, entre autres dans son courrier du 7 septembre 2018. Ensuite, en se limitant à affirmer que la déchirure tendineuse observée en janvier 2016 résulterait de l'accident survenu en avril 2014, le Dr E_____ cherche à substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, mais il ne met pas en évidence de lacune dans l'expertise, pas plus qu'il ne prend position sur la plupart des arguments qui y sont développés, ce qui ne saurait suffire à s'écarter des conclusions formulées par l'expert. Par ailleurs, en déclarant « il est très important de noter que, avant ce traumatisme [...], le patient était absolument asymptomatique au niveau de son épaule droite et que depuis cet accident et jusqu'à ce jour, il persiste un handicap, des douleurs [...] », le Dr E_____ se fonde sur une argumentation de type « *post hoc ergo propter hoc* », laquelle ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre

l'atteinte et l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Pour le reste, le mécanisme accidentel décrit par le Dr E_____ – selon lequel l'assuré aurait subi un choc sur le bras ou le coude, en voulant se retenir pour ne pas chuter – s'avère être en totale contradiction avec les explications données par le recourant au Dr J_____, telles qu'elles sont rapportées dans l'expertise : « [l'assuré] précise qu'il est tombé avec un choc direct contre l'épaule droite [...]. Par contre, il est certain qu'il n'a pas eu le temps de se retenir avec sa main, ni n'a tapé avec son coude droit, ceci s'étant passé trop rapidement ». On peut douter de la fiabilité des conclusions que le Dr E_____ tire d'une description de l'accident qui ne correspond pas à celle que l'assuré a donnée à l'expert. S'agissant enfin des critiques que formule le Dr E_____ vis-à-vis de l'impartialité de l'expert, on rappellera que, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, soit régulièrement mandaté par l'organe d'une assurance sociale ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité, respectivement à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités).

14. Il résulte de ce qui précède que la lésion corporelle assimilée ne peut être rattachée à l'accident en cause, vu notamment le temps important écoulé entre sa mise en évidence et la chute du 19 avril 2014, la reprise d'une activité professionnelle après 2 mois seulement, l'absence de suivi médical pendant 17 mois – hormis la prescription d'un bon de physiothérapie – et le changement d'activité professionnelle intervenu en septembre 2015. Il y a donc lieu de conclure à l'existence d'une lésion exclusivement malade ou dégénérative, qui n'est pas à charge de l'intimée, contrairement à la contusion de l'épaule droite, que l'intimée a pris en charge jusqu'au 21 novembre 2014, conformément au *statu quo sine* fixé par l'expert. Pour le reste, on rappellera que le recourant s'est rallié aux conclusions de l'expert en tant qu'elles fixent le *statu quo sine* de ses troubles du genou droit (cf. son courrier du 3 juillet 2018). Partant, la décision sur opposition du 11 décembre 2018 se révèle conforme au droit et le recours mal fondé.
15. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).
16. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGa).
17. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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