

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, a travaillé en tant que concierge à temps plein auprès de la régie B_____ à Genève, dès le 1^{er} janvier 1999. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès d'AXA Assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 3 mai 2018, il a trébuché en voulant descendre d'un tracteur. Dans la déclaration d'accident du 24 mai 2018, il est indiqué que l'assuré est tombé en sortant le tracteur.
3. Le jour de l'accident, l'assuré est allé consulter à la Clinique et Permanence d'Onex. Dans le rapport de radiographies de l'épaule droite du 3 mai 2018, le docteur C_____, radiologue FMH, a constaté l'absence d'anomalie traumatique de l'épaule droite.
4. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 3 au 8 mai 2018.
5. Le 18 juillet 2018, une échographie de l'épaule droite a été effectuée. L'assuré éprouvait des douleurs et une limitation fonctionnelle. Le rapport d'échographie établi par le docteur D_____, radiologue FMH, a conclu à une rupture transfixiante du sus-épineux sur 2 cm, à confronter à une arthro-IRM de l'épaule.
6. Le 19 juillet 2018, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée. Le Dr D_____ a conclu à une rupture transfixiante moyenne du sus-épineux avec rétraction du moignon tendineux qui était hétérogène mais sans amyotrophie.
7. Le 5 septembre 2018, l'assuré a été opéré de l'épaule droite par le docteur E_____, chirurgien orthopédique FMH. Dans son rapport opératoire, le Dr E_____ a posé le diagnostic de : 1/ rupture massive de la coiffe des rotateurs avec rétraction de IV° de l'épaule droite ; lésion complète du tendon sous-scapulaire, du tendon sus-épineux et de la partie supérieure du tendon sous-épineux ; 2/ instabilité consécutive et lésion partielle du long chef du biceps ; 3/ lésion de SLAP de II associée ; 4/ synovites juxta-lésionnelles ; 5/ bursite sous-acromiale post-traumatique ; 6/ impingement sous-acromial ; 7/ arthrose acromio-claviculaire.
8. Selon un certificat médical établi par la doctoresse F_____, de la permanence d'Onex, le 18 octobre 2018, l'assuré avait souffert d'une contusion de l'épaule droite à la suite d'une chute de son tracteur. Le premier traitement avait été donné le 3 mai 2018, sans fracture.
9. Dans un questionnaire de l'assurance rempli par l'assuré le 17 octobre 2018, ce dernier précisait qu'en descendant du tracteur, il avait trébuché et était tombé par terre en avant et pour protéger sa tête, il avait mis son bras droit en avant et du coup tout son poids s'était appuyé dessus. Dès qu'il avait essayé de se relever après la chute, il ne pouvait plus bouger son bras. La douleur avait augmenté de suite et il avait gardé son bras immobile car il avait trop mal. Son épouse s'était chargée de le déposer chez le médecin car il ne pouvait pas conduire. Il avait consulté aux urgences de la permanence d'Onex.

10. Le 9 novembre 2018, le Dr E_____ a indiqué une prise en charge de l'assuré le 30 juillet 2018 après une chute d'un tracteur et joint le rapport opératoire. L'incapacité de travail était totale du 9 septembre 2018 au 15 novembre 2018.
11. Le 9 janvier 2019, le docteur G_____ a adressé un avis médical à l'intimée. L'assuré avait été opéré par le Dr E_____ le 5 septembre 2018. Il avait été effectué une arthroscopie de l'épaule droite montrant une tendinopathie perforante avec un important défaut de tous les tendons de la coiffe des rotateurs, tendinopathie du long biceps et lésion effilochée du labrum. Les divers tendons de la coiffe des rotateurs avaient été laborieusement libérés puis réinsérés sur des ancrs, avec ténotomie du long biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale. Il excluait un lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite de l'assuré et l'accident du 3 mai 2018 pour les raisons suivantes : à 50 ans, les lésions dégénératives acromio-claviculaires de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes alors que celles purement traumatiques étaient rares ; une chute sur le bras droit en avant était inappropriée pour solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture ; l'imagerie médicale n'avait montré que des troubles manifestement dégénératifs ; le rapport opératoire faisait état de lésions étendues et perforantes de la coiffe des rotateurs touchant plusieurs tendons, dont certains étaient antagonistes et, par conséquent, pas susceptibles d'être lésés simultanément dans une action vulnérante simple ; l'intervention chirurgicale avait laissé apparaître un conflit sous-acromial chronique et une arthrose acromio-claviculaire, ce qui constituaient des lésions dégénératives anciennes. Le Dr G_____ concluait que l'assuré présentait manifestement déjà un état dégénératif avancé et précaire de son épaule droite dont la symptomatologie aurait pu débuter n'importe quand, soit dans la dynamique de la lésion dégénérative elle-même, soit en réponse à un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie tel qu'un effort brusque ou une contusion bénigne.
12. Par décision du 15 janvier 2019, l'intimée a indiqué mettre un terme au versement des prestations à compter du 4 août 2018 et renoncer à demander le remboursement des frais payés jusqu'au 3 septembre 2018. L'assureur-accident n'était pas tenu de verser des prestations lorsqu'un état antérieur sans rapport avec l'accident était aggravé ou révélé par l'accident et lorsque l'accident ne pouvait plus être considéré comme la cause naturelle de l'atteinte à la santé, laquelle était désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident.
13. Par courrier du 13 février 2019, Assura, l'assurance-maladie de l'assuré, a formé opposition contre la décision du 15 janvier 2019. Son médecin-conseil, le docteur H_____, constatait, à la lecture de l'IRM du 19 juillet 2018 et du compte-rendu opératoire, qu'il n'y avait pas d'amyotrophie mais une lésion SLAP II d'origine traumatique et que l'accident avait pour le moins décompensé de façon déterminante la lésion dégénérative préexistante. Un statu quo sine ne pouvait être fixé en l'état.

14. Par courrier du 14 février 2019, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de la CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP), a également formé opposition contre la décision du 15 janvier 2019. Il demandait l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son opposition car son dossier ne lui avait été transmis que le 12 février 2019. Ses symptômes avaient été clairement déclenchés par son accident du 3 mai 2018. Sans sa chute, il n'aurait pas eu à subir toutes les lésions dont il souffrait, il ne serait pas plaint de douleurs et n'aurait surtout pas eu à subir une intervention chirurgicale. L'instruction de son dossier n'avait pas été faite correctement car le médecin-conseil n'avait nullement tenu compte des avis médicaux de ses médecins-traitants. Il requérait l'avis d'un expert neutre.
15. Par courrier du 20 février 2019, l'intimée a accordé à l'assuré un délai au 21 mars 2019.
16. Par courrier du 21 mars 2019, l'assuré a rappelé qu'il contestait entièrement le rapport du Dr G_____. Avant son accident, il n'avait jamais souffert de troubles similaires. Il avait sollicité un rapport médical du Dr E_____ et demandait un délai supplémentaire afin de pouvoir le transmettre à l'intimée.
17. Le même jour, le Dr E_____ a adressé un courrier à la CAP dans lequel il a affirmé que le patient était tout à fait asymptomatique de son épaule droite avant sa chute. Après celle-ci, il avait ressenti une douleur subite extrêmement violente et le bilan arthro-IRM du 18 juillet 2018 confirmait une rupture transfixiante du tendon sus-épineux sans amyotrophie. Il était droitier et travaillait comme concierge, ce qui comprenait des tâches avec des efforts physiques. Les douleurs avaient commencé depuis l'accident. Le traumatisme avait été important. À la première consultation du 30 juillet 2018, l'assuré avait d'importantes douleurs à l'épaule droite et ne pouvait lever le bras avec une mobilité fortement diminuée à la flexion. Le mouvement en abduction forcée et en voulant se retenir avec son bras droit forçant en rotation interne, était un mécanisme tout à fait typique pour une rupture des tendons sus-épineux et sous-scapulaire. On pouvait bien comprendre que lorsqu'il y avait une chute de la hauteur d'un petit tracteur, et qu'on essayait de se retenir, le mouvement en rotation externe subite et violente et la tentative d'y résister en rotation interne forcée pouvait, bien sûr, aussi déchirer le tendon sous-scapulaire (rotateur interne). Sur les sept diagnostics qu'il avait posés dans son rapport opératoire, seuls les points 6 et 7 mentionnaient des troubles dégénératifs, de surcroît tout à fait physiologiques pour la classe d'âge de l'assuré. Le rapport du Dr G_____ déformait son diagnostic de « lésion complète du tendon sous-scapulaire et sus-épineux et de la partie supérieure du tendon sous-épineux suite à l'accident du 03.05.2018 » à « montrant une tendinopathie performante (...) de tous les tendons de la coiffe des rotateurs ».
18. Le 25 mars 2019, l'intimée a accordé à l'assuré un nouveau délai au 25 avril 2019.

19. Le 11 avril 2019, la CAP a transmis à l'intimée le courrier envoyé par le Dr E_____ le 21 mars 2019.
20. Dans un rapport du 23 juillet 2019, le docteur I_____ a relevé que le médecin-traitant évoquait une chute du tracteur. Il n'était pas fait mention d'impotence fonctionnelle immédiate ou de pseudo-paralysie, comme on pouvait le constater habituellement après une rupture aigüe de la coiffe des rotateurs, qui, a fortiori, atteindrait plusieurs tendons. Seul le Dr E_____ avait indiqué en mars 2019, soit 10 mois après l'accident, des précisions sur le plan biomécanique, mais on ne disposait pas des déclarations personnelles de l'assuré. L'association pendant une fraction de seconde d'un mouvement de rotation externe subite puis d'une rotation interne volontaire aussi subite, mentionnée par le Dr E_____, était certes séduisante sur un plan théorique mais n'apparaissait pas réellement possible lors d'une chute de sa hauteur où la principale préoccupation était d'amortir le choc. Il apparaissait donc que l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance était probante, relevant que dans le cas de cet assuré, des lésions touchant des tendons dont certains étaient antagonistes, ne pouvaient être lésés simultanément par une action de chute simple. Il était par ailleurs connu qu'après une lésion d'un tendon, les autres tendons pouvaient se rompre secondairement par hyper sollicitation. Il retenait que les constatations s'étaient aggravées entre le rapport opératoire du Dr E_____ et l'IRM initiale puisque l'arthroscopie avait mis en évidence des lésions inattendues au niveau du sous-scapulaire et du sous-épineux ainsi que du tendon du long chef du biceps et du bourrelet, alors que ceux-ci étaient intacts sur l'arthro-IRM. Il apparaissait donc probable que ces lésions tendineuses étaient préexistantes au moment de l'événement. Celui-ci avait simplement contribué à les mettre en évidence en déstabilisant l'état antérieur sans créer de nouvelle lésion anatomique structurelle. Dans ces conditions, on pouvait conclure en la survenue d'une contusion bénigne de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans nouvelle lésion structurelle mise en évidence. Trois mois plus tard on pouvait conclure que cet événement avait cessé ses effets délétères, selon les données de la littérature. Le statu quo sine avait ainsi été retrouvé le 3 juillet 2018.
21. Par décision sur opposition du 21 août 2019, l'intimée a rejeté l'opposition de l'assuré. Il n'y avait pas de relation de causalité entre l'action vulnérante et une sollicitation du tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture. L'imagerie médicale n'avait montré que des troubles manifestement dégénératifs et le rapport médical faisait également état de lésions étendues perforantes de la coiffe des rotateurs, touchant plusieurs tendons, dont certains étaient antagonistes. Cette association se trouvait fréquemment dans les troubles dégénératifs avancés de la coiffe des rotateurs prouvant qu'il s'agissait de l'aboutissement d'un processus évolutif sur de nombreuses années qui conduisait à ce que l'on appelait une « tête chauve ». L'intervention chirurgicale avait dû être complétée par une acromioplastie et une résection de la clavicule distale en raison d'un conflit sous-acromial chronique et d'une arthrose acromio-claviculaire. Il s'agissait là également

de lésions dégénératives anciennes. De plus, il fallait tenir compte du fait qu'un médecin-traitant était généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. Le Dr E_____ avait affirmé que cinq des sept lésions constatées étaient d'origine traumatique. Or les tendons déchirés étaient antagonistes et, par conséquent, pas susceptibles d'être lésés simultanément.

22. Par acte du 23 septembre 2019, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de l'intimée du 21 août 2019. Il a conclu préalablement à la comparution personnelle des parties, à l'audition du Dr E_____, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire afin d'établir l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'événement du 3 mai 2018 et ses troubles à l'épaule droite ; principalement à l'annulation de la décision du 21 août 2019, à l'admission du lien de causalité entre l'accident du 3 mai 2018 et ses troubles à l'épaule droite, à la condamnation de l'intimée à verser toutes les prestations dues au titre d'accident, à la prise en charge par l'intimée de tous les frais médicaux liés aux traitements et soins, à la condamnation de l'intimée en tous les frais de la cause dont une indemnité équitable à titre de dépens.

L'instruction avait été lacunaire. Dans l'avis médical du Dr I_____, il y avait des erreurs dans les dates et dans l'orthographe de son nom. Les médecins-conseils de l'assurance n'avaient pas pris en compte l'avis de ses médecins-traitants.

23. Dans sa réponse du 21 novembre 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours. Elle avait procédé aux mesures d'instruction nécessaires en requérant l'avis de tous les médecins ayant eu à se pencher sur le cas du recourant et avait soumis à deux reprises l'intégralité du dossier à son service médical. Les coquilles rapportées par le recourant ne permettaient pas de remettre en cause le résultat de l'instruction médicale. Les rapports des médecins-conseils de l'assurance avaient analysé les conclusions du Dr E_____ dans leur appréciation. Le recourant effectuait un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » en déclarant qu'il n'avait jamais souffert de douleurs à son épaule. L'intimée avait disposé de tous les faits déterminants pour lui permettre de trancher le cas litigieux. On pouvait sans autre renoncer à la mise sur pied d'une expertise médicale, ce d'autant que les doutes émis par le recourant n'étaient pas de nature à jeter le trouble sur le bien-fondé des conclusions des médecins. Le dossier était complet et la chambre de céans pouvait statuer en pleine connaissance de cause.
24. Par réplique du 30 décembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.
25. Par courrier du 20 mai 2020, à la demande de la chambre de céans, Assura a transmis un avis médical de son médecin-conseil, le Dr H_____, daté du 12 février 2019. Selon celui-ci, l'IRM montrait qu'il n'y avait pas d'amyotrophie et dans le compte-rendu opératoire, il y avait en particulier une lésion de SLAP II, soit une lésion traumatique. L'accident du 3 mai 2018 avait pour le moins décompensé de façon déterminante des lésions dégénératives préexistantes.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le lien de causalité entre les atteintes de l'épaule droite et l'accident du 3 mai 2018, plus particulièrement sur la prise en charge par l'intimée des frais de traitement y relatifs et des indemnités journalières au-delà du 3 août 2018, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations, étant constaté qu'elle a renoncé à réclamer au recourant les prestations versées jusqu'au 3 septembre 2018.
4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

b. Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

c. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, 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, 402 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008).

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. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).

e. Le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

f. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

b. Dans un arrêt du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51) le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion

corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA - notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles. Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la violation est due de manière prépondérante à une usure ou maladie (consid. 9.1).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

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. A 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).

7. 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).
8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la chute du recourant d'un tracteur le 3 mai 2018 est un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Dans cette hypothèse, il faut analyser si l'assureur-accident doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, les rapports de ses médecins-conseils ne peuvent se voir reconnaître valeur probante s'agissant de l'existence du statu quo sine au 3 août 2018.

Tout d'abord, des éléments concrets permettent de douter du bien-fondé du rapport établi par le Dr I_____ le 23 juillet 2019. En effet, celui-ci a retenu qu'à la suite de sa chute, le recourant n'avait pas présenté d'impotence fonctionnelle ou de pseudo-paralysie comme on le constatait habituellement en cas de rupture aigüe de la coiffe des rotateurs. On ne disposait pas des déclarations personnelles du recourant à ce sujet. Or, dans le questionnaire du 17 octobre 2018, le recourant a rapporté qu'il ne pouvait plus bouger son bras droit après sa chute, ce qui constitue manifestement la description d'une pseudo-paralysie et d'une impotence fonctionnelle. Au surplus, les déclarations du recourant sont bien antérieures au rapport du Dr I_____, de sorte qu'il n'y a pas de risque qu'elles aient été orientées par celui-ci. Elles peuvent donc être retenues comme probantes, au regard de la fiabilité reconnue aux déclarations de première heure (ATF 121 V 45). Il apparaît dès lors que les conclusions du Dr I_____ ne sont pas fondées sur l'entière du dossier du recourant et doivent, par conséquent, être écartées.

Il en est de même du rapport du Dr G_____ du 9 janvier 2019 ; selon celui-ci, une chute sur le bras droit en avant était inappropriée pour solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture, même d'une partie de ses fibres ; l'assuré présentait déjà un état dégénératif dont la symptomatologie aurait pu débiter soit dans la dynamique de la lésion dégénérative elle-même, soit en réponse à un événement ordinaire ou extraordinaire de la vie tel qu'un effort brusque ou une contusion bénigne. Or, les explications du Dr G_____ concernant le mécanisme accidentel n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Si, comme l'admet le Dr G_____, une chute en avant sur le bras est propre à causer à tous le moins une contusion suivie d'une limitation fonctionnelle de l'épaule, il n'explique pas de façon convaincante pourquoi une telle chute ne serait pas propre à rompre le tendon sous-scapulaire et sus-épineux. Par ailleurs, comme le relève le Dr I_____, il est connu qu'après une lésion d'un tendon, les autres tendons peuvent se rompre secondairement par hyper sollicitation ce qui explique que dans le rapport opératoire du Dr E_____, il est également fait état d'une lésion de la partie supérieure du tendon sous-épineux ainsi que d'une instabilité consécutive avec une lésion partielle du long chef du biceps. Le Dr G_____ fait certes état que l'intervention chirurgicale a dû être complétée par une acromioplastie ainsi que par une résection de la clavicule distale en raison d'un conflit sous-acromial chronique et d'une arthrose acromio-claviculaire ; il s'agissait là de lésions dégénératives. Toutefois, cela ne constitue que deux des sept diagnostics que le Dr E_____ a posé dans son rapport opératoire. Le Dr G_____ n'apporte pas d'explication probante pour la majorité des lésions observées lors de l'opération de l'épaule du 5 septembre 2019. Dès lors, on peut retenir que les cinq autres lésions constatées sont manifestement d'origine traumatique. En effet, les deux diagnostics dégénératifs que met en exergue le Dr G_____ dans son rapport démontrent tout au plus une origine dégénérative partielle des lésions de l'assuré ; cela ne suffit pas à exclure l'existence d'un lien de causalité naturelle car il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé pour qu'on puisse admettre

l'existence d'un lien de causalité. Il suffit que l'accident, associé d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé.

Le Dr E_____ considère, quant à lui, concernant l'action vulnérante, qu'un mouvement en rotation externe subite et violente et la tentative d'y résister en rotation interne forcée, l'assuré ayant voulu retenir sa chute, étaient bien sûr propres à déchirer aussi le tendon sous-scapulaire. L'arthro-IRM du 18 juillet 2018 confirmait une rupture transfixiante du tendon sus-épineux sans amyotrophie et le mouvement effectué par le recourant lors de sa chute était tout à fait typique pour une telle rupture. Dans le même sens, le Dr H_____ a constaté que l'IRM du 19 juillet 2018 avait révélé une lésion de SLAP II, ce qui constituait une lésion traumatique, et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie.

Partant, on doit admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 3 mai 2018 ne s'est pas contenté de déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement mais qu'il a décompensé de manière déterminante une partie des lésions dégénératives préexistantes, et que les lésions observées lors de l'opération du 5 septembre 2018 ne se seraient pas produites en son absence et ont perduré au-delà du 3 août 2018.

Au vu de ce qui précède, il convient de se rallier aux avis des Drs H_____ et E_____, reconnus comme probants, concernant l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 3 mai 2018 et les lésions de l'épaule droite de l'assuré, également postérieurement au 3 août 2018, ceux des Drs G_____ et I_____ devant être écartés.

10. Le recours sera admis et la décision sur opposition de l'intimée du 21 août 2019 sera annulée. L'intimée sera condamnée, en tant que de besoin, à prendre en charge, au-delà du 3 août 2018, les suites de l'accident du 3 mai 2018.
11. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Ceux-ci doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2).

En l'occurrence, les dépens seront fixés à CHF 1'500.-.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 21 août 2019.
4. Condamne, en tant que de besoin, l'intimée à prendre en charge, au-delà du 3 août 2018, les suites de l'accident du 3 mai 2018.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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