



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4124/2019

ATAS/780/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 septembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MARCELLAZ, France, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Romain JORDAN

recourant

contre

BALOISE ASSURANCE SA, représentée par son service
juridique, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, travaille depuis le 1^{er} octobre 1993, comme infirmier auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). À ce titre, il est assuré contre les accidents - professionnels ou non - auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'assurance-accidents).
2. Par déclaration d'accident-bagatelle du 23 juillet 2018, les HUG ont expliqué à la Bâloise que le 15 mars 2018, lors d'une séance de sport à son domicile, l'assuré avait ressenti de fortes douleurs alors qu'il se trouvait en appui sur son épaule droite.
3. Le 31 juillet 2018, l'assuré a précisé qu'il était en train d'effectuer une traction en appui sur les bras. En fin de mouvement, il avait ressenti une vive douleur accompagnée d'une sensation de craquement.
4. Dans son rapport intermédiaire du 23 octobre 2018, la doctoresse B_____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de douleur de l'épaule avec craquement ainsi que luxation du tendon du long biceps. L'épaule restait douloureuse.
5. L'arthrographie de l'épaule droite du 2 novembre 2018 a montré une bonne congruence articulaire gléno-humérale et l'absence de diminution de l'espace sous-acromial et de calcification pathologique. Les différents recessus avaient fait l'objet d'un remplissage harmonieux sans fuite de contraste objectivable.

L'IRM du même jour a montré, sur le plan osseux, un œdème marqué de part et d'autre de l'articulation acromio-claviculaire s'accompagnant d'un épanchement, un remodelage microkystique sous-chondral de la portion discale de la clavicule et un réseau microkystique d'allure banale au niveau de la portion postéro-supérieure de la tête humérale communiquant partiellement avec l'articulation. Sur le plan tendineux et ligamentaire, l'IRM précitée a montré l'intégrité non seulement des tendons du sus- et du sous-épineux, sans image de déchirure transfixiante ou partielle de la face profonde du tendon, mais également du tendon du sous-scapulaire et du chef long du biceps qui était bien en place dans sa gouttière et continu. Sur le plan musculaire, la trophicité était conservée. Un discret épanchement au niveau de la bourse sous-acromiale était toutefois signalé.

En conclusion, les données arthrographiques et l'IRM de l'épaule droite illustraient une pathologie de l'articulation acromio-claviculaire. Aucun argument en faveur d'une lésion associée de la coiffe n'était constaté. Enfin, une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne était constatée.

6. L'arthrographie avec infiltration acromio-claviculaire droite effectuée le 25 février 2019 a montré une discrète arthrose acromio-claviculaire et une petite fuite de contraste par le site de ponction intra-articulaire.

7. Dans une brève note du 3 mai 2019, le professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a expliqué que l'assuré avait été victime d'une douleur à l'épaule droite suite à un exercice de « pompe ». L'arthrographie et IRM du 2 novembre 2018 avait mis en évidence une pathologie acromio-claviculaire sous la forme d'un œdème marqué. Le 25 février 2019, l'assuré avait bénéficié d'une infiltration.
8. Le 10 juin 2019, le professeur précité a encore précisé que l'infiltration avait entraîné des effets temporaires.
9. La Bâloise a soumis le dossier à son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a considéré, dans une note du 17 juin 2019, que l'assuré souffrait d'un œdème acromio-claviculaire droit avec rapports articulaires conservés sans diastasis et qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
10. Par décision du 20 juin 2019, la Bâloise a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 15 mars 2018, au motif qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident.
11. Le 29 juillet 2019, sous la plume de son conseil, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, considérant qu'il n'était « pas en présence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, la référence à l'art. 6 al. 2 LAA étant à ce stade réservée ». À l'appui de sa position, l'assuré a expliqué que la classification des affections acromio-claviculaires constituait un sujet de discordance permanent dans la doctrine médicale et qu'au vu des éléments, l'événement du 15 mars 2018 devait être qualifié d'accident. Un examen juridique permettait d'arriver au même résultat. Après avoir décrit les critères devant être réalisés pour qu'un événement puisse être qualifié d'accident, l'assuré a considéré que les brèves notes du Prof. C_____ étaient « insuffisantes pour retenir que les conditions de l'art. 4 LPGa, voire celles de l'art. 6 al. 2 LAA, ne seraient pas réalisées ». Dans ce contexte, l'assuré a rappelé qu'il n'avait jamais souffert de son épaule par le passé, l'atteinte ayant au contraire été soudaine, involontaire et consécutive à un facteur extérieur, vu les lésions constatées.
12. Par décision du 2 octobre 2019, l'assurance-accidents a écarté l'opposition précitée et confirmé sa décision du 20 juin 2019, au motif que l'événement du 15 mars 2018 ne pouvait pas être considéré comme un accident, dès lors que rien d'extraordinaire n'était survenu. L'assuré avait ressenti un craquement et une forte douleur à l'épaule droite lors d'une séance de sport à la maison. La notion d'accident était juridique et non médicale. Par ailleurs, les atteintes montrées par l'IRM du 2 novembre 2018, à savoir l'œdème acromio-claviculaire droit et la bursite, ne faisaient pas partie de la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA. Par conséquent, c'était à juste titre que la prise en charge avait été refusée.

13. Le 4 novembre 2019, toujours sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision du 2 octobre 2019 et a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à une comparution personnelle et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'assurance (ci-après : l'intimée) pour nouvelle décision dans le sens des considérants. À l'appui de ses conclusions, il a notamment considéré que les conditions de l'accident étaient réalisées, dès lors que l'atteinte, qui était soudaine, involontaire, faisait suite à une cause extérieure extraordinaire. Par ailleurs, se référant au compte-rendu d'une radiographie et échographie de l'épaule droite réalisée le 4 mai 2018, évoquant notamment une entorse acromio-claviculaire, le recourant a considéré qu'il s'agissait d'une lésion des ligaments au sens de l'art. 6 al. 2 let. g LAA.

En annexe figurait notamment le compte-rendu de la radiographie précitée, mettant en évidence un minime remaniement acromio-claviculaire et une bonne hauteur de la coiffe. Il n'y avait pas de lésion osseuse mais deux petites calcifications en regard du trochin étaient relevées. À l'échographie, les deux calcifications d'insertion du sous-scapulaire antérieur en faveur d'une tendinopathie étaient toujours constatées tout comme un épanchement arthro-synovial acromio-claviculaire parlant en faveur d'une entorse par rapport au côté opposé.

14. La Bâloise (ci-après : l'intimée) a répondu en date du 3 décembre 2019 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, considérant, tout d'abord, que l'atteinte dont avait souffert le recourant - un œdème acromio-claviculaire avec rapports articulaires conservés sans diastasis - ne constituait pas une lésion assimilée à un accident. Par ailleurs, l'activité sportive déployée par le recourant était habituelle et le caractère extraordinaire de l'événement devait être nié. En particulier, il n'y avait eu ni choc, ni chute, ni glissement. Par ailleurs, aucun mouvement non programmé n'avait été exécuté. La simple traction sur une barre, sans aucun élément extérieur, sans mouvement non programmé, n'excédait aucunement le cas des événements et des situations pouvant être qualifiés de quotidiens ou d'habituels. Par ailleurs, l'événement du 15 mars 2018 n'avait, dans un premier temps, nécessité aucun traitement médical ni aucune incapacité de travail. De plus, la déclaration d'accident-bagatelle était intervenue quatre mois après l'événement en question. Or, le Tribunal fédéral a retenu le caractère accidentel d'un événement lorsque l'assuré avait immédiatement souffert des troubles documentés médicalement et d'une incapacité de travail, ce qui n'était pas le cas. Le caractère extraordinaire du facteur faisait ainsi défaut, de sorte que l'événement du 15 mars 2018 ne pouvait être qualifié d'accident.
15. Le 17 janvier 2020, le recourant a produit sa réplique et a relevé que selon la doctrine médicale, l'articulation acromio-claviculaire était entourée de plusieurs ligaments, lesquels pouvaient être déchirés en cas d'entorse de cette articulation. Or, selon le rapport du 4 mai 2018, il avait précisément souffert d'une entorse de l'articulation précitée (cf. *supra* ch. 13). Il s'agissait ainsi d'une lésion du ligament,

ce qui correspondait à une lésion corporelle assimilée. Par ailleurs, l'atteinte dont il avait souffert était la conséquence d'un mouvement brusque du corps survenu lors de sa séance de sport à domicile. En tout état, la lésion en question s'était produite suite à un faux mouvement.

16. Dans sa duplique du 12 février 2020, l'intimée a encore relevé que le rapport du 4 mai 2018 n'évoquait pas de lésion des ligaments et qu'il concluait, au contraire, à l'absence de toute déchirure, ce qui était confirmé par l'arthro-IRM du 2 novembre 2018, ainsi que par l'arthrographie avec infiltration acromio-articulaire pratiquée le 25 février 2019. Par ailleurs, dans sa réplique, le recourant a considéré que l'atteinte dont il avait été victime était consécutive à un mouvement brusque survenu lors de sa séance de sport à son domicile. Cette allégation était toutefois en contradiction avec les déclarations du recourant pour qui l'apparition des douleurs avait été causée par un exercice de pompe sur une barre, alors qu'il était en train de finir son mouvement avec les bras tendus. Les propres déclarations du recourant ne permettaient ainsi pas de considérer qu'il y avait eu un mouvement brusque. En tout état, il convenait d'écarter les nouvelles déclarations du recourant et s'en tenir à ses premières déclarations, selon lesquelles l'atteinte serait survenue à la fin de son mouvement, alors qu'il tenait ses mains sur une barre de traction et qu'il hissait ses épaules au niveau de celle-ci.
17. Le 28 février 2020, le recourant a produit ses dernières observations et a maintenu que l'atteinte était survenue suite à un mouvement brusque, un réflexe. Il était en outre d'avis que le radiologue ne pouvait conclure à une entorse sans qu'un ligament ne soit touché. Il s'agissait donc bien d'une lésion corporelle assimilée. Concernant la notion d'accident, le recourant a considéré que la décision sur opposition ne portait que sur le critère du caractère extérieur de la cause extérieure et non pas sur l'existence d'une cause extérieure en tant que telle, raison pour laquelle il ne comprenait pas pourquoi l'intimée considérait désormais que les deux critères faisaient défaut.
18. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les suites de l'évènement du 15 mars 2018, singulièrement si l'évènement précité peut être qualifié d'accident, alternativement si les atteintes du recourant peuvent être considérées comme des lésions corporelles assimilées à un accident.
6. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

b. L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'exécuter ou tenter d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement

non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 ; RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2). À titre d'exemples, le critère du facteur extraordinaire a été admis dans le cas suivants : charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 précité consid. 3), réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, in RAMA 1992 n° U 156 p. 258), skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 114/97 du 18 mars 1999, in RAMA 1999 n° U 345 p. 420), cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (les deux jambes avant du cheval ont « lâché » ; arrêt du Tribunal fédéral U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3), footballeur amateur ayant subi une torsion du genou à la suite d'une obstruction de son adversaire (arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 1992 in RAMA 1993 n° U 165 p.58), assurée s'étant fait une entorse à la cheville après une chute d'environ 2,5 mètres alors qu'elle faisait de l'escalade en salle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2017 du 22 mars 2018).

En revanche, le critère du facteur extraordinaire a été nié dans les cas suivants : lors d'un duel entre deux joueurs lors d'un match de basket-ball, lors duquel l'un est « touché » au bras tendu devant le panier par l'autre et se blesse à l'épaule en réagissant à cette action du joueur adverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 5, in SVR 2014 UV n° 21 p. 67), une personne ayant trébuché sur une pierre, sans chuter, pendant une séance de « nordic walking » en extérieur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2), joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir (« slapshot ») en frappant avec sa crosse la glace à la place du puck (arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), un footballeur qui, lors d'un tir, a été victime d'une elongation d'un muscle à la cuisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 611/06 du 12 mars 2007 consid. 4), une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de 7m à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2), un assuré qui s'est blessé à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique (arrêt du Tribunal fédéral U 98/01 du 28 juin 2002) ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/00 du

21 octobre 2001 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2), une cavalière qui a subi une lésion de la colonne cervicale parce que son cheval a brusquement changé d'allure (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3).

Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

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

b. Depuis le 1^{er} janvier 2017, le nouveau droit ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur. L'assurance-accidents est en effet tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS / Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, in RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.2.2).

c. Dans l'arrêt de principe 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre.

Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés :

- Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ;
- Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50% (consid. 8.2.2.1 et 8.6), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie; consid. 9.1 pour le surplus). Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50% de l'usure ou d'une maladie (voir Jenny CASTELLA, op. cit., p. 35).

d. Contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2016, en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assuré ne peut plus se contenter de « s'engouffrer » vers ce rattachement, en pensant qu'il s'agit d'une voie de facilité (cf. Pierre GABUS et Lucile BONAZ, op. cit, p. 383). Même en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de la disposition précitée, il convient d'examiner si l'atteinte peut être rattachée à la notion ordinaire d'accident. Dans l'affirmative, l'assuré bénéficie de l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. En d'autres termes, l'assureur ne peut se libérer de son obligation de prester que s'il démontre que l'atteinte à la santé est exclusivement due à la maladie. En fin de compte, ce n'est que dans les cas où les lésions ne sont pas consécutives à un accident que l'art. 6 al. 2 LAA est d'un intérêt pour l'assuré (ibidem).

e. Les déchirures de tendons (let. f) ne comprennent pas les élongations du tendon aussi longtemps qu'une rupture partielle du tendon n'est pas établie (ATF 114 V 298 consid. 5). Quant aux lésions des ligaments, elles visent non seulement les ruptures, mais également les étirements et les élongations des ligaments (RAMA 1990 n° U 112 p. 373).

8. a. 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).

b. 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).

c. 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).

c/aa. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base

d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c/cc. 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).

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

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

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

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4).

10. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés

d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. 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).

11. En l'espèce, le recourant prétend avoir été victime d'un accident, alternativement avoir souffert d'une entorse, laquelle peut être considérée comme une lésion assimilée à un accident et plus particulièrement comme une élongation des ligaments au sens de l'art. 6 al. 2 let. g LAA.

a. Il convient donc de déterminer, dans un premier temps, si les éléments constitutifs d'un accident, et notamment l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire, sont réalisés dans le cas d'espèce.

Il ressort des pièces du dossier que l'événement du 15 mars 2018 a été décrit de la manière suivante :

- « lors d'une séance de sport à domicile sur une traction en appui sur les bras, en fin de mouvement : apparition d'une vive douleur accompagnée d'une sensation de craquement » (réponses du recourant au questionnaire de l'intimée du 31 juillet 2018, pièce 2, rec. et 3, intimée) ;
- « lors d'une séance de sport à la maison, en appui sur l'épaule droite, a entendu un craquement » (déclaration d'accident-bagatelle, pièce 4, rec. et 1, intimée) ;

- « patient victime d'une douleur à l'épaule D suite à un exercice de 'pompe' » (notes du Prof C _____ du 3 mai 2019 ; pièce 9, intimée) ;
- « Patient vu pour douleur épaule D. Suite à un exercice de pompe, il ressent un craquement douloureux » (notes du Prof. C _____ du 10 juin 2019 ; pièce 10, intimée) ;
- « alors qu'il tenait ses mains sur une barre de traction et hissait ses épaules au niveau de celle-ci, [il] a senti un craquement et une sérieuse douleur en fin de mouvement » (mémoire de recours du 4 novembre 2019, En fait, ch. 2) ;
- « comme évoqué à de nombreuses reprises, l'atteinte dont a été victime le recourant est précisément la conséquence d'un mouvement brusque du corps survenu lors de sa séance de sport à domicile » (réplique du 17 janvier 2020, En droit, ch. 16) ;
- « le traumatisme du recourant est la cause d'un faux mouvement, un mouvement non programmé qui a provoqué une vive douleur soudaine » (réplique du 17 janvier 2020, en droit, ch. 29) ;
- « comme rappelé à de nombreuses reprises déjà, c'est suite à un mouvement brusque, un mouvement par réflexe, que le recourant a éprouvé une vive douleur au niveau de son épaule droite » (courrier du 28 février 2010, IV, ch. 2 , p. 2).

Force est toutefois de constater que rien dans les descriptions ne permet de considérer que le recourant a été influencé, dans le déroulement naturel du mouvement de « pompe », par un empêchement non programmé, tel que le fait de glisser sur la barre de traction ou de se heurter à un objet. En d'autres termes, l'atteinte du recourant n'est consécutive à aucun facteur extérieur, qui plus est extraordinaire. Elle semble en réalité due à l'effort fourni, lequel ne constitue pas un tel facteur au sens de la LAA et de la jurisprudence fédérale y relative.

Partant, l'événement du 15 mars 2018 ne saurait être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA.

b. Reste à examiner si les atteintes dont souffre le recourant peuvent être qualifiées de lésions corporelles assimilées à un accident.

Force est de constater, dans ce contexte, que l'échographie du 4 mai 2018 a montré deux calcifications d'insertion du sous-scapulaire antérieur en faveur d'une tendinopathie, ainsi qu'un épanchement arthro-synovial acromio-claviculaire en faveur d'une entorse par rapport au côté opposé (pièce 3, rec.). Le 23 octobre 2018, la Dresse B _____ a évoqué une douleur de l'épaule avec craquement et luxation du tendon du long biceps (pièce 5, rec.). L'arthrographie et IRM du 2 novembre 2018 a montré un œdème, l'intégrité des tendons du sus- et sous-épineux, sans image de déchirure transfixiante ou partielle de la face profonde du tendon, l'intégrité du tendon du sous-scapulaire et du chef long du biceps, qui était bien en place dans sa gouttière et continu, un discret épanchement au niveau de la bourse

sous-acromiale. En conclusion, le radiologue a considéré que les données arthrographiques et l'IRM de l'épaule droite illustraient une pathologie de l'articulation acromio-claviculaire, sans autre précision (pièce 6, rec.). L'arthrographie avec infiltration acromio-claviculaire droite du 25 février 2019 a uniquement objectivé une discrète arthrose acromio-claviculaire (pièce 6, intimée). Dans ses brèves notes manuscrites des 3 mai et 10 juin 2019, le Prof C_____ a évoqué une pathologie acromio-claviculaire, sous la forme d'un œdème marqué (pièces 9 et 10, intimée).

Au vu des pièces médicales au dossier, la chambre de céans constate que le diagnostic d'entorse n'a jamais été formellement posé par les médecins. La seule référence à une telle atteinte ressort du compte-rendu de l'échographie du 4 mai 2018, lequel mentionne un épanchement arthro-synovial acromio-claviculaire en faveur d'une entorse. Bien plus, les médecins traitants du recourant n'ont jamais posé un tel diagnostic. Au contraire, pour la Dresse B_____, le recourant a souffert d'une luxation du tendon du long biceps tandis que le Dr C_____ a uniquement évoqué un œdème.

Dans de telles circonstances, quoi qu'en dise le recourant, le diagnostic d'entorse ne saurait être retenu, de sorte qu'une lésion des ligaments au sens de l'art. 6 al. 2 let. g LAA ne peut être retenue. Par ailleurs, dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relèvera encore que la luxation du tendon du long biceps évoquée par la Dresse B_____ ne correspond pas à une rupture, même partielle, dudit tendon, de sorte qu'il ne s'agit pas non plus d'une lésion des tendons au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA.

On ne se retrouve ainsi pas en présence d'une atteinte assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

c. En l'absence d'un événement accidentel ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'en prendre en charge les suites de l'événement du 15 mars 2018.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, n'obtenant pas gain de cause, ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

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. 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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