RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/568/2021** **ATAS/645/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 11 juillet 2022

**5ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE | intimée |

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, percevait des indemnités de chômage tout en exerçant une activité de concierge à 20 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée) pour la partie correspondant au chômage et auprès du Groupe Mutuel pour la partie correspondant à l'activité de conciergerie.

**b.** Le 26 janvier 2020, l'assuré a subi un accident, glissant dans sa baignoire. Ce sinistre a été annoncé le 11 février 2020 par la caisse de chômage à la SUVA, qui l'a pris en charge et a notamment versé des indemnités journalières à l'assuré.

**c.** Une radiographie du 27 janvier 2020 de l'épaule gauche de l'assuré n'a révélé ni fracture ni dislocation, et l'absence de remaniement dégénératif significatif.

**d.** Une IRM de l'épaule gauche, réalisée le 31 janvier 2020, a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux avec discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne, sans rupture de la coiffe des rotateurs, un phénomène de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire sans conflit sous-acromial et une discrète dégénérescence kystique intra-spongieuse de la tête humérale.

**e.** Dans un rapport du 26 février 2020, le docteur B_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a mentionné une chute sur l'épaule gauche avec une tendinite du sus-épineux. La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 30 janvier 2020.

Ce médecin a, par la suite, régulièrement prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 31 décembre 2020.

**f.** Une échographie de l'épaule gauche pratiquée le 10 juin 2020 a mis en évidence une zone hypo-échogène au niveau de l'insertion distale du tendon du supra-épineux avec hyperémie, traduisant une tendinopathie. L'insertion de l'infra-épineux était normale. Il existait une bursite sous-acromio-deltoïdienne. La tête humérale présentait une sphéricité conservée, sans calcification à la hauteur du trochiter.

**g.** Dans un certificat du 29 juin 2020, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré présentait une tendinopathie de l'épaule gauche à la suite de l'accident du 27 janvier 2020.

**h.** Le 14 juillet 2020, la SUVA s'est procuré une radiographie du thorax de l'assuré réalisée le 20 janvier 2020, laquelle mettait en évidence une discopathie dégénérative débutante en C6-C7.

**i.** Dans un formulaire du 18 août 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'incapacité de travail n'était plus justifiée par l'accident. Il a ajouté « *aucune*

*atteinte lesionnelle en vraisemblance prépondérante causée par l'evenement celui a cessé ses effet ce jour* » (*sic*).

**j.** Par décision du 20 août 2020, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 août 2020. Elle a exposé que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, l'assuré avait recouvré l'état de santé qui aurait été le sien, sans accident, depuis cette date, et les troubles qui persistaient n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

Une copie de cette décision a été communiquée à l'assureur-maladie de l'assuré le 4 septembre 2020.

**k.** Dans un rapport du 26 août 2020, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré présentait une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Une infiltration avait été proposée, qu'il avait refusée par peur de ce traitement.

**l.** L'assuré ayant requis une copie du rapport du médecin d'arrondissement, la SUVA a invité le Dr C_____ à rédiger une appréciation. Celui-ci a établi un rapport, le 9 septembre 2020, posant le diagnostic de contusion de l'épaule gauche. Il a retenu que l'IRM du 31 janvier 2020 révélait une tendinopathie du sus-épineux avec une discrète bursite sous-acromiale, ce qui pouvait signifier une réaction organique à cette contusion. Toutefois, l'absence de rupture de la coiffe des rotateurs sur une morphologie sans conflit sous-acromial indiquait aussi qu'il n'y avait pas de lésion, en causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'évènement. La tendinopathie décrite à l'échographie du 10 juin 2020 était un terme générique pour désigner une pathologie d'insertion du tendon, rencontrée de façon récurrente chez des travailleurs manuels et à partir de l'âge de 40 ans, sans que celle-ci n'ait pu être créée par un quelconque événement traumatique. Cette pathologie tendineuse « n'entrait pas donc en vraisemblance prépondérante » avec l'évènement, qui était une simple contusion de l'épaule, dont les effets cessaient deux mois après sa survenance.

**m.** Le 11 septembre 2020, l'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA, à qui il a reproché de ne pas lui avoir transmis le rapport de son médecin d'arrondissement fondant sa décision. Il a contesté la rupture du lien de causalité entre ses troubles et l'accident, et il a sollicité la restitution de l'effet suspensif.

**n.** L'assuré a complété son opposition par courrier du 16 octobre 2020, une fois en possession de l'appréciation du Dr C_____. Il s'est étonné que la décision contestée ait été rendue avant la rédaction de ce document, établi pour conforter la position de la SUVA. La décision devait être annulée pour ce motif. De plus, les explications générales et abstraites du Dr C_____ ne suffisaient pas à établir une pathologie préexistante. L'assuré a allégué que l'accident était la cause *sine qua non* de son état de santé. Il a produit une attestation du Dr B_____, qui mettait en doute les conclusions du médecin d'arrondissement.

Dans le certificat joint du 30 septembre 2020, le Dr B_____ a attesté que l'assuré ne présentait pas d'antécédent à l'épaule gauche. Il considérait qu'il y avait une corrélation directe entre l'accident et les douleurs à l'épaule de celui-ci.

**o.** Par décision du 21 janvier 2021, la SUVA a écarté l'opposition. Elle a soutenu que l'appréciation du Dr C_____, qui fondait sa position, devait se voir reconnaître une valeur probante. Le certificat du Dr B_____ du 30 septembre 2020 ne contenait pas d'anamnèse et n'était pas motivé, et n'emportait pas la conviction. C'était ainsi, à juste titre, que la SUVA avait mis un terme aux prestations au 31 août 2020.

**B.** **a.** Le 18 février 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce qu'il soit dit que l'intimée devait poursuivre la prise en charge du cas et du traitement médical et le versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'intimée, pour expertise mise en œuvre de manière consensuelle. Le recourant a exposé qu'il avait consulté le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel considérait que son atteinte était en lien avec l'accident. Il a fait grief à l'intimée d'avoir violé le principe inquisitoire en se fondant sur un avis qui n'analysait pas sa situation concrète. Le Dr C_____ n'avait pas justifié la date à laquelle il fixait la fin des effets de l'accident, établie tour à tour le 18 août 2020 et deux mois après l'accident, et ne tenait pas compte de la bursite révélée par les examens. Le Dr D_____ contredisait les conclusions du Dr C_____. De plus, aucun élément médical ne révélait l'existence d'un quelconque état antérieur.

Dans un courrier du 2 février 2021, produit à l'appui du recours, le Dr D_____ a indiqué que les douleurs restaient importantes, cotées à 9/10. Il persistait une faiblesse au test de Jobe, et une reprise en tant que concierge n'était toujours pas possible. Bien qu'il n'y ait pas eu de déchirure du tendon sus-épineux, le recourant ne présentait des douleurs de son épaule gauche que depuis l'accident du 26 janvier 2020, si bien qu'on pouvait considérer que l'incapacité de travail était encore en lien avec l'accident. Il était difficile de faire un pronostic.

**b.** Dans sa réponse du 16 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a, pour l'essentiel, soutenu que les appréciations du Dr C_____ avaient valeur probante. Le Dr D_____ ne se prononçait pas formellement sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs, et leur apparition après cet événement ne suffisait pas à établir un tel lien.

Dans une appréciation jointe du 11 mars 2021, le Dr C_____ a noté que l'IRM montrait un début de dégénérescence arthrosique de l'épaule gauche, en particulier au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. Il existait une possible pathologie au niveau de C6-C7, qui avait conduit à une radiographie six jours avant l'évènement. La région cervico-scapulaire n'était ainsi pas fondamentalement « au niveau probable » sans réaction potentiellement

douloureuse. Les pathologies cervicales irradiaient fréquemment dans la région scapulaire. La tendinopathie ne pouvait pas avoir été créée par une simple contusion chez un travailleur manuel de plus de 40 ans. Il s'agissait d'une pathologie progressive, et l'articulation acromio-claviculaire montrait des signes dégénératifs. Les troubles actuels avaient ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, plusieurs raisons de ne pas être d'origine traumatique. Le Dr D_____ avait fait état de douleurs cotées à 9/10, et il était étonnant qu'elles ne soient pas traitées par des antalgiques à la hauteur. Le Dr C_____ maintenait ainsi son appréciation.

**c.** Par réplique du 14 avril 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que son incapacité de travail totale se poursuivait. Il a fait valoir que l'obligation de prester de l'assureur cessait lorsque le dommage résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident. Or, le Dr D_____ avait observé des lésions résultant de l'accident de janvier 2020 lors de son intervention.

Il a produit les pièces suivantes :

- un rapport opératoire du Dr D_____ du 22 mars 2021, posant les diagnostics de douleurs invalidantes de l'épaule gauche depuis 14 mois, lésion du tendon sous-scapulaire, instabilité consécutive du long chef du biceps, lésion du labrum antérieur, lésion de SLAP de 1.0 associée, lésion cartilagineuse focale de la glène antéro-inférieure de degré III, synovites étendues, bursite sous-acromiale, *impingement* sous-acromial, et arthrose acromio-claviculaire ;
- un courrier du Dr D_____ du 6 mai (*recte* avril) 2021 indiquant que les lésions constatées durant l'intervention étaient à mettre en lien de causalité avec l'accident du 26 janvier 2020, à l'exception de l'*impingement* et de l'arthrose. Depuis cet événement, l'assuré, droitier, avait d'importantes douleurs à l'épaule gauche et son incapacité de travail était totale.

**d.** Par duplique du 30 avril 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que le rapport du Dr D_____ n'était pas motivé et ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante. Les appréciations du Dr C_____ étaient en revanche convaincantes.

Dans un avis joint du 27 avril 2021, le Dr C_____ a retenu que le Dr D_____ ne produisait aucun document pouvant montrer que son examen avait guidé sa décision chirurgicale. L'IRM du 31 janvier 2020 ne montrait pas de rupture de la coiffe des rotateurs, et l'échographie du 10 juin 2020 ne révélait pas de lésion du sous-scapulaire. Le Dr D_____ mentionnait une lésion du tendon du sous-scapulaire, sans décrire s'il s'agissait d'une fente, ou d'une rupture partielle ou complète. Il décrivait également des lésions du labrum antérieur. Il aurait été utile de disposer de l'examen clinique initial du Dr D_____ motivant le geste opératoire. Les constatations de ce médecin étonnaient le Dr C_____, car elles ne correspondaient pas aux données radiologiques. La visualisation des images d'arthroscopie de l'épaule ne démontrait pas l'existence des atteintes mentionnées.

et encore moins leur lien de causalité avec l'événement. Ainsi, en l'état, le Dr C_____ maintenait ses précédentes conclusions.

**e.** Dans ses observations du 14 mai 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions, en soulignant que l'intimée ne se prononçait pas sur l'interruption du lien de causalité ou sur la date de fin des prestations. Il a produit les diagnostics photos-documentés lors de l'intervention, ajoutant que selon les renseignements pris notamment auprès du Dr D_____, certaines lésions de petite taille n'étaient parfois pas visibles sur l'imagerie, d'autant plus que les examens radiologiques avaient été réalisés sans liquide de contraste.

**f.** La chambre de céans l'ayant invité à produire toute appréciation ou rapport d'examen du Dr D_____ établi entre le 1er février 2020 et le 22 mars 2021, notamment pour justifier l'intervention chirurgicale pratiquée à cette date, le recourant a entre autres transmis les pièces suivantes par écriture du 7 décembre 2021, en persistant dans ses conclusions pour le surplus :

- un certificat du Dr D_____ du 26 octobre 2021, indiquant qu'une arthro-IRM révélait une suspicion de bursite sous-acromiale, qui serait réparée par arthroscopie le 9 mars 2022 ;
- un courrier du Dr D_____ du 23 novembre 2021 exposant que l'assuré l'avait consulté pour la première fois le 27 octobre 2020 en raison de douleurs invalidantes à l'épaule, et rappelant ses constatations cliniques.

**g.** L'intimée s'est déterminée le 22 janvier 2022. Persistant dans ses conclusions, elle s'est référée à l'appréciation jointe du 18 janvier 2022 du Dr C_____.

Dans ce document, ce médecin a relevé que le mécanisme de la chute n'avait pas été investigué. Sur les images de l'arthroscopie, on voyait effectivement un labrum effiloché, plutôt dégénératif, un fragment cartilagineux intra-articulaire libre, et des atteintes arthrosiques de la glène antéro-inférieur. Les constatations les plus probantes du Dr D_____ étaient l'atteinte du labrum et le corps cartilagineux flottant. Pour ce dernier, le lien de causalité était délicat, voire impossible à établir. On ne savait pas s'il s'agissait du détachement d'une atteinte cartilagineuse existante, l'évènement détachant le fragment, ou de l'agrégation au fil du temps d'éléments flottants de chondrocalcinose. Pour l'atteinte du labrum, il était très difficile, en l'absence d'étude du mécanisme de chute, de savoir s'il y avait eu une subluxation avec une lacération du labrum, bien que cette épaule soit déjà dégénérative chez le recourant. Le Dr D_____ n'avait donné aucun argument étayant sa conclusion sur l'origine accidentelle des troubles de l'épaule gauche. Le dossier ne contenait aucune pièce tendant à démontrer que l'accident avait occasionné une atteinte excédant une simple contusion, dont les effets délétères cessaient usuellement deux mois après l'évènement. Le Dr C_____ confirmait ainsi ses précédentes conclusions.

**h.** Par écriture du 10 février 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a produit une détermination du Dr D_____, en soulignant que ce dernier

s'exprimait sur la base de ses constatations visuelles objectives, parfaitement probantes.

Dans le courrier joint du 27 janvier 2022, le Dr D_____ a soutenu que c'était à tort que le Dr C_____ retenait un début de dégénérescence arthrosique de l'épaule, comme le révélaient le rapport opératoire et la photo-documentation. Il n'y avait pas de signe d'arthrose dans l'épaule. Le cartilage était en bon état et la lésion de la glène en zone antéro-inférieure n'était pas un signe d'usure ou d'arthrose, mais s'alignait dans le diagnostic de lésion labrale antérieure et du tendon sous-scapulaire, documentant ainsi un mécanisme de subluxation antérieure de l'épaule. La cotation élevée des douleurs malgré plusieurs antalgiques émanait du recourant lui-même. Au sujet de la mécanique de l'accident, le recourant avait subi un choc direct à la suite d'une chute de sa hauteur dans une baignoire, ce qui pouvait occasionner une subluxation antérieure de la tête humérale. Les lésions du labrum antérieur et du tendon sous-scapulaire, ainsi que la lésion focale de la glène antéro-inférieure constatées, étaient cohérentes avec cette étiologie traumatique. L'aspect du fragment cartilagineux parlait clairement contre l'agrégation au fil du temps d'éléments flottants de chondrocalcinose, mais était compatible avec une lésion focale consécutive à la subluxation lors de la chute.

**i.** Le 1er mars 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions, à l'appui desquelles elle a produit une appréciation du 23 février 2022 de son médecin d'arrondissement, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Ce médecin y a relevé que sur les dix diagnostics mentionnés dans le protocole opératoire, certains pouvaient être la conséquence de lésions de surcharge et d'autres, comme les lésions du sous-scapulaire et les lésions labrales antéro-inférieures, étaient plus susceptibles d'être d'origine traumatique. L'IRM réalisée cinq jours après l'accident ne décrivait ni atteinte labrale ni déchirure du sous-scapulaire, et pas d'élément en faveur d'un saignement, d'un épanchement ou de signes de contusion osseuse pouvant correspondre à des signes de passage révélant la subluxation-réduction de la tête humérale. On trouvait effectivement des anomalies sur la face postérieure de la tête humérale, essentiellement sous forme de kystes révélant un processus ancien. S'il s'était agi d'un élément récent, l'image aurait plutôt montré une empreinte osseuse associée à un œdème osseux, en général bien visible à l'IRM. Les lésions étant d'allure kystique, elles ne pouvaient être le résultat d'un processus survenu cinq jours auparavant. Les lésions cartilagineuses ou avec fragment libre étaient décrites comme extrêmement rares dans la littérature, et touchaient surtout de jeunes sportifs exerçant un sport de lancer. A l'IRM, l'origine traumatique des lésions ne pouvait être admise au degré de la vraisemblance prépondérante. Une arthro-IRM aurait probablement apporté plus de renseignements. En revanche, il était difficile de contester l'origine traumatique des lésions sur la base du descriptif opératoire. Il

n'y avait cependant aucune description d'une laxité antéro-postérieure de l'épaule, conséquence directe des lésions décrites. Il y avait donc une contradiction entre l'imagerie et les constatations opératoires. Il était possible d'obtenir des captures d'images de haute définition permettant d'objectiver avec précision l'ensemble des structures lors d'arthroscopies. Le Dr E_____ a commenté plusieurs images tirées d'arthroscopies, dont celles prises lors de l'intervention pratiquée par le Dr D_____. La réinsertion de la lésion du sous-scapulaire et du labrum, pratiquée par le Dr D_____, était une approche tout à fait cohérente et logique. Cependant, aucune de ces lésions n'était objectivable à l'IRM et seuls des éléments dégénératifs étaient signalés par le radiologue. Le recourant présentait d'autres lésions comme une tendinopathie de la coiffe, une arthrose acromio-claviculaire, une atteinte de type SLAP, qui ne pouvaient être considérées comme exclusivement d'origine traumatique, mais évoquaient plutôt un contexte de surcharge. Pour cette raison, il convenait d'admettre que l'ensemble des symptômes et des lésions du recourant étaient en lien de causalité tout au plus possible avec l'événement initial et seule une aggravation temporaire devait être admise.

**j.** La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 4 mars 2022.

**k.** À la même date, les parties ont été informées que la cause était 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 modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

**3.** Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

**4.** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations pour accident, au-delà du 31 août 2020.

**5.** 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).

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

**6.** Selon l'art. 66 al. 3$^{bis}$ LAA, les personnes au chômage sont assurées auprès de la SUVA. Le Conseil fédéral détermine l'assureur compétent en cas de gain intermédiaire, de chômage partiel et de mesures relatives au marché du travail.

L'art. 130 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) règle la compétence des assureurs en cas d'accident alors que l'assuré réalise un gain intermédiaire au sens de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI - RS 837.0). Il prévoit notamment que l'assureur de l'entreprise au service de laquelle le gain intermédiaire est réalisé intervient en cas d'accident professionnel ou en cas d'accident non professionnel lorsqu'un accident survient alors un jour où un gain intermédiaire aurait dû être réalisé.

**7.**

**7.1** La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2).

Cette condition est réalisée 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 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 apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

**7.2** 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 l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

Notre Haute Cour a retenu que le *statu quo sine* ne peut être atteint avant une intervention chirurgicale visant à traiter une lésion préexistante à l'accident, lorsque les troubles ayant nécessité cette opération ont été déclenchés par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.3).

Déterminer l'avènement du *statu quo sine* d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

**7.3** Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). 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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont 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* »). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références).

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

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4). Cette expertise doit être réalisée par un médecin indépendant et mise en œuvre conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA (Jacques Olivier PIGUET *in* Commentaire romand LPGA, 2018, n. 32 ad art. 43 LPGA).

**9.**

**9.1** Dans le cas d'espèce, il convient, en préambule, de souligner que la décision initiale de l'intimée, confirmée sur opposition, repose sur un avis pour le moins laconique du Dr C_____, que ce dernier n'a nullement motivé. On s'étonne que l'intimée n'ait demandé une appréciation étayée qu'une fois sa décision contestée par le recourant.

En effet, l'art. 43 LPGA consacre la maxime inquisitoire et impose à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires. L'obligation d'instruire d'office les aspects médicaux est violée notamment lorsqu'aucune expertise n'a été réalisée ou lorsque l'expertise est lacunaire (Cristina SCHIAVI *in* Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 3 ad art. 43 LPGA). Par analogie, on peut douter que l'assureur qui se fonde sur un avis émis sur un formulaire dénué de toute explication ait correctement instruit l'aspect médical sous-tendant le droit aux prestations, *a fortiori* lorsque comme en l'espèce, les autres rapports médicaux au dossier sont très succincts. Les conséquences d'une éventuelle violation de l'obligation d'instruire d'office n'ont cependant pas à être examinées plus avant au vu du sort du litige.

**9.2** Sur le fond, la première appréciation du Dr C_____ semble incomplète. Ce médecin paraît en effet admettre que la bursite révélée par l'IRM pourrait avoir été causée par l'accident, avant de se focaliser sur la tendinopathie, en se fondant sur la prévalence d'une telle atteinte, dans la population de plus de 40 ans, pour exclure son origine traumatique et conclure à une simple contusion guérissant généralement en deux mois. Or, ce faisant, il ne se prononce plus sur le lien de causalité entre l'accident et la bursite et ne tient pas compte de cette pathologie. Dans la mesure où cette bursite subsistait à l'échographie en juin, le délai de deux mois articulé par le médecin d'arrondissement pour la guérison d'une contusion ne convainc pas. De plus, en ce qui concerne la tendinopathie, sa fréquence dans certains groupes de la population ne permet pas d'exclure une origine traumatique dans tous les cas, en l'absence de tout argument dans ce sens. On soulignera notamment ici qu'il n'existe au dossier aucune image qui révélerait une atteinte similaire à l'autre épaule (dominante), ce qui pourrait plaider en faveur d'un trouble d'origine dégénérative. Enfin, conformément à la jurisprudence citée, une référence au délai de convalescence usuel d'une atteinte est insuffisante pour fixer le *statu quo ante* ou *sine*, à défaut de tout autre argument médical. Partant, l'appréciation du 9 septembre 2020 du Dr C_____ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante. En outre, les avis contraires des médecins traitants suscitent des doutes quant à ses conclusions, et ce même si les certificats du Dr B_____ et les rapports du Dr D_____ ne sont pas non plus conformes aux exigences dégagées par la jurisprudence en la matière et ne suffisent en soi pas à trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant.

Les divers documents médicaux recueillis par la suite ne suffisent pas à dissiper les doutes que soulève la première appréciation du Dr C_____. En ce qui

concerne sa prise de position du 11 mars 2021, elle suggère que les douleurs du recourant pourraient être imputables à l'irradiation des douleurs générées par une « possible » pathologie des vertèbres C6-C7. Cette indication paraît cependant relever de la spéculation, et on s'étonne du reste que le Dr C_____ n'ait pas évoqué cette possible cause des troubles du recourant dans son précédent avis si elle devait véritablement être prise en considération. Le Dr C_____ répète en outre que la tendinopathie ne peut avoir été créée par l'accident, encore une fois sans motiver cette assertion par d'autres éléments que la fréquence d'une telle atteinte chez des travailleurs manuels de plus de 40 ans. De plus, quand bien même la tendinopathie n'aurait pas été causée par l'accident, il faudrait néanmoins déterminer si elle a pu être aggravée par cet événement, et le Dr C_____ n'a nullement analysé cette question. Cette appréciation est en outre muette sur le rôle de la bursite – dont il avait pourtant apparemment admis la nature traumatique dans son premier avis, comme on l'a vu – dans les troubles du recourant. Enfin, la cotation des douleurs et leur traitement antalgique ne sont pas des éléments pertinents pour trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les pathologies du recourant.

Quant à l'avis de ce médecin d'arrondissement du 27 avril 2021, il se borne, pour l'essentiel, à s'interroger sur l'indication à l'arthroscopie pratiquée par le Dr D_____. Or, cette question n'est pas déterminante à ce stade de la procédure, dès lors que la possibilité que cette intervention n'ait pas été indiquée médicalement ne permet pas d'exclure que les lésions qu'elle visait à traiter ne soient pas en lien de causalité avec l'accident, ou même que des troubles d'origine traumatique aient persisté au-delà du 31 août 2020.

Dans l'avis du 18 janvier 2022, le Dr C_____ semble vouloir exclure une origine traumatique en l'absence de renseignements sur la cinétique accidentelle permettant d'aboutir à une telle conclusion. Dans la mesure où l'instruction du dossier incombe à l'intimée, cet argument est pour le moins surprenant. Si ce médecin estimait nécessaire d'éclaircir ce point pour trancher la question de la causalité naturelle, il aurait en effet dû inviter l'intimée à recueillir des informations à ce sujet, et on peut inférer de la mention de cette lacune que les précédentes appréciations du Dr C_____ se fondaient sur un dossier incomplet. Pour le surplus, cette appréciation du 18 janvier 2022 ne peut être suivie en tant qu'elle soutient qu'il n'existe aucune pièce démontrant une atteinte accidentelle excédant une simple contusion guérie en deux mois. Comme on l'a vu, la bursite n'était pas guérie dans ce délai, et le Dr D_____ a constaté plusieurs lésions, selon lui d'origine traumatique, lors de son intervention. Ce chirurgien a de plus donné plusieurs arguments allant dans le sens de lésions traumatiques dans son rapport du 27 janvier 2022.

Enfin, la dernière appréciation produite par l'intimée, émanant du Dr E_____, ne suffit pas non plus à exclure un lien de causalité entre les atteintes du recourant et l'accident de janvier 2020. Ce médecin y affirme que seuls des éléments

dégénératifs auraient été décelés à l'IRM, ce qui ne ressort nullement du rapport du radiologue d'une part, et va à l'encontre du premier avis du Dr C_____ au sujet de la bursite d'autre part. Le Dr E_____ ne semble, par ailleurs, pas expressément contester la réalité des lésions constatées à l'arthroscopie, mais simplement souligner qu'elles ne seraient pas visibles à l'IRM. Cela ne suffit cependant pas à conclure à leur inexistence si elles sont établies par d'autres documents. De plus, leur origine non exclusivement traumatique ne suffit pas, conformément aux principes rappelés ci-dessus, à nier un lien de causalité entre les troubles qu'elles entraînent et l'accident. Enfin, le Dr E_____ admet une aggravation temporaire liée à l'accident, mais n'indique pas sa durée et ne se prononce pas sur le délai de deux mois articulé par le Dr C_____ à cet égard. Cet avis est ainsi également insuffisamment motivé.

**9.3** Au vu de ce qui précède, les appréciations des médecins d'arrondissement ne peuvent se voir reconnaître valeur probante – à l'instar des rapports des médecins traitants – et ne suffisent ainsi pas à trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant au-delà du 31 août 2020. L'instruction doit ainsi être complétée sur ce point.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant de l'avis d'un médecin interne non conforme aux exigences en la matière.

Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

**10.** Le recours est partiellement admis.

**11.** Assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

**12.** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f$^{bis}$ LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 21 janvier 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | Le président |
|---|---|
| Véronique SERAIN | 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