

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/801/2019

ATAS/127/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 20 février 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par CAP  
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA

recourant

contre

VISANA ASSURANCES SA, sise Weltpostrasse 19, BERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1980, est employé des B\_\_\_\_\_ SA à Genève (ci-après l'employeuse). À ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Visana assurances SA (ci-après Visana ou l'intimée).
2. Le 28 novembre 2017, l'employeuse a annoncé à Visana que l'assuré avait subi, le 26 novembre 2017, en jouant au tennis, à deux reprises, une luxation de l'épaule droite, qui s'était remise seule en place.
3. Le 19 décembre 2017, l'assuré a précisé à Visana que durant une partie de tennis, il avait senti l'os de son épaule droite partir alors qu'il frappait la balle puis se remettre à sa place quelques instants plus tard, ce qui lui avait procuré une forte douleur à l'épaule.
4. Le docteur C\_\_\_\_\_ a informé Visana avoir donné le premier traitement à l'assuré le 29 novembre 2017.
5. Les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, radiologues, ont conclu, dans un rapport faisant suite à une radiographie et un arthro-CT de l'épaule de l'assuré effectués le 9 février 2018 à la recherche d'une SLAP lésion suite à une luxation de l'épaule, à une lésion labrale antéro-inférieure, associée à une lésion chondrale antéro-inférieure, réalisant une lésion de type GLAD et à des fissurations transfixiantes du labrum antéro-inférieur, prolongées par de petits kystes para labraux, sans stigmatisme en faveur d'une lésion de Hill-Sachs ou de Bankart osseux.
6. Selon un rapport établi le 16 février 2018 par le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une slap lésion. Il avait eu une douleur avec luxation antéro-externe droite remise spontanément en place. Il avait une épaule luxable gauche connue. Il ressortait d'un arthro-scanner : une lésion du labrum ANT INS avec des lésions sous-chondrales INS.
7. Le 16 février 2018, l'assuré a précisé à Visana que l'arthro-scanner de l'épaule avait été fait le 9 février 2018 sur l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ et pas tout de suite après l'accident afin d'être exploitable.
8. Le 28 février 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgie de l'épaule, a indiqué au médecin-conseil de Visana que l'assuré avait été victime, lors d'un match de tennis en novembre 2017, d'une luxation glénohumérale, lors de laquelle, il avait d'emblée ressenti des douleurs. Il s'agissait d'un premier épisode. Le patient était depuis lors gêné, avec une appréhension persistante et des douleurs, qui l'avaient empêché de reprendre ses activités professionnelles. Cliniquement, sa coiffe des rotateurs était compétente et les amplitudes étaient complètes. On notait une appréhension pour luxation antérieure. Il n'y avait pas de signe pour une instabilité postérieure. Le bilan paraclinique révélait une lésion de Bankart associée avec une perte cartilagineuse du quadrant antéro-inférieur. Si le patient ne parvenait pas à s'adapter, il y aurait

une indication à réaliser une arthroscopie avec réinsertion du labrum et couverture avec ce dernier de la lésion cartilagineuse afin d'éviter, à terme, l'apparition d'une dislocation d'arthropathie. Le patient souhaitait réfléchir.

9. Une demande de garantie d'hospitalisation a été adressée à Visana par l'hôpital de la Tour pour une intervention par le Dr F\_\_\_\_\_, avec une entrée prévue au 1<sup>er</sup> mai 2018.
10. Par courriel du 11 avril 2018, Visana a informé l'hôpital de la Tour qu'elle ne pouvait pas encore lui répondre parce qu'elle était en train de clarifier la situation.
11. Le 12 avril 2018, Visana a posé des questions relatives au lien de causalité avec l'accident de l'assuré au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et en médecine intensive.
12. Celui-ci a répondu le même jour que la luxation de l'épaule que faisait valoir l'assuré, qui serait survenue lors d'un match de tennis le 26 novembre 2017, n'avait pas été documentée de manière objectivement compréhensible par les médecins. L'imagerie du 9 février 2018 ne faisait ressortir ni une lésion de Hill-Sachs, ni une lésion de Bankart, mais des modifications dégénératives au niveau du cartilage et de la lèvre articulaire. Le radiologue décrivait par ailleurs des kystes sous-chondraux comme indice supplémentaire de modification dégénérative. Étant donné qu'il n'y avait aucun diagnostic de lésion corporelle assimilée à un accident et qu'il n'avait pas été établi de manière concluante qu'une luxation de l'épaule avait eu lieu, les modifications documentées jusque-là à l'articulation de l'épaule étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, principalement de nature dégénérative. En conséquence, Visana n'avait pas l'obligation de prendre en charge des coûts d'une arthroscopie de l'épaule, comme cela était planifié. Le *statu quo sine* avait été atteint avec l'IRM réalisée le 9 février 2018.
13. Le 19 avril 2018, Visana a informé l'assuré qu'il ne lui était pas possible de prendre en charge les coûts de son traitement, car les circonstances qu'il décrivait ne correspondaient pas un accident, étant donné qu'il ne s'était rien produit d'extraordinaire, comme une chute, un coup ou un faux-pas. Son médecin-conseil avait indiqué que sa lésion était due, au degré de la vraisemblance prépondérante, de manière manifeste, c'est-à-dire à plus de 50%, à l'usure ou à une maladie. L'atteinte à la santé dont il souffrait n'était donc ni liée à un accident, au sens juridique du terme, ni à une lésion corporelle assimilée à un accident. Visana refusait en conséquence à l'assuré le droit à des prestations et lui recommandait de s'adresser à son assurance-maladie.
14. L'assuré a demandé à Visana le 27 avril 2018 de rendre à son encontre une décision expliquant de manière circonstanciée son refus de prise en charge.
15. Le 4 mai 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a précisé, à la question de savoir si la lésion était due à une luxation ou à une subluxation que l'évaluation portait en particulier sur le matériel d'imagerie mis à disposition (CT du 9 février 2018 de l'épaule droite). L'imagerie sur le plan sagittal, coronaire et axial ne faisait ressortir aucun signe

---

d'une luxation ni d'une subluxation. Aucun signe d'une lésion osseuse, au sens d'une lésion de Hill-Sachs et/ou de Bankart, n'était par ailleurs documenté. Il n'était donc toujours pas documenté de manière concluante qu'une luxation de l'épaule droite de l'assuré serait survenue comme celui-ci le faisait valoir.

16. Par décision du 8 mai 2018, Visana a confirmé que les faits décrits par l'assuré ne pouvaient être considérés comme un accident, car il manquait le critère de la cause extérieure. Les 12 avril et 4 mai 2018, le Dr G \_\_\_\_\_ avait confirmé que l'IRM du 9 février 2018 n'avait relevé aucune lésion parlant en faveur d'une luxation ou d'une subluxation de l'épaule droite. Il ne s'agissait donc pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la loi. Étant donné que l'événement survenu n'était pas un événement assuré, l'assuré n'avait aucun droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire.
17. À teneur d'un rapport établi par les docteurs F \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ reçu le 8 mai 2018 par Visana, le patient avait eu un arthro-CT et non une IRM le 9 février 2018. L'arthro-CT montrait la présence de deux kystes arthro-synoviaux situés au niveau de la partie postéro-inférieure. Les kystes para-labiaux avaient été décrits dans la littérature et il avait été remarqué une forte association avec les lésions du labrum. La pathogénèse exacte n'était pas connue, mais il était postulé que suite à la lésion du labrum, il se créait un passage à sens unique depuis l'articulation vers les tissus, le liquide synovial s'accumulant dans les tissus adjacents et formant un kyste. Or, sur l'imagerie, on observait une continuité entre les kystes et une lésion postéro-inférieure du labrum, faisant évoquer une relation entre ces deux constatations. Lors de l'événement du mois de novembre 2017, le patient décrivait un épisode de luxation glénohumérale avec réduction spontanée. Cela avait été consécutif à un service au tennis. Lors de ce geste, l'épaule effectuait un mouvement de rotation externe et abduction expliquant la luxation antéro-inférieure. Lors de ce type de luxation, une lésion du labrum inféro-postérieure était classiquement retrouvée. Sur l'image, on observait une lésion de la partie inféro-antérieure du labrum avec une extension jusqu'à sa partie postero-inférieure.

Sur l'arthro-CT du 9 février 2018, on constatait une lésion de la partie inféro-antérieure du labrum associée à une lésion cartilagineuse de la région inféro-antérieure de la glène constituant une lésion de type GLAD. Or, ce type de lésion était très vraisemblablement une luxation antéro-inférieure. Une luxation antéro-inférieure pouvait être observée lors d'un service au tennis.

Le patient ne présentait pas de prédispositions médicales à une luxation antéro-inférieure. On ne retrouvait pas de signe d'hyperlaxité à l'examen clinique. Un mécanisme de rotation externe et abduction lors d'un service pouvait induire une luxation glénohumérale sans facteur favorisant.

18. Le 8 juin 2018, l'assuré a formé opposition à la décision de Visana. Il convenait d'admettre que le retour de la balle de tennis donnée accidentellement par l'opposant apparaissait comme étant la condition *sine qua non* de la luxation de son

épaule droite. En effet, les douleurs éprouvées n'étaient pas apparues spontanément, mais à la suite d'un coup de raquette donné trop fort, avec une probable élongation involontaire du bras, qui avait fait sortir l'os de sa structure initiale. Ce coup porté pour retourner la balle de tennis dans le camp adverse constituait un facteur extérieur reconnaissable.

Sur la base de l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, il était établi que les troubles dont souffrait l'opposant à son épaule droite découlaient manifestement de l'accident du 26 novembre 2017. Avant cela, il était libre de tout symptôme et de ses mouvements. Il y avait dès lors de considérer que l'accident survenu le 26 novembre 2017 constituait l'unique cause juridiquement déterminante du dommage actuel de l'assuré. En conclusion, ce dernier concluait, préalablement, à ce qu'une expertise soit ordonnée, principalement, à l'annulation de la décision du 8 mai 2018 et à ce qu'il soit admis que la luxation de l'épaule droite survenue le 26 novembre 2017 était une lésion accidentelle et corporelle assimilée à un accident.

19. Le 30 août 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé que l'argumentation des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ et l'opposition formée par l'assuré le 8 juin 2018 n'apportaient pas la preuve nécessaire que l'assuré avait souffert d'une luxation de l'épaule droite le 26 novembre 2017. Le Dr G\_\_\_\_\_ maintenait ses prises de position précédentes. Il n'y avait pas de symptôme médical ni d'examen d'imagerie établis suite après l'événement du 26 novembre 2017, selon le dossier LAA à sa disposition, qui prouverait, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'une luxation de l'épaule droite ayant eu lieu le 26 novembre 2017.
20. Par décision sur opposition du 25 janvier 2019, Visana a rejeté l'opposition formée par l'assuré à sa décision du 8 mai 2018. Tel qu'il était décrit dans le questionnaire rempli par l'assuré le 19 décembre 2017, l'événement du 26 novembre 2017 ne constituait pas un accident, au sens juridique du terme, car le fait de frapper une balle lors d'une partie de tennis sans que l'assuré ne soit entravé dans ses mouvements corporels par une cause externe extraordinaire, telle qu'une chute ou un faux-pas, devait être considéré comme une activité entrant dans le cadre habituel d'une partie de tennis. Les radiologues avaient conclu, dans le rapport de l'arthro-CT de l'épaule droite du 9 février 2018, que l'assuré avait présenté une lésion labrale antéro-inférieure, associée à une lésion chondrale antéro-inférieure, réalisant une lésion de type GLAD et des fissurations transfixiantes du labrum antéro-inférieur, prolongée par de petits kystes paralabiaux. En revanche, ils n'avaient pas constaté la présence d'une lésion de Hill-Sachs ou de Bankart. On n'était ainsi pas en présence d'une lésion assimilée à un accident sous la forme d'une luxation, au sens de l'art. 6 al. 2 let. b LAA, vu que les lésions labrales à l'épaule et à la hanche n'étaient, selon la jurisprudence, pas constitutives d'une lésion assimilée à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 4.3). De plus, il ressortait de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ du 30 août 2018 que la présence d'une luxation de l'épaule droite n'était pas prouvée à la lecture du rapport de l'arthro-CT de l'épaule droite du 9 février 2018 et après la visualisation

des images correspondantes sur CD. Sur la base de cette prise de position, qui s'appuyait sur les conclusions claires et univoques des radiologues, on devait conclure que les maux invoqués par l'assuré à l'épaule droite n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, dus à l'événement du 26 novembre 2017, mais qu'ils étaient dus à des facteurs étrangers à cet événement. Les avis médicaux émis par le Dr G\_\_\_\_\_ devaient se voir reconnaître pleine valeur probante, mais pas la prise de position des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle ne contenait aucune motivation médicale détaillée, mais seulement des théories générales. De plus ces médecins n'expliquaient pas pour quels motifs ils s'écartaient des conclusions décrites par les radiologues dans le rapport d'arthro-CT de l'épaule droite du 9 février 2018. Dans le rapport de consultation du 28 février 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ prétendait même que l'assuré aurait subi une lésion de Bankart, alors dans le rapport de l'arthro-CT de l'épaule droite du 29 février 2018, la présence d'une telle lésion était clairement niée. De plus, le Dr F\_\_\_\_\_ était le médecin traitant de l'assuré et pouvait, en cas de doute, prendre parti pour celui-ci, en raison de la relation de confiance qui les unissait. C'était donc à juste titre que Visana avait refusé d'allouer des prestations à l'assuré pour ses lésions subies à l'épaule droite suite à l'événement du 26 novembre 2017. L'opposition était ainsi rejetée et l'effet suspensif était retiré à un éventuel recours contre la décision.

21. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 27 février 2019, contestant le refus de prise en charge par l'intimée de ses traitements, qui étaient en lien avec l'accident du 26 novembre 2017. Il avait subi une luxation de l'épaule droite en raison du fait qu'il avait tapé la balle de tennis. Il avait éprouvé des douleurs suite à un coup de raquette donné trop fort avec une probable élongation involontaire du bras, qui avait fait sortir l'os de l'épaule de sa structure. Le coup porté pour retourner la balle de tennis dans le camp adverse constituait un facteur extérieur reconnaissable.

Il fallait admettre l'existence d'un facteur extérieur générant un risque de lésion accrue lorsqu'un geste du quotidien représentait une sollicitation du corps plus élevée que ce qui était physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'était le cas en particulier lors de la survenance d'une circonstance qui rendait incontrôlable et extraordinaire un geste de la vie courante, comme lors d'un match de tennis au cours duquel deux adversaires s'affrontant effectuaient des mouvements vigoureux, parfois agressifs non maîtrisés et sans nécessairement contrôler leur force de frappe. L'accident survenu le 26 novembre 2017 l'avait été durant un match de tennis. Quand bien même ils étaient amicaux, les affrontements sportifs faisaient généralement naître des sentiments compétitifs aux joueurs, lesquels, sous le coup de l'adrénaline et de l'excitation, pouvaient adopter des gestes totalement imprévisibles, et se blesser. Ainsi, sur la base des éléments connus et plus particulièrement de l'avis du chirurgien traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, il était établi que ses troubles à l'épaule droite découlaient manifestement et

---

uniquement de l'accident survenu le 26 novembre 2017. Avant cet événement, il était libre de tout symptôme et de tous ses mouvements.

Il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident. L'origine malade ou dégénérative des lésions devait être manifeste pour exclure toute cause accidentelle. L'intimée s'était contenté d'apprécier le dossier sur la base d'images IRM, sans procéder à une instruction et sur un simple rapport de son médecin-conseil. Un déboitement de l'épaule n'était pas toujours aisément détectable. Concrètement, dans le cas d'espèce, l'os était sorti de sa structure initiale pour s'y remettre aussitôt. Un examen par imagerie était loin d'être suffisant. Le dossier n'avait manifestement pas été suffisamment instruit. On se trouvait dès lors en présence d'opinions médicales qui aboutissaient à des conclusions opposées sur une questions médicale complexe nécessitant des conditions spécifiques.

En l'état du dossier, on ne pouvait exclure avec certitude la luxation de l'épaule droite du recourant suite à l'événement du 26 novembre 2017.

L'instruction était ainsi entachée d'un doute. La jurisprudence du Tribunal fédéral préconisait une expertise en cas de doute léger quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil de l'assureur-accidents. En conséquence, il y avait lieu de considérer que l'accident survenu le 26 novembre 2017 constituait l'unique cause juridiquement déterminante du dommage actuel du recourant et que l'indemnisation des frais de traitement était du ressort de l'intimée et non de l'assurance-maladie. Le recourant concluait, préalablement, à une expertise, et principalement, à l'annulation de la décision du 25 janvier 2019 et qu'il soit admis que la luxation de l'épaule survenue le 26 novembre 2017 était une lésion accidentelle et corporelle assimilée à un accident et condamner en conséquence l'intimée à lui verser des prestations.

22. Le 21 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'événement du 26 novembre 2017 ne constituait pas un accident au sens juridique du terme. Aucune cause externe extraordinaire ni mouvement non programmé n'avaient été décrits par le recourant (ATF 130 V 118 consid. 2.2).

Le recourant ainsi que le Dr F\_\_\_\_\_ effectuaient un pur raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*, en partant du principe que du simple fait que les douleurs étaient survenues après le 26 novembre 2017, elles étaient la conséquence de celui-ci. Aucun des diagnostics figurant sur la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA n'était rempli dans le cas d'espèce. L'imagerie n'avait fait ressortir aucun signe d'une luxation ou d'une subluxation.

Par ailleurs, aucun signe d'une lésion osseuse au sens d'une lésion de Hill-Sachs et/ou de Bankart ne ressortait de la radiographie et de l'arthro-CT de l'épaule droite du recourant effectués le 9 février 2018 conformément au rapport des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et aux appréciations médicales du Dr G\_\_\_\_\_. Ces trois médecins avaient tous consulté l'imagerie effectuée sur le recourant le 9 février 2018 et étaient au bénéfice de formations leur permettant de l'analyser. Il ressortait du site

---

www.imagerive.ch que les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ étaient spécialistes en radiologie et la Dresse E\_\_\_\_\_ titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'imagerie ostéo-articulaire. Le Dr G\_\_\_\_\_ était quant à lui spécialisé en chirurgie et en médecine intensive et expert en médecin SIM. Il travaillait au sein de l'Institut de médecine légale de l'université de Berne.

Les appréciations médicales de l'imagerie du 9 février 2018 par ces trois médecins concordaient. Seul le Dr F\_\_\_\_\_ avait attesté d'une lésion de Bankart, associée à une perte cartilagineuse du quadrant antéro-inférieur, sans expliquer sur quelle base il arrivait à une analyse différente de l'imagerie du 9 février 2018, ni motiver pour quelle raison il parvenait à une analyse différente des trois autres médecins spécialisés. La prise de position qui n'était ni datée ni signée des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne contenait aucune motivation médicale détaillée mais était fondée sur des théories générales. Or, pour faire douter de la fiabilité et de la pertinence d'une appréciation d'un médecin interne à l'assurance sociale, corroborée ici par deux spécialistes en radiologie, il ne suffisait pas de lui opposer le seul désaccord d'un médecin traitant, dépourvu de toute explication circonstanciée et convaincante. Encore fallait-il qu'on puisse également attribuer un caractère probant à l'appréciation du médecin traitant et que celle-ci laisse subsister des doutes suffisants sur la question médicale litigieuse, ce qui n'était pas le cas des rapports du Dr F\_\_\_\_\_.

23. Le 12 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur transmettant son projet de mission d'expertise.
24. Le 28 décembre 2019, le recourant a informé la chambre de céans n'avoir aucune objection à ce que le Dr I\_\_\_\_\_ soit chargé de la mission d'expertise ni de remarques à formuler sur les questions posées à l'expert.
25. Le 10 février 2020, l'intimée a relevé que l'ordonnance du 12 décembre 2019 ne précisait pas si le Dr I\_\_\_\_\_ disposait d'une expérience en matière de chirurgie de l'épaule. Son médecin consultant proposait comme experts les docteurs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ ou le professeur L\_\_\_\_\_, tous spécialistes de la chirurgie de l'épaule.

S'agissant des questions libellées dans la mission d'expertise, il conviendrait de décrire l'événement du 26 novembre 2017 à l'expert mandaté en reprenant le cas échéant les déclarations de la première heure faites par le recourant.

L'intimée proposait que plusieurs questions complémentaires soient posées à l'expert.

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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2017.

3. 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).

4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée d'allouer ses prestations au recourant pour son atteinte à l'épaule gauche survenue le 26 novembre 2011 alors qu'il jouait au tennis.

5. 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'événement 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. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas

en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 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).

c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

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). A 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).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

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 extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 précité consid. 3), d'une 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), ou encore dans le cas d'un 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). En revanche, il a été nié dans le cas 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).

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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 élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019, 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 (voir consid. 5.1 et 8.5). 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<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la violation est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

La chambre de céans a jugé dans un arrêt de principe du 22 août 2019 qu'il appartient désormais à l'assureur-social d'apporter la preuve, au degré de la

vraisemblance prépondérante, que la lésion corporelle est attribuable à raison de plus de 50% à l'usure ou à la maladie (ATAS/747/2019).

7. 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).

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).

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).

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).

8. 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).
9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, vu les appréciations divergentes entre les Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ sur les lésions du recourant, il se justifie de faire procéder à une expertise judiciaire.
11. L'intimée a proposé trois experts autres que celui proposé par la chambre de céans, du fait qu'elle ignorait si celui-ci disposait d'une expérience en matière de chirurgie de l'épaule.
12. Dans l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités, en gardant à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut pas être atteint que l'assureur

pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

Enfin, la chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, cela reviendrait à accorder à une partie un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017).

13. En l'espèce, l'intimée remet en cause la compétence du docteur I\_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise, sans produire de pièces qui pourraient faire douter de ses compétences pour l'effectuer. Or, ce médecin a déjà été mandaté à plusieurs reprises pour des expertises relatives à l'épaule par la chambre de céans (voir notamment ATAS/734/2019 du 19 août 2019 et ATAS/61/2018 du 24 janvier 2018). Les motifs invoqués par l'intimée ne suffisent pas à justifier un changement d'expert, étant relevé que le Dr I\_\_\_\_\_ a déjà donné son accord de principe pour procéder à l'expertise.

S'agissant des questions complémentaires proposées par l'intimée, il y sera donné une suite favorable. S'agissant des faits, l'ordonnance d'expertise qui sera notifiée à l'expert contiendra un résumé détaillé de ceux-ci, en particulier sur le déroulement de l'accident.

---

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise orthopédique de Monsieur A\_\_\_\_\_ et la confie au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - A. Prendre connaissance du dossier de la cause (y compris le dossier radiologique de l'expertisé, le CD-Rom de la radiographie et de l'arthro-CT du 9 février 2018 et le dossier de la procédure constitué par l'intimée).
  - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'expertisé.
  - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
  - D. Établir un rapport détaillé comprenant les réponses aux questions suivantes :
    1. Anamnèse détaillée.
    2. Plaintes de la personne expertisée et données subjectives de celle-ci.
    3. Status et constatations objectives.
      - 3.1. Est-ce documenté objectivement dans le dossier médical que l'expertisé a subi une luxation complète de l'épaule droite ?
    4. Diagnostics
      - 4.1. Certains de ces diagnostics correspondent-ils à des lésions figurant à l'art. 6 al. 2 LAA (fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan) ? Si oui, le(s) quel(s) ?
      - 4.2. Quel(s) diagnostic(s) est (sont) objectivement documenté(s), respectivement constaté(s) par l'expert lors de l'examen de l'expertisé ?
    5. Causalité
      - 5.1. Les atteintes constatées au niveau de l'épaule droite de l'expertisé sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'événement du 26 novembre 2017 ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité

de 100 %) ? Veuillez motiver votre appréciation pour chaque diagnostic posé.

- 5.2. Si un diagnostic correspondant à une lésion figurant à l'art. 6 al. 2 LAA est posé :
  - 5.2.1. Cette atteinte est-elle due de manière prépondérante (imputable à plus de 50%) à l'usure ou à une maladie ? Veuillez motiver votre réponse.
  - 5.2.2. L'événement du 26 novembre 2017 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'événement est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- 5.3. L'expertisé présentait-il des atteintes dégénératives ayant existé avant l'événement du 26 novembre 2017 à l'épaule droite ? Dans l'affirmative, quels sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler votre réponse.
  - 5.3.1. L'événement du 26 novembre 2017 a-t-il décompensé cet état maladif ?
  - 5.3.2. Si l'événement a décompensé un état maladif préexistant, à quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint ou le sera (moment où l'état de santé de l'expertisé est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'événement à la suite d'un développement ordinaire) ?
  - 5.3.3. L'événement a-t-il entraîné une aggravation durable de l'état de santé préexistant ?

## 6. Capacité de travail

Pour autant que l'événement du 26 novembre 2017 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance des atteintes à l'épaule droite de l'expertisé, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

## 7. Appréciation des avis médicaux versés au dossier

- 7.1. Commenter et discuter le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 février 2018.
  - 7.2. Commenter et discuter les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 28 février et 8 mai 2018.
  - 7.3. Commenter et discuter les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ des 12 avril, 4 mai et 30 août 2018.
  - 7.4. Commenter et discuter le rapport de radiographie et arthro-CT de l'épaule droite de l'expertisé du 9 février 2018 des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
8. Quel est le traitement prodigué ? Quel est le traitement encore nécessaire ?

9. Quel est le pronostic ?
  10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- III. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
  - IV. Réserve le sort des frais.
  - V. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le