



POUVOIR JUDICIAIRE

A/900/2019

ATAS/966/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 octobre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNOPFEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1956, travaille en qualité de directeur auprès de B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur). À ce titre il est assuré notamment contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après: AXA ou l'intimée).
2. Au début septembre 2017, l'assuré a fait annoncer un événement survenu le 27 août 2017, alors qu'il revenait d'un déplacement professionnel à Prague: ce jour-là, à sa sortie d'avion à Zurich, la passerelle de débarquement étant trop basse par rapport au seuil de porte de l'avion, il a chuté. Il a rapidement été pris en charge par un stewart pour être pansé (plaie ouverte au coude), puis par le commandant de bord qui l'a fait transférer par voiture à l'aérogare dans une zone d'assistance médicale. Il a par la suite été transféré sur le vol de Genève. L'annonce de sinistre mentionne au titre de nature de la lésion: entorse - coude avec plaie ouverte.
3. Le 5 septembre 2017 l'assuré a consulté la clinique des Grangettes en urgence: il ressort du rapport médical du 9 septembre 2017 du docteur C_____, du service médicochirurgical de cet établissement, que ce patient, en bonne santé habituelle, a fait une chute il y a huit jours en descendant la passerelle d'un avion. Parmi les diverses plaies en résultant, on en note une au niveau du coude droit, qui va bien évoluer. Depuis ce jour, le patient note l'apparition d'une tuméfaction au niveau de ce coude, rouge mais pas douloureuse. Pas de fièvre. À l'examen clinique, bon état général, pas de fièvre, pouls régulier; tuméfaction modérée de la bourse, qui reste souple, indolore à la palpation, avec une rougeur et une chaleur d'allure inflammatoire. L'ancienne plaie était calme, mais située sur la bourse. Les différentes options ont été discutées avec le patient, notamment celle d'une ponction de la bourse. Le diagnostic de bursite olécrânienne a été posé. Il a été décidé, au vu de l'absence de signe d'infection franc, une attitude d'observation, avec une immobilisation par une attelle polysling et des anti-inflammatoires. Une ponction était réservée en cas d'aggravation des symptômes. Le patient devait partir tôt le lendemain matin pour un voyage d'affaires de très haute importance et les conseils quant à une consultation au Luxembourg et à Paris lui ont été donnés.
4. Huit mois plus tard, soit le 30 mai 2018, l'assuré a consulté son médecin généraliste, le docteur D_____, spécialiste en médecine générale à Cranves-Sales. Selon son rapport médical (07/08/18): première consultation le 30 mai 2018; il retient à l'anamnèse: chute en descendant une passerelle le 27 août 2017: contusion cheville droite et épaule droite, plaie coude droit; le patient se plaint de douleurs récurrentes à l'épaule droite avec limitation des amplitudes; diagnostic: tendinopathie susépineux droit sans rupture et bursite sous acromiale. Traitement actuellement suivi: rééducation prescription d'antalgiques, avec pour résultat une amélioration. Il n'y a pas d'autres traitements et thérapie; la fin du traitement est prévue a priori en novembre 2018.

Une échographie du 18 juin 2018 montrait une tendinite calcifiante du supraépineux et de l'infraépineux.

Selon le détail de ce rapport d'échographie, l'examen avait été prescrit par le Dr D_____ avec l'indication suivante: douleurs à la mobilisation de l'épaule droite. Le patient parle d'un traumatisme par chute en août 2017. Résultat: image compatible avec une calcification de la partie distale du tendon du muscle supraépineux de 7 mm. Pas de brèche tendineuse transfixiante ni de brèche tendineuse large. Remaniements de la partie distale du tendon du muscle infra épineux. Pas de remaniements suspects du tendon subscapulaire et la longue portion du biceps est en place dans la gouttière bicipitale. Pas d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Conclusion: bilan compatible avec une tendinite calcifiante du tendon du muscle supraépineux et une tendinopathie associée du tendon infraépineux.

Une arthro-IRM de comparaison a été faite le 20 septembre 2018: pas d'amélioration avec la rééducation et même aggravation depuis le mois de mai.

5. AXA a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur E_____, lequel s'est prononcé dans un avis du 3 octobre 2018. En prenant en compte les éléments à disposition, le médecin-conseil observant qu'un arthro-scanner serait prévu prochainement, a considéré que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite de cet assuré et l'accident du 27 août 2017 devait clairement être nié pour les raisons suivantes :

1. Absence de plaintes au niveau de l'épaule droite lors de la consultation en urgence du 5/09/2017 (clinique des Grangettes);
2. Une tendinopathie calcifiante est une maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs qui survient pratiquement toujours sans la moindre notion de traumatisme;
3. Ce n'est que huit mois après le traumatisme que l'assuré a consulté pour cela.

En résumé, la tendinopathie calcifiante de l'épaule droite de cet assuré est certainement indépendante de l'accident du 29/8/2017 et doit être prise en charge par son assurance-maladie, dans son cas la sécurité sociale française.

6. Par décision du 16 octobre 2018, AXA a indiqué que sur la base des éléments du dossier, son service médical, dans une prise de position (dont copie a été adressée à l'assuré), considère que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles de l'épaule droite ne peut être retenu. En conclusion AXA a décidé qu'il n'existe aucun droit à prestations au titre de l'assurance-accidents obligatoire en ce qui concerne l'épaule droite; tout recours éventuel n'aurait pas d'effet suspensif. Une copie de cette décision était jointe à l'envoi, à transmettre à l'assurance-maladie pour prise en charge des frais de traitement de l'épaule droite.
7. Par courrier du 3 novembre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision susmentionnée. Ses trois médecins (Dr D_____ et Dr F_____ généralistes), et

G_____, radiologue à Annemasse, ainsi que le cabinet de physiothérapie des Érables à Vétraz-Monthoux ont confirmé, ainsi que l'échographie du 18 juin 2018, que les douleurs qui se sont progressivement développées dans son épaule droite avaient bien pris naissance le jour de l'accident et sont bien liées à la chute du 27 août 2017. C'est bien le choc de la chute sur le coude droit qui a été répercutée au niveau de l'épaule droite et a affecté le muscle supraépineux et le tendon infraépineux. Il était tout à fait correct, dans la décision entreprise, de signaler que les douleurs à l'épaule n'ont été signalées que tardivement. En effet, dans un premier temps ces douleurs étaient infimes et ne méritaient pas d'être mentionnées, surtout en comparaison des douleurs à la cheville (entorse) et au coude (bursite). Il est vrai également qu'il avait, dans tous ses examens, privilégié des médecins localisés en France, liés à ses antécédents et habitudes lorsqu'il habitait en France. Toutefois leurs compétences médicales ne pouvaient nullement être remises en cause. Il était aussi inexact de prétendre que son assurance-maladie était la sécurité sociale française. Il était en effet résident et assuré en Suisse. Il devait passer une arthrographie de l'épaule programmée pour le 16 novembre 2018 et devait encore, ensuite, bénéficier d'une consultation avec le docteur H_____, chirurgien orthopédiste, spécialiste notamment de l'épaule et du membre supérieur, à Annecy, prévue pour le 22 novembre 2018.

8. En date du 16 novembre 2018, l'Institut d'imagerie médicale du Léman (docteur I_____, spécialiste en radiologie), a procédé à une arthrographie et arthroscanner de l'épaule droite: il relève notamment l'absence d'anomalie du tendon sous-scapulaire; tendon bicipital en place; calcifications denses au niveau de la partie postérieure du tendon susépineux présentant un aspect légèrement tuméfié à ce niveau; absence d'anomalie du tendon sous-épineux ou du tendon sous-scapulaire; deux géodes de la face postérieure de l'humérus communiquant avec la surface articulaire; absence d'anomalie des bourrelets glénoïdiens; produit de contraste au niveau de la bourse sous-acromiale semblant être lié à une fuite le long du trajet de l'aiguille et non à une communication avec la cavité articulaire. Il conclut à une calcification au niveau de la partie postérieure du tendon susépineux sans signe de rupture.
9. En date du 11 février 2019, le service Prestations accidents et maladie d'AXA à Winterthur a rendu sa décision sur opposition. L'opposition était rejetée. Un éventuel recours contre la présente décision n'aurait aucun effet suspensif. Rappelant les principes juridiques et jurisprudentiels applicables en la matière, AXA observe que l'opposant base son argumentation sur les avis de ses médecins, qui lui auraient confirmé que ses douleurs seraient une suite de sa chute. Or une arthrographie et un arthroscanner de l'épaule droite avaient été effectués le 16 novembre 2018. Il en ressort qu'aucune lésion traumatique n'a été détectée. Seule une calcification est mise en évidence qui, bien entendu, est d'origine malade et non traumatique et déjà repérée lors de l'échographie. Ainsi cet examen a permis de confirmer la justesse des observations du médecin-conseil, lequel avait

fait état dans son rapport de cette tendinopathie calcifiante et de son origine extra-traumatique. Le rapport du médecin-conseil remplissait à satisfaction de droit les critères jurisprudentiels pour admettre son bien-fondé, de sorte que c'était à juste titre que le service des prestations Suisse romande avait refusé la prise en charge des troubles ; sa décision ne prêtait pas flanc à la critique.

10. Par courrier du 21 février 2019, l'assuré s'adressant à AXA, s'est à nouveau opposé aux conclusions de la décision sur opposition susmentionnée. Il réitère très fermement son opposition pour les raisons suivantes :

- ses médecins, (Drs J_____, F_____ et H_____) ainsi que les centres de physiothérapie (des Érables à Vétraz-Monthoux, et des Tulipiers à Genève) ont tous validé le fait que la cause primaire de la contusion de son épaule droite était bien de façon formelle un choc antérieur important et en aucun cas une évolution dégénérative de l'épaule;
- aucun antécédent préalable n'a jamais été constaté à son égard;
- son épaule gauche ne souffre d'aucun traumatisme ni contusion ;
- aucun antécédent familial n'est à constater à ce jour.

Il est également surpris que le médecin-conseil de l'assurance puisse porter un jugement sur son état, dès lors qu'il ne l'a jamais ausculté directement. Il se tient à disposition pour le rencontrer.

Il rappelle en outre que depuis 2017 la législation applicable à de tels accidents impose à l'assureur de prouver que cette contusion est d'ordre "génétique", en cas de contestation de l'assuré.

11. Le 5 mars 2019, AXA a communiqué le courrier susmentionné ainsi qu'une copie de la décision entreprise à la chambre de céans, pour motif de compétence.

12. L'intimée s'est déterminée sur le recours, par mémoire du 25 mars 2019. Elle conclut à son rejet. Rappelant les dispositions applicables, AXA observe que selon la jurisprudence, on parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accident (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré. AXA rappelle également que 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. Comme sur opposition, le recourant fait valoir que ses médecins lui auraient déclaré que ces troubles à l'épaule sont la suite de sa

chute d'août 2017. Après avoir consulté la clinique des Grangettes le 5 septembre 2017, où le diagnostic de bursite olécrânienne a été posé (pour le coude droit), le recourant n'a plus consulté avant fin mai 2018, soit (plus de) sept mois plus tard. Une échographie de l'épaule été pratiquée, mettant en évidence une tendinite calcifiante du supraépineux et une tendinopathie de l'infraépineux. Le médecin-conseil d'AXA a rendu un rapport dans lequel il affirme clairement que les troubles de l'épaule survenus 7 mois après la chute sur le coude ne sont pas en relation de causalité avec celle-ci, en en donnant les raisons. Une arthrographie et arthroscanner de l'épaule était mise en place le 16 novembre 2018. Une nouvelle fois l'examen n'a pas permis de détecter de lésion traumatique de l'épaule, mais seulement une calcification au niveau de la partie postérieure du tendon susépineux. Il ressort donc clairement que les troubles dont le recourant se plaint sont d'origine malade.

13. Par courrier du 28 avril 2019, le recourant a indiqué être venu consulter le dossier au greffe de la juridiction. Il a sollicité la possibilité d'une courte audience, estimant pouvoir plus facilement s'exprimer verbalement.
14. La chambre de céans a dès lors entendu les parties en comparution personnelle le 8 juillet 2019:

Le recourant a déclaré: " Je confirme le déroulement des faits, soit la chute que j'ai faite à ma sortie d'avion à Zurich le 27 août 2017. J'ai en effet chuté sur mon coude droit. Il y avait beaucoup de sang, j'ai un peu perdu mes esprits mais les ai retrouvés assez rapidement et le personnel de l'avion m'a secouru. J'ai été pansé de suite sur place. J'avais également mal à la cheville. On m'a d'ailleurs mis une attelle une dizaine de jours après à Annemasse et cela s'est assez vite résorbé. Après ma consultation aux Grangettes, j'ai en effet encore eu des douleurs au coude, pendant un certain temps, mais qui ont disparu dans le courant de l'automne 2017. En revanche, dès le mois de janvier 2018, j'ai commencé à ressentir des douleurs dans l'épaule. Au début, je n'y ai pas vraiment pris garde, je me suis dit que cela allait passer. Mais comme cela ne passait pas et que mes douleurs étaient de plus en plus vives, j'ai été consulter mon ancien médecin de famille à Cranves-Sales, le Dr D_____. Il m'a examiné et m'a dit dans un premier temps qu'il n'y avait pas grand-chose à faire, que cela allait passer après quelques mois. Il m'a toutefois prescrit une échographie. Les choses ne s'améliorant pas, après quelque temps j'ai souhaité le revoir. Il n'était pas disponible de sorte que j'ai été reçu par sa remplaçante, la Dresse F_____. Elle aussi était du même avis que son confrère. Par contre, étant plus jeune que son confrère, je pense qu'elle a voulu par acquit de conscience me faire faire des examens complémentaires, soit une arthro-IRM et un arthroscanner de l'épaule. Ces deux médecins m'ont dit que c'était normal après le coup que j'avais dû recevoir en chutant. Ils m'ont dit qu'il n'y avait en aucun cas de rapport avec mon âge, mon épaule ou mon état général. Je n'avais en effet jamais eu de douleurs à cette épaule. Je dois dire que j'ai toujours été très sportif, depuis ma jeunesse. A l'âge de 16 ans, j'ai d'ailleurs été champion de gymnastique d'Ile de France, j'ai fait

également beaucoup d'autres sports, du VTT (je viens d'ailleurs de m'en racheter un nouveau), de la voile également et beaucoup de marche en montagne. J'ai d'ailleurs participé au dernier Bol d'Or, où il y a eu cette fameuse tempête; nous étions sur un Surprise et nous avons été très sérieusement secoués. C'est d'ailleurs étonnant qu'il n'y ait pas eu plus de dégâts que cela. De fait, mes douleurs ont aujourd'hui complètement disparu, mais je garde encore quelques difficultés à avoir une complète mobilité de l'épaule, mais cela est anecdotique. Finalement je suis content que les choses se soient terminées comme cela."

M. K_____, pour l'intimée : " Pour répondre à votre question, à savoir si nous nous trouvons dans un cas d'application de lésions assimilées au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, vu la date de l'accident, je vous réponds qu'à mon sens nous ne sommes pas dans un tel cas de figure, car il s'agit d'une tendinopathie, avec calcification, mais sans lésion traumatique (déchirure ou rupture)."

Le recourant : " Je ne conteste pas les conclusions de l'arthro-IRM (auxquelles M. K_____ vient de faire allusion, pour ce qui est de l'absence de rupture, mais j'observe que le Dr H_____ dans son courrier du 22 novembre 2018 parle d'algodystrophie en phase froide, avec grande raideur gléno-humérale consécutive à un traumatisme et probablement indépendant de la calcification qui est peu symptomatique. Ce médecin m'avait d'ailleurs indiqué que les choses allaient passer avec le temps, prenant l'image d'un feu de forêt qui ne peut plus être nourri de bois lorsque tout a brûlé. On peut dire qu'il avait raison et cela m'a beaucoup rassuré."

Sur quoi: la cause est gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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

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

4. A teneur de l'art. 60 LPGA le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie. Selon l'art. 39 al 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé. Sur le plan cantonal, les principes énoncés par les dispositions susmentionnées de la LPGA sont repris à l'art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), s'agissant du délai de recours; selon l'art. 64 al. 2 LPA le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité.

En l'espèce l'acte valant recours a été adressé en temps utile à l'intimée qui l'a transmis à la chambre de céans. Le recours est donc recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge les troubles de l'épaule droite, singulièrement si ces troubles étaient en relation avec l'accident du 27 août 2017, d'une part, et si les troubles diagnostiqués étaient le cas échéant assimilables à un accident comme le soutient le recourant, - ce que conteste l'intimée - et en tout état si ces troubles étaient attribuables d'une manière prépondérante à un état dégénératif, comme le retient l'intimée.
6. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

Le 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*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).
8. 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 du 20 décembre 1982 (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.
9. 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).

10. La doctrine relève que selon la lettre de la nouvelle disposition, ce n'est pas uniquement l'exigence d'un facteur extérieur qui disparaît, mais également celle liée à l'existence des autres éléments constitutifs de l'accident. Il y aurait ainsi obligation de prêter de l'assureur-accident chaque fois qu'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, et ce même si l'assuré ne cite aucun événement auquel la lésion pourrait être imputée ou à la suite duquel elle serait apparue. Savoir s'il s'agit vraiment là de l'intention du législateur est peu clair. Une telle solution apparaîtrait certainement en contradiction avec la possibilité de l'assureur de se libérer de prêter. La présomption légale de droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste ne peut en effet être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle « n'est pas due » (ndr. recte: est due) de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Si la survenance d'un événement en tant que condition du droit aux prestations n'est plus exigée, il y a lieu de se demander en comparaison de quelle autre cause l'atteinte doit être imputée de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En d'autres termes, si aucune autre cause de la lésion n'est avancée, l'usure ou la maladie apparaîtront prépondérantes dans la plupart des cas. Cette question devra être clarifiée par la jurisprudence (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, RSAS 2017 p. 32-33) (voir notamment à ce sujet ATAS/747/2019 du 22 août 2019).
11. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas

rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

12. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
13. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

14. 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).

15. 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).
16. 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).
17. En l'espèce, l'intimée, se référant aux appréciations de son médecin-conseil, refuse de prendre en charge les troubles de l'épaule droite. Le recourant, pour sa part, conteste l'appréciation du Dr E_____, lui opposant l'avis unanime de ses médecins traitants et autres physiothérapeutes qui, tous selon lui, mettent en relation les diagnostics posés avec l'accident du 27 août 2017. Il s'agit donc de déterminer, dans un premier temps, si l'appréciation et les conclusions du rapport du Dr E_____

peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment.

Dans le cas particulier, la chambre de céans considère que tel est bien le cas.

Ce rapport, du 3 octobre 2018 qui prend en compte des renseignements anamnestiques, certes relativement sommaires, mais suffisants en l'espèce pour que le médecin-conseil de l'intimée ait pu se forger une opinion cohérente, exempte de contradictions, fondée sur les éléments médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction, et qui sont propres à étayer de façon convaincante les conclusions auxquelles il parvient. On rappellera également, répondant à l'objection du recourant qui conteste l'appréciation du Dr E_____ au motif que ce dernier ne l'a pas examiné personnellement, que selon la jurisprudence, 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). Tel est bien le cas en l'espèce, quand bien même, comme relevé ci-dessus, et comme on le verra concrètement, les rapports médicaux établis par les médecins traitants et autres spécialistes consultés jusqu'au stade où le dossier a été soumis au médecin-conseil, ne se sont prononcés sur la relation entre les diagnostics posés et l'accident du 27 août 2017 que sur les seules déclarations subjectives du patient, mais sans rechercher de façon approfondie les éléments anamnestiques pertinents (passé de grand sportif du recourant notamment). Ce dernier se réfère à l'accident du 27 août 2017 comme l'explication des douleurs apparues en janvier 2018 seulement, indiquant n'avoir jamais ressenti de douleurs dans l'épaule avant l'accident concerné; ce qui en soi n'est pas suffisant pour établir un lien de causalité naturelle entre les douleurs ressenties à l'épaule droite, - qui sont objectivement apparues de nombreux mois après l'événement du 27 août 2017 - et cet événement (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

On relèvera également que, quand bien même le Dr E_____, qui s'est prononcé le 3 octobre 2018, ne disposait pas, à ce moment-là, des résultats de l'arthroscanner, évoqué dans son avis comme prévu, et pas non plus du rapport de la consultation spécialisée rendue par le docteur H_____ en date du 22 novembre 2018, ces éléments complémentaires, loin d'apporter des éléments susceptibles de mettre en doute son avis et ses conclusions, ne font que le conforter:

- En date du 16 novembre 2018, l'Institut d'imagerie médicale du Léman (docteur I_____, spécialiste en radiologie), a procédé à une arthrographie et arthroscanner de l'épaule droite: il relève notamment l'absence d'anomalie du tendon sous-scapulaire; tendon bicipital en place; calcifications denses au niveau de la partie postérieure du tendon susépineux présentant un aspect légèrement tuméfié à ce niveau; absence d'anomalie du tendon sous-épineux ou du tendon sous-scapulaire;

deux géodes de la face postérieure de l'humérus communiquant avec la surface articulaire; absence d'anomalie des bourrelets glénoïdiens. Ce rapport confirme les constatations médicales, et radiologiques antérieures, qui ne mettaient en évidence aucun signe de rupture des tendons concernés; le recourant ne le conteste d'ailleurs pas, comme il l'a rappelé lors de son audition par la chambre de céans : " Je ne conteste pas les conclusions de l'arthro-IRM (auxquelles) M. K_____ vient de faire allusion, pour ce qui est de l'absence de rupture... "

- et plus encore, le rapport de consultation spécialisée du Dr H_____ du 22 novembre 2018 constate tout d'abord que le début des douleurs à l'épaule remonte à cinq mois après l'accident du 27 août 2017; il relève que l'échographie à laquelle il avait été procédé en mai 2018 mettait en évidence une calcification, que le testing de la coiffe est sensible mais que cette coiffe est globalement tonique, qu'elle ne comporte pas de rupture et conclut à une algodystrophie en phase froide, avec grande raideur glénohumérale consécutive à un traumatisme et probablement indépendant de la calcification qui selon lui est peu symptomatique. En revanche, le rapport du Dr H_____ comporte des compléments anamnestiques importants, notamment le fait que le patient pratique régulièrement le sport (ski, marche en montagne, vélo.). De ce point de vue, on relèvera que la pratique régulière du sport par le recourant a encore été plus intensément décrite par lui-même lors de son audition par la chambre de céans ; il a en effet déclaré : " Je dois dire que j'ai toujours été très sportif, depuis ma jeunesse. A l'âge de 16 ans, j'ai d'ailleurs été champion de gymnastique d'Ile de France, j'ai fait également beaucoup d'autres sports, du VTT (je viens d'ailleurs de m'en racheter un nouveau), de la voile également et beaucoup de marche en montagne. J'ai d'ailleurs participé au dernier Bol d'Or, où il y a eu cette fameuse tempête, nous étions sur un Surprise et nous avons été très sérieusement secoués. C'est d'ailleurs étonnant qu'il n'y ait pas eu plus de dégâts que cela. De fait, mes douleurs ont aujourd'hui complètement disparu, mais je garde encore quelques difficultés à avoir une complète mobilité de l'épaule, mais cela est anecdotique. "

En relation avec le diagnostic retenu de tendinite ou tendinopathie, on consultera utilement, à titre d'exemple, un article médical (Tendinopathies : physiopathologie et options thérapeutiques conservatrices) dans lequel l'auteur, relève, en résumé, que les atteintes abarticulaires représentent un nombre élevé de consultations en médecine du sport. Les lésions tendineuses sont fréquemment secondaires à des lésions de surcharge favorisées par des facteurs extrinsèques. L'image histologique de lésions chroniques montre en priorité des troubles dégénératifs. Une composante inflammatoire est rarement mise en évidence : le terme de tendinite est le plus souvent usurpé, celui de tendinopathie doit lui être préféré. ... En médecine du sport, aussi bien chez des sportifs amateurs que professionnels, les lésions tendineuses sont fréquentes, jusqu'à 30 % chez les coureurs à pied et 40 % chez les joueurs de tennis.¹ Elles sont, le plus souvent, de nature microtraumatique, secondaires à des lésions de surcharge, liées à des facteurs extrinsèques. Elles

peuvent toucher le corps du tendon, son insertion sur l'os, formant alors une enthésopathie, ou les structures péri-tendineuses à l'origine de téno-synovite, de paratendinite ou de bursite. (Revue Médicale Suisse 2005; volume 1. 30576). Dans le cas d'espèce la pratique de la gymnastique au niveau où le recourant la pratiquait à l'époque entre typiquement dans le genre de sollicitations de l'organisme propres à entraîner ce genre d'atteintes à l'épaule notamment.

En somme, le Dr E_____ a abouti à la conclusion que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite de cet assuré et l'accident du 27 août 2017 devait clairement être nié pour les raisons suivantes : 1. Absence de plaintes au niveau de l'épaule droite lors de la consultation en urgence du 5/09/2017 (clinique des Grangettes) ; 2. Une tendinopathie calcifiante est une maladie dégénérative de la coiffe des rotateurs qui survient pratiquement toujours sans la moindre notion de traumatisme ; 3. Ce n'est que huit mois après le traumatisme que l'assuré a consulté pour cela. En résumé, la tendinopathie calcifiante de l'épaule droite de cet assuré est certainement indépendante de l'accident du 29/8/2017 et doit être prise en charge par son assurance-maladie, dans son cas la sécurité sociale française.

S'agissant de l'erreur de détail concernant l'identité de l'assureur-maladie, erreur que le recourant relevait à l'appui de sa contestation des conclusions du rapport du Dr E_____, celle-ci n'entame évidemment pas la substance ni la cohérence de l'avis du médecin-conseil; le recourant ne saurait en tirer argument pour que l'on puisse sérieusement nourrir un doute sur le sérieux des observations et de l'analyse du dossier par le Dr E_____.

18. Le recourant invoque encore l'application à son cas de l'art. 6 al. 2 LAA, aux termes duquel 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). L'intimée le conteste; elle l'a encore confirmé lors de l'audience de comparution personnelle : " Pour répondre à votre question, à savoir si nous nous trouvons dans un cas d'application de lésions assimilées au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, vu la date de l'accident, je vous réponds qu'à mon sens nous ne sommes pas dans un tel cas de figure, car il s'agit d'une tendinopathie, avec calcification, mais sans lésion traumatique (déchirure ou rupture)."

On rappellera que l'ancien art. 9 al. 2 OLAA de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (- 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.

Force est de constater en l'occurrence que les éléments recueillis au dossier excluent précisément toute rupture ou déchirure de tendons au sens de la disposition concernée, de sorte que les atteintes litigieuses et leur origine ne peuvent tomber sous l'application de l'art. 6 al. 2 LAA. Et quoi qu'il en soit, même à supposer que tel fut le cas, on doit retenir, dans le cas particulier, que l'atteinte était de toute manière due à un phénomène dégénératif, à tout le moins prépondérant, sinon exclusif.

On ne saurait au demeurant déduire du fait que, comme le recourant l'a précisé lors de l'audience de comparution personnelle, les douleurs aient désormais complètement disparu, que cet élément constituerait l'indice d'une origine accidentelle, car en effet, comme les médecins consultés le lui avaient annoncé, même en présence d'un phénomène dégénératif, les douleurs parviennent à disparaître, même spontanément, au bout d'un certain temps, seul un traitement conservateur étant nécessaire sinon utile; ce qui fut le cas en l'espèce.

19. Le recourant a encore fait valoir, lors de son audition par la chambre de céans : " Je ne conteste pas les conclusions de l'arthro-IRM (auxquelles) M. K_____ vient de faire allusion, pour ce qui est de l'absence de rupture, mais j'observe que le Dr H_____ dans son courrier du 22 novembre 2018 parle d'algodystrophie en phase froide, avec grande raideur gléno-humérale consécutive à un traumatisme et probablement indépendant de la calcification qui est peu symptomatique. Ce médecin m'avait d'ailleurs indiqué que les choses allaient passer avec le temps, prenant l'image d'un feu de forêt qui ne peut plus être nourri de bois lorsque tout a brûlé. On peut dire qu'il avait raison et cela m'a beaucoup rassuré."

S'agissant de l'algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe – SDRC) évoquée par le Dr H_____, pour admettre le lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, doivent être présents les critères cumulatifs retenus par la jurisprudence à savoir: a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.); c) courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

Au vu de ce qui précède, dans le cas d'espèce à tout le moins deux sinon les trois critères cumulatifs exigés par la jurisprudence (preuve d'une lésion physique après accident et temps de latence maximum six à huit semaines) ne sont pas réunis en l'espèce. S'agissant de la preuve d'une lésion physique, tous les rapports médicaux et radiologiques s'accordent à constater l'absence de rupture ou lésion transfixiante totale ou même partielle. On relèvera également, s'agissant de l'apparition des douleurs, - outre ce que le Dr H_____ consignait déjà dans son rapport du 22 novembre 2018 -, que le recourant, entendu par la chambre de céans a déclaré à ce sujet : " ..., dès le mois de janvier 2018, j'ai commencé à ressentir des douleurs

dans l'épaule. Au début, je n'y ai pas vraiment pris garde, je me suis dit que cela allait passer. Mais comme cela ne passait pas et que mes douleurs étaient de plus en plus vives, j'ai été consulter mon ancien médecin de famille à Cranves-Sales, le Dr D_____. Il m'a examiné et m'a dit dans un premier temps qu'il n'y avait pas grand-chose à faire, que cela allait passer après quelques mois..."

Ainsi ce grief tombe à faux également.

20. Ainsi, la décision entreprise ne saurait être critiquée, l'intimée ayant à juste titre nié le lien de causalité entre les douleurs à l'épaule droite et l'accident du 27 août 2017, refusant ainsi leur prise en charge.

En tous points mal fondé le recours ne peut qu'être rejeté.

21. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89 H al. 1 LPA)

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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