

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1433/2023

ATAS/312/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mai 2024

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

Siégeant : Laurence PIQUEREZ, Présidente suppléante, Yves MABILLARD, Michael RUDERMMAN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Le 2 décembre 2022, B_____ Sàrl, société sise au Petit-Lancy (GE), a annoncé à la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) que le 29 novembre 2022, leur employé A_____ (ci-après : l'assuré), engagé en qualité de chauffeur-livreur poids lourd, avait glissé au moment de remonter dans son camion. Il s'était alors rattrapé et avait ressenti une décharge électrique dans l'épaule droite. Il était depuis en incapacité de travail.

b. Le jour même, l'assuré s'est présenté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison des douleurs ressenties. Une IRM de l'épaule droite a été effectuée avec pour indication « Omalgie droite post-trauma du 29.11.2022, Impotence fonctionnelle dans tous les plans depuis » ; un antécédent de rupture de la coiffe des rotateurs avec intervention réparatrice était également mentionné dans l'ordonnance y relative.

Les docteurs C_____ et D_____, radiologues aux HUG, ont relevé dans leur rapport du 30 novembre 2022 une absence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible sur les radiographies et la préservation des rapports articulaires. L'espace sous-acromial était diminué en lien avec la lésion de la coiffe des rotateurs connue. Un « critical shoulder » angle à la limite inférieure était observé, de même qu'une discrète omarthrose. Il n'y avait pas de calcification intra ou péri-articulaire.

c. Dans leur rapport du 30 novembre 2022, les docteurs E_____ et F_____, de l'unité d'urgences ambulatoires, ont mentionné que l'assuré était connu pour des antécédents de lésion bilatérale de la coiffe des rotateurs traités chirurgicalement en 2017 et 2019 par le docteur G_____. L'assuré faisait état de douleurs à l'épaule antérieure présentes dans tous les mouvements de l'épaule, suite à une glissade en descendant de son camion à l'occasion de laquelle il s'était tapé le coude droit sur le marchepied avec élévation de l'épaule. L'assuré avait exprimé une douleur lors de la palpation de la glène, mais non lors de celle de l'humérus, de la clavicule et de l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire. Aucune douleur lors de la palpation du sus-épineux et du sous-épineux n'était relevée. Les médecins ont posé le diagnostic différentiel de lésion de la coiffe des rotateurs, une fracture et une luxation n'étant pas visualisées sur la radiographie.

d. Une IRM réalisée le 7 décembre 2022 a mis en évidence une luxation du tendon du long chef du biceps hors de sa gouttière secondaire à une déchirure du ligament huméral et à une désinsertion / déchirure du tendon du muscle sous-scapulaire ; une déchirure interstitielle / partielle du tendon du long chef du biceps ; une tendinopathie fissuraire du tendon du muscle sus-épineux sur son versant articulaire se prolongeant par une lame de liquide dans son corps charnu

sans perforation transfixiante ; et un petit épanchement articulaire gléno-huméral avec une lame de liquide dans la bourse sous acromiale.

e. Par courrier du 14 décembre 2022, la SUVA a confirmé à l'assuré la prise en charge des suites de l'accident professionnel du 29 novembre 2022.

f. Le 22 décembre 2022, l'assuré a avisé la SUVA qu'une opération devait être planifiée et qu'il avait rendez-vous le 4 janvier 2023 chez son chirurgien en France.

g. Le docteur H_____, orthopédiste, a posé le diagnostic de rupture itérative du sous-scapulaire de l'épaule droite suite à un accident du travail survenu le 29 novembre 2022 (rapport du 4 janvier 2023). Il a relevé une absence d'amélioration, mais un bon pronostic en cas de réparation de la coiffe. Une opération était fixée le 16 janvier 2024 et la durée prévisible du traitement était de six à neuf mois.

h. Lors de ladite intervention, le Dr H_____ a procédé à un bilan intra-articulaire gléno-huméral. Il a constaté que les cartilages, le bourrelet, la capsule, la synoviale étaient sains. Le sous-scapulaire était rompu au stade 4. Le tendon du long biceps était absent. Le sus-épineux était rompu au stade 1a ; le sous-épineux était sain ; la taille totale de rupture de la coiffe était moyenne (entre 1 et 3 cm) ; le conflit sous-acromial était modéré, mais il y avait un conflit retrocoracoïdien majeur ; l'arthropathie acromio-claviculaire était modérée (compte-rendu opératoire du 16 janvier 2023).

i. L'assurance a soumis le cas à son médecin-conseil.

Dans son appréciation du 10 février 2023, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a considéré que l'état de santé de l'assuré était déjà altéré avant l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, surtout en relation avec la prise en charge d'une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. S'agissant des anomalies génératives, il a renvoyé à l'IRM réalisée le 7 décembre 2022. Le Dr I_____ a indiqué qu'il n'y avait pas, dans les conditions du cas d'espèce, d'atteinte à la santé qui pouvait être, au degré de la vraisemblance prépondérante, causée par l'accident. Aucun rapport médical n'évoquait une lésion grave, telle une fracture ou une luxation. Les éléments observés sur l'IRM étaient de nature malade et aucun d'entre eux ne pouvait être considéré comme consécutif à un sinistre assuré par la SUVA, la lésion du biceps faisant partie de l'histoire naturelle des ruptures de la coiffe des rotateurs anciennes. Le Dr I_____ a estimé pouvoir accepter, dans le meilleur des cas, une déstabilisation temporaire avec un retour à l'état antérieur dans les quatre semaines qui suivaient l'événement annoncé.

B. a. Par décision du 6 mars 2023, la SUVA a annoncé à l'assuré la fin des prestations versées au 12 mars 2023 faute de causalité, l'état de santé tel qu'il eût été sans l'accident du 29 novembre 2022 pouvant être considéré comme atteint à

quatre semaines de l'événement initial au plus tard. Les troubles persistants à l'épaule n'étaient donc plus considérés comme en lien avec l'accident.

b. Le 27 mars 2023, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a conclu à la poursuite du versement des prestations par l'assureur, considérant que les atteintes présentées étaient en lien de causalité avec l'accident. Le 5 avril 2023, l'intéressé a complété son opposition en fournissant des documents complémentaires, dont un rapport établi le 3 avril 2023 par le Dr H_____. Ce médecin y expliquait que son patient avait subi une déchirure des tendons de la coiffe et une luxation du tendon du long chef du biceps. Ces traumatismes avaient été causés par l'impact lors de l'accident. L'assuré n'avait plus aucune amplitude de l'épaule et les mouvements étaient douloureux et restreints. Il a ajouté qu'une rupture traditionnelle ou due à l'usure de la coiffe des rotateurs ne pouvait avoir un impact d'une telle gravité sur l'épaule. L'opération était justifiée par le choc subi en novembre 2022 et un certain temps était nécessaire pour la rééducation et la récupération totale des mouvements.

C. a. Par décision du 17 avril 2023, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Se fondant sur le rapport du Dr I_____, elle a considéré que l'avis du Dr H_____ ne résistait pas à l'analyse, d'autant qu'il était fondé sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc ».

b. Agissant par son conseil le 24 avril 2023, l'assuré a prié la SUVA de reconsidérer sa position et sollicité la poursuite du versement des prestations, tant quant aux frais médicaux qu'aux indemnités journalières jusqu'à son complet rétablissement, en vain.

D. a. L'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 17 avril 2023 par acte du 1^{er} mai 2023. À titre préalable, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire portant sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 29 novembre 2022 et les lésions constatées et sur « le *statuo quo sine* ou *ante*, des suites dudit accident et de la réalisation de l'opération chirurgicale du 16 janvier 2023 ».

À titre principal, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, à la condamnation de l'intimée à prendre à sa charge les conséquences de l'accident du 29 novembre 2022, y compris le rétablissement post-opératoire, et à lui verser les prestations d'assurance correspondantes jusqu'à la présence d'un *statu quo sine* ou *ante*.

Le recourant a tout d'abord rappelé les circonstances de l'accident, à savoir qu'ayant glissé en descendant de son camion, il s'était rattrapé avec la main droite à une poignée présente sur le véhicule, ce qui avait eu pour conséquence que le poids de son corps s'était reporté entièrement sur l'épaule droite. Il avait immédiatement ressenti des douleurs et une sensation de luxation de l'épaule. En raison de l'impotence fonctionnelle immédiate, il avait consulté les urgences des HUG. Il ne niait pas les antécédents de rupture de la coiffe des rotateurs, traités

chirurgicalement en 2013 pour l'épaule droite et 2017 pour l'épaule gauche, sans aucune limitation fonctionnelle jusqu'à l'événement du 29 novembre 2022. Il a fait valoir que la SUVA n'avait pas nié le caractère accidentel de l'événement du 29 novembre 2022, en prenant en charge l'intervention chirurgicale du 16 janvier 2023. Toutefois, elle avait écarté l'existence d'un lien de causalité au plus tard quatre semaines après l'événement, l'ensemble des lésions constatées par IRM étant de nature malade et non accidentelle selon le Dr I_____. Le recourant a contesté ces conclusions, les considérant non probantes, car contredites par le Dr H_____. Ce médecin avait exposé qu'une rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs n'aurait pas eu un impact et une gravité tels que ceux constatés notamment lors de l'intervention de janvier 2023 chez l'assuré. Relevant qu'une déchirure totale du sous-scapulaire avait été mise en évidence lors de l'intervention, le recourant a estimé si cette lésion s'expliquait, comme semblait le croire l'assureur, par sa seule nature dégénérative, il aurait déjà souffert de limitations fonctionnelles avant l'accident, ce qui n'était pas le cas. Il a également relevé que les conclusions de l'IRM ne montraient pas de prévalence d'un facteur dégénératif ou malade, mais faisaient état de déchirures et d'une luxation d'un tendon. Le recourant a également fait grief à l'intimée de n'avoir pas instruit la question des antécédents, aucun document d'imagerie médicale antérieur à l'accident ne figurant au dossier. Faute d'éléments pertinents au dossier sur ce point, l'avis du Dr I_____ n'était pas probant. En tout état, il revenait à l'intimée de démontrer que les affections étaient exclusivement dues à des causes étrangères à l'accident, ce qu'elle avait omis de faire. Enfin, l'intimée devait indemniser les suites post-opératoires jusqu'à la présence d'un *statu quo sine* ou *ante*, puisqu'elle avait admis implicitement le lien de causalité entre l'événement de novembre 2022 et l'opération du 16 janvier 2023, en prenant en charge cette dernière.

En cas de doute sur ce qui précédait, une expertise judiciaire – ayant pour but de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre l'événement de novembre 2022 et les affections constatées à l'IRM et lors de l'intervention chirurgicale, ainsi que de dater le *statu quo sine* ou *ante*, y compris des suites de l'opération chirurgicale précitée – devait être ordonnée.

Dans un moyen subsidiaire, le recourant a estimé que les affections constatées entraient dans le champ des lésions assimilées au sens de l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) et que l'intimée devait dès lors continuer à prester jusqu'au rétablissement complet (*statu quo ante* ou *sine*), ou à tout le moins durant la période usuelle de rétablissement fixée par le Dr H_____. L'intimée n'avait en effet pas démontré la prédominance du caractère malade des affections constatées.

b. Par mémoire du 2 juin 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel à sa décision entreprise. S'agissant de l'argument relatif aux lésions assimilées, il devait être écarté, seul l'art. 6 al. 1 LAA trouvant application

lorsque le caractère accidentel de l'événement était admis, comme en l'espèce. Quant à l'avis du Dr H_____, il faisait totalement abstraction de l'état antérieur du recourant et ne pouvait, dès lors, se voir attribuer une pleine valeur probante, contrairement aux conclusions du Dr I_____, que ce médecin avait confirmées dans un avis du 22 mai 2023. Enfin, un complément d'instruction n'était pas justifié au cas d'espèce, le dossier étant suffisant pour permettre à l'autorité de se prononcer.

c. Répliquant par écriture du 26 juin 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a produit un avis du Dr H_____ du 14 juin 2023, dans lequel ce praticien exposait que, malgré le fait que la rupture soit intervenue sur une coiffe déjà opérée en 2013, la lésion lui paraissait compatible avec le traumatisme subi le 29 novembre 2022. Il maintenait donc son avis aux termes duquel il s'agissait d'une rupture aiguë, sans pour autant pouvoir exclure une composante dégénérative. La récupération de l'opération effectuée en 2013 par le Dr G_____ était satisfaisante selon l'anamnèse ainsi que les consultations et examens effectués par son confrère dans les années suivant l'opération. L'opération du 16 janvier 2023 était compatible avec l'accident de 29 novembre 2022. L'avis du Dr I_____, lequel était rendu sans aucune connaissance de l'état de l'épaule avant l'accident du 29 novembre 2022, et donc en particulier des suites de l'intervention de 2013, ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Il a dès lors reproché à l'intimée de ne pas avoir investigué la question de l'événement survenu en 2013, rappelant la nécessité d'une expertise médicale judiciaire. Enfin, le recourant a mentionné que son cas entrait dans le champ des lésions assimilées et que partant, l'intimée devait continuer de prester.

d. Dans sa duplique du 6 juillet 2023, l'intimée a relevé que le Dr H_____ confirmait la compatibilité des atteintes avec le traumatisme, sans toutefois exclure une composante chronique/dégénérative. L'intimée a ensuite rappelé que l'accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard quatre semaines après sa survenance, tout en précisant que le caractère accidentel n'était pas litigieux.

e. Par courrier du 12 juillet 2023, le recourant a persisté dans ses écritures.

EN DROIT

1.

1.1 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 LAA.

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

1.2 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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 12 mars 2023, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles invoqués et l'accident du 29 novembre 2022 postérieurement à cette date et, le cas échéant, la date à laquelle un éventuel *statu quo sine vel ante* a été atteint.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. 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. al. 1 des 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 à compter du 1^{er} janvier 2017.

3.2 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 142 V 219 consid. 4.3.1 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

3.3 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue également ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

3.4 Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre. Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés :

- Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que *le statu quo ante vel sine* soit atteint ;
- Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50 % à l'usure ou à une maladie..

3.5 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).

3.5.1 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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.

3.5.2 Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

3.6 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

4.

4.1 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).

4.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

4.3 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).

4.3.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.3.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4.3.3 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

4.3.4 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 52 ; 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).

5.

5.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas

être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

6. 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. 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).

7.

7.1 En l'espèce, le 29 novembre 2022, le recourant a glissé sur le marchepied de son camion et s'est rattrapé à une poignée du véhicule, déplaçant ainsi abruptement tout son poids sur le membre supérieur droit, ce qui a engendré immédiatement une douleur dans l'épaule sous la forme de décharge électrique et une impotence fonctionnelle dans tous les plans. Un tel événement constitue à l'évidence un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée ne remet d'ailleurs pas en question. Le droit aux prestations d'assurance doit par conséquent être examiné sous l'angle des conditions fixées à l'art. 6 al. 1 LAA.

7.2 Se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, l'intimée a mis un terme aux prestations quatre semaines après l'accident, au motif que la persistance des troubles au-delà de cette durée ne serait plus en lien de causalité avec l'événement assuré. Le médecin a en effet estimé qu'il fallait considérer que le *statu quo sine vel ante* avait alors été atteint, eu égard à l'absence de lésion grave telle qu'une fracture ou une luxation et aux antécédents de rupture de la coiffe des rotateurs traitée chirurgicalement.

Ce médecin a considéré que l'état de santé du recourant était déjà altéré avant l'accident, en relation avec la prise en charge d'une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs. Or, ce postulat de base n'est confirmé par aucun document médical. En effet, s'il est constant que le recourant a subi une intervention chirurgicale de la coiffe des rotateurs à droite en 2013, la raison ayant justifié cette dernière n'est pas mentionnée dans le dossier constitué par l'assurance. De même, la récupération post-chirurgicale en 2013 n'est pas documentée. Le Dr H_____

fait état, dans son dernier avis, d'une bonne récupération, sur la base du dossier constitué par son confrère et de l'anamnèse du patient. Un état dégénératif maladif avancé de l'épaule droite au moment de l'accident n'est dès lors pas établi, sans qu'il soit pour autant possible de l'exclure non plus. Pour ce premier motif déjà, les conclusions du Dr I_____ ne sauraient se voir accorder pleine valeur probante. En outre, ce médecin, qui n'a au demeurant pas examiné le recourant et dont la constatation relative à l'absence de luxation est infirmée par le rapport d'IRM du 7 décembre 2022, considère que l'ensemble des anomalies constatées par ce dernier examen relèverait d'une tendinopathie multiple de la coiffe des rotateurs. Cette opinion est valablement contredite par le chirurgien traitant, qui expose – sans exclure toutefois une composante chronique/dégénérative – que le recourant n'aurait pas été impacté de manière aussi sévère si la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs et la luxation du tendon du long chef du biceps avaient été le fait de l'usure.

Il suit de ce qui précède que l'avis du médecin-conseil de l'intimée ne saurait être suivi, ce d'autant que l'instruction de la cause est manifestement lacunaire, aucun élément ne permettant de déterminer l'état antérieur à l'accident du 29 novembre 2022, ni de déterminer, cas échéant, si et quand le *statu quo sine vel ante* a été atteint. À ce dernier propos, le Dr I_____ ne donne aucune motivation qui permettrait de comprendre comment il a fixé le *statu quo sine* à quatre semaines.

La chambre de céans se trouve dès lors dans l'impossibilité de se déterminer sur les points litigieux de la cause.

7.3 Il appartiendra dès lors à l'intimée, en application de la jurisprudence rappelée ci-dessus, de compléter son instruction s'agissant de l'état antérieur de l'épaule du recourant. Il est à ce propos curieux qu'elle n'ait jamais soumis de questions spécifiques au médecin traitant du recourant concernant la problématique précise du lien de causalité entre l'accident et les différentes affections dont il souffre, de même qu'il est surprenant qu'elle n'ait pas sollicité le dossier médical de l'intéressé s'agissant de l'intervention subie en 2013 et de ses suites.

7.4 En outre, dans la mesure où la décision querellée s'appuie exclusivement sur l'avis d'un médecin interne à l'intimée, dont les conclusions sont valablement remises en cause par l'orthopédiste traitant, la cause ne saurait être tranchée sans la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA. La cause étant renvoyée à l'assureur pour qu'il complète son instruction, il lui appartiendra ensuite également d'ordonner une expertise orthopédique. Dans l'hypothèse où l'expert venait à conclure à une origine malade des affections, il lui reviendrait alors d'analyser la question du *statu quo sine vel ante*, et de déterminer précisément si, et depuis quand, l'accident n'est plus une cause – même partielle – du dommage.

Il appartiendra enfin à l'intimée de se prononcer sur le droit du recourant aux diverses prétentions découlant de l'assurance-accidents, étant rappelé que tant et

aussi longtemps que l'accident est une cause, même partielle, de l'atteinte, l'assureur est tenu à prestations.

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 17 avril 2023 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RPFA – E 5 10.03]).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 17 avril 2023.
4. Lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Laurence PIQUEREZ

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