



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1661/2023

ATAS/92/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} février 2024

Chambre 3

En la cause

A _____
représenté par Me Andrea VON FLÜE, avocat

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, est monteur-électricien et a travaillé à compter du 4 juillet 2022 auprès de l'entreprise B_____ pour une mission intérimaire devant se terminer le 26 août 2022.
- b.** Le 12 août 2022, l'assuré a été victime d'un accident qu'il a décrit de la manière suivante :
- « En descendant par la trappe de l'échafaudage, j'ai glissé et j'ai voulu me rattraper avec la main droite mais lorsque j'ai saisie (sic) l'échafaudage, je me suis cogné avec mon épaule droite. Je n'ai pas senti immédiatement la douleur et j'ai continué ma journée de travail mais une fois la journée passé (sic), j'ai ressenti une douleur à l'épaule droite » (cf. déclaration de sinistre du 16 août 2022).
- c.** Le 15 août 2022, l'assuré a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, qui a retenu le diagnostic de contusion de l'épaule droite et lui a prescrit un arrêt de travail du 15 au 19 août 2022, prolongé par la suite jusqu'au 26 août 2022. Dans un rapport du 25 août 2022, le médecin a indiqué avoir objectivement constaté une tuméfaction de l'épaule droite au niveau du deltoïde, avec une abduction à 90°, une élévation à 90° et une extension à 30°.
- d.** Des radiographies et une échographie pratiquées le 23 septembre 2022 par le docteur D_____ ont montré des signes en faveur d'une tendinopathie chronique du sus-épineux avec une macro-calcification distale ainsi qu'une déchirure partielle des fibres superficielles du sus-épineux associée à un épanchement liquidien dans la bourse sous-deltoïdienne.
- e.** Le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et gériatrie, a établi des certificats d'arrêt de travail pour la période du 1^{er} au 30 octobre 2022.
- f.** Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 28 novembre 2022 a mis en évidence une tendinopathie de la coiffe des rotateurs touchant de manière plus marquée le tendon du supra-épineux avec désinsertion associée à une calcification, à une bursite sous acromio-deltoïdienne modérée, à une ténosynovite du tendon du long chef du biceps et à une arthropathie mécanique acromio-claviculaire.
- g.** Le docteur F_____ du centre médico-chirurgical G_____, a préconisé une intervention pour réinsérer les tendons de la coiffe (cf. rapport du 30 novembre 2022).
- h.** Le dossier a été soumis au docteur H_____, spécialiste FMH en orthopédie et médecin-conseil de l'assurance, qui, le 12 janvier 2023, a relevé l'absence de

certificats d'arrêt de travail pour les périodes du 27 août au 14 septembre 2022, puis du 1^{er} au 22 novembre 2022.

A la question de savoir si la santé de la personne assurée était au degré de la vraisemblance prépondérante déjà altérée avant l'accident, le médecin a répondu : « probablement ». Il a expliqué que le bilan radiologique initial montrait une calcification du sus-épineux assez volumineuse. De plus, l'échographie révélait une tendinopathie chronique du sus-épineux accompagnant cette calcification. Enfin, il existait un facteur extrinsèque constitué d'une arthrose acromio-claviculaire exubérante, entrant en conflit avec la coiffe des rotateurs.

A la question de savoir si l'accident avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées, le médecin a répondu par la négative.

Il a estimé qu'au plus tard deux mois après l'événement, en tenant compte de l'atteinte préexistante et d'un traitement mené selon les règles de l'art et sur la base du dossier médical à disposition, l'accident n'avait plus joué de rôle.

i. Par décision du 20 janvier 2023, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) s'est rangée à l'avis de son médecin-conseil, selon lequel le *statu quo ante* devait être considéré comme atteint deux mois après l'accident, et a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 12 octobre 2022.

j. Une intervention a été pratiquée le 24 février 2023 par le docteur I_____, chirurgien orthopédiste au G_____.

k. L'assuré s'étant opposé à la décision du 20 janvier 2023, la SUVA a réinterrogé son médecin-conseil, qui, le 30 mars 2023, a confirmé ses conclusions précédentes.

Il a retenu, s'agissant de l'épaule droite, les diagnostics de tendinopathie chronique du sus-épineux, de tendinopathie diffuse de la coiffe des rotateurs, d'arthrose acromio-claviculaire et d'acromion de type II.

Le Dr H_____ a estimé que l'intervention pratiquée le 24 février 2023 (réparation de la coiffe des rotateurs, ténodèse de la longue portion du biceps pour rupture de la coiffe, débridement articulaire gléno-humérale, acromioplastie sous arthroscopie), si elle était justifiée, ne devait pas être prise en charge par l'assureur-accidents. En effet, le lien de causalité avec l'événement du 12 août 2022 était tout au plus possible, vu l'altération importante intrinsèque tendineuse avec calcification diffuse, la présence d'un acromion de morphologie agressive avec empreinte sur le tendon et l'arthrose acromio-claviculaire.

Le médecin a relevé que le premier bilan radiologique effectué le 23 septembre 2022 avait mis en évidence des signes en faveur d'une tendinopathie chronique du sus-épineux avec macro calcification à l'insertion du tendon et rétrécissement de l'espace sous-acromial, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Il a noté que

l'opérateur évoquait une désinsertion partielle du sus-épineux non retrouvée à l'IRM ; cette dernière a mis en évidence une désinsertion touchant principalement le tiers antérieur, en relation avec une calcification centimétrique. Selon le Dr H_____, l'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs est d'une part intrinsèque (calcification intra-tendineuse), d'autre part extrinsèque (acromion et articulation acromio-claviculaire dégénérative présentant des ostéophytes exubérants stressant la coiffe des rotateurs).

I. La SUVA, par décision du 4 avril 2023, a confirmé son refus de prester au-delà du 12 octobre 2022.

Se référant à l'avis du Dr H_____, elle a considéré que, compte tenu de l'atteinte préexistante (calcification du sus-épineux assez volumineuse, tendinopathie chronique et arthrose acromio-claviculaire), l'accident avait cessé de déployer ses effets deux mois après sa survenance.

- B. a.** Par écriture du 16 mai 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en demandant à ce que la SUVA soit condamnée à reprendre le versement de ses prestations dès le 12 octobre 2022. Subsidiairement, il conclut à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

En substance, le recourant reproche à son médecin-traitant, le Dr C_____, de n'avoir retenu comme diagnostic qu'une simple contusion de l'épaule, sans examen supplémentaire. Quant au Dr E_____, qui, après une radiographie et une échographie, a conclu à une tendinopathie et lui a prescrit une infiltration et des antidouleurs, il lui fait grief d'avoir refusé de considérer qu'il était en incapacité de travail et de lui délivrer un nouveau certificat. Il explique que, les douleurs persistant et devenant insoutenables, il a consulté de Dr F_____, qui, après une nouvelle IRM, a enfin pu poser le diagnostic exact de déchirure des tendons. Ladite déchirure, présente à l'échographie réalisée en septembre 2022, avait pratiquement triplé en deux mois.

L'assuré fait valoir principalement qu'il n'a jamais souffert de l'épaule droite avant l'accident. Il argue que le fait de chuter et de se rattraper d'une seule main à une échelle est susceptible d'engendrer les dégâts constatés, vu la violence de la chute, la hauteur et le poids du corps à retenir.

Il reproche au Dr H_____ de n'avoir ni tenu compte de l'IRM du 28 novembre 2022, ni de l'existence, à l'échographie précédente, de la déchirure de 4 mm qui apparaissait.

- b.** Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 12 juin 2023, a conclu au rejet du recours.

Elle rappelle que le raisonnement du recourant, fondé sur le principe *post hoc, ergo propter hoc*, ne saurait suffire à établir un lien de causalité naturelle.

Son médecin-conseil, se fondant sur les examens radiologiques réalisés et les rapports médicaux, a retenu que la causalité naturelle entre les lésions de l'épaule

droite et l'événement du 12 août 2022 était tout au plus possible. Ses conclusions ne sont contredites par un autre avis médical.

c. Par écriture du 19 juillet 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il argue qu'au chômage depuis décembre 2019, il a effectué plusieurs missions temporaires et changé régulièrement de poste. Il n'a donc pas exercé d'activité lui imposant d'effectuer des mouvements répétitifs qui auraient pu léser son épaule droite.

Le fait que son état de santé se soit nettement péjoré depuis l'événement en un laps de temps relativement court, suffit à démontrer, selon lui, le lien de causalité avec l'évènement.

Pour le surplus, l'assuré allègue avoir saisi la commission de surveillance des professions de la santé contre les docteurs E_____ et D_____, dont il estime que les mauvais diagnostics ont entraîné des complications de son état.

d. Par écriture du 17 août 2023, l'intimé a persisté à son tour dans ses conclusions.

Il relève que le recourant ne verse à la procédure aucun avis médical objectif de nature à faire douter des conclusions de son médecin-conseil. L'assuré se contente d'exposer en quoi consiste sa propre lecture du dossier médical et des avis du Dr H_____. A ce propos, l'intimée relève en particulier, que jamais le Dr H_____ n'a indiqué que le lien de causalité était probable. Il a répondu « probablement » à la question de savoir si la santé de l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident (pièce 65 intimée).

e. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

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.

3. 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 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.
5. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 12 octobre 2022
- 6.

6.1 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 ; 129 V 402 consid. 2.1).

6.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.2.1 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 ; 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.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6.2.2 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).

6.3 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).

7.

7.1 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).

7.2 Selon le principe de 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. A 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).

7.3 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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).

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 même 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).

8.

8.1 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; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 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).

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

8.3 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin

2018 consid. 3.3). Á cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

9.

9.1 En l'occurrence, l'intimée ne nie pas l'existence d'un accident, mais considère, suivant en cela les conclusions de son médecin-conseil, que le *statu quo ante* est survenu deux mois au plus tard après l'événement, soit le 12 octobre 2022.

9.2 Le recourant conteste cette position en arguant principalement qu'il n'a jamais souffert de l'épaule droite avant l'accident et que le diagnostic de contusion initialement posé était clairement erroné.

9.3 Le raisonnement principal du recourant, en tant qu'il consiste à souligner que les symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après l'événement, ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident. En effet, il s'agit-là d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* », écarté expressément par la jurisprudence constante.

Pour le surplus, le recourant reproche au Dr H_____ de n'avoir pas tenu compte de l'IRM du 28 novembre 2022. Il souligne que le rapport d'échographie distingue deux lésions : une tendinite calcifiante, mais également une déchirure partielle du tendon ne se situant pas au même endroit. Il argue que, dans son rapport du 12 janvier 2023, le Dr H_____ évoquait un lien de causalité probable avec l'accident, avant d'opter, dans son deuxième rapport pour un lien de causalité « tout au plus possible », faisant ainsi preuve de contradictions.

En premier lieu, on relèvera que, contrairement à ce que prétend le recourant, jamais le Dr H_____ n'a qualifié le lien de causalité de « probable ». Bien au contraire, ce qu'il a estimé probable, c'est l'existence d'un état préexistant et, ce au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi donc, le médecin-conseil n'a jamais varié dans son appréciation.

En second lieu, il convient de relever qu'il n'a pas ignoré l'RM du 28 novembre 2022. Au contraire, il en a tenu compte et expliqué clairement les raisons pour lesquelles il considérait comme tout au plus possible l'existence d'un lien de causalité : il a exposé que le bilan radiologique initial montrait une calcification du sus-épineux assez volumineuse, que l'échographie révélait en outre une tendinopathie chronique du sus-épineux accompagnant cette calcification et qu'il existait par ailleurs un facteur extrinsèque : une arthrose acromio-claviculaire exubérante entrant en conflit avec la coiffe des rotateurs.

Ainsi que le fait remarquer l'intimée, tendinite et tendinopathie sont des synonymes définissant des lésions tendineuses. La tendinopathie consiste en une maladie du tendon, sollicitée de manière trop intense ou trop prolongée, dont les fibres se fragilisent, voire se rompent. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs est liée aux mouvements d'élevation répétés du bras en rotation interne qui créent un frottement répétitif du tendon du muscle sus-épineux sous le bord antéro-inférieur de l'acromion et le ligament acromio-coracoïdien. Dès lors, le diagnostic de tendinopathie chronique englobe celui de fissuration des tendons. Preuve en est la lecture du rapport d'IRM du 28 novembre 2022, puisque le radiologue décrit un tendon sous-scapsulaire hétérogène avec de multiples anomalies de signal à la jonction myotendineuse évoquant des fissurations et, au niveau du tendon supra-épineux, une anomalie de signal diffuse avec un aspect hétérogène et présence de plusieurs fissurations touchant le tiers antérieur et le tiers moyen.

Si les médecins s'accordent à reconnaître que l'assuré présente des atteintes tendineuses, cela ne permet pas d'établir en soi l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident.

Se fondant sur les examens radiologiques réalisés et les rapports des médecins, le Dr H_____ a retenu que la causalité naturelle entre les lésions de l'épaule droite et l'événement du 12 août 2022 était tout au plus possible, étant rappelé qu'initialement, le médecin traitant a conclu à une simple contusion de l'épaule droite avec tuméfaction au niveau du deltoïde et constaté une abduction à 90°, une élévation à 90 ° et une extension à 30°. Le bilan radiologique du 23 septembre 2022 a mis en évidence les signes d'une tendinopathie chronique du sus-épineux avec macro-calcification à l'insertion du tendon et rétrécissement de l'espace sous-acromial, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Il a noté que la désinsertion partielle du sus-épineux évoquée alors n'a pas été retrouvée à l'IRM ; cette dernière a mis en évidence une désinsertion touchant principalement le tiers antérieur, en relation avec une calcification centimétrique. Selon le Dr H_____, l'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs est d'une part intrinsèque (calcification intra-tendineuse), d'autre part extrinsèque (acromion et articulation acromio-claviculaire dégénérative présentant des ostéophytes exubérants stressant la coiffe des rotateurs). Il ressort de ce qui précède que le Dr H_____ a pris en compte tous les éléments médicaux nécessaires à l'examen de la situation.

Pour sa part, le recourant n'amène aucun élément médical objectif propre à mettre en doute les conclusions du Dr H_____. Il se contente de proposer sa propre lecture – approximative - des rapports versés à son dossier. En particulier, il ne produit aucun avis de spécialiste contredisant les conclusions du médecin-conseil, dont il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter. Dès lors qu'aucun doute, même minime, n'est induit, la mise sur pied d'une expertise ne se justifie pas.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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