

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, travaillait, depuis le 1^{er} avril 2008, pour le compte de la Banque B_____ SA à Genève. A ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'assurance).
2. Dès le 9 novembre 2015, l'assuré était incapable de travailler en raison d'une maladie de longue durée (burnout).
3. Le 8 mai 2016, l'assuré circulait en moto sur l'autoroute A1. Au niveau de la sortie Lausanne-Vennes, le véhicule qui le précédait a freiné. Malgré un essai d'évitement, l'assuré a touché l'arrière droit de ce véhicule et a chuté sur le côté gauche.
4. L'assuré a immédiatement été emmené, en ambulance, au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), où il a été hospitalisé jusqu'au 13 mai 2016.
5. Les diagnostics posés par les médecins du CHUV étaient alors les suivants : plaie profonde du coude gauche avec bursotomie traumatique, fracture-arrachement de l'os naviculaire du pied gauche et contusion de l'épaule gauche sur probable tendinopathie chronique préexistante. Le CT-scan de l'épaule gauche avait montré une lésion d'aspect ancien sans fracture aiguë visible, permettant de suspecter une tendinopathie chronique préexistante. Cependant, pour exclure une rupture aiguë, une arthro-IRM en ambulatoire a été préconisée.
6. En raison des atteintes précitées, l'assuré a été incapable de travailler jusqu'au 6 novembre 2016. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de l'accident précité à compter du 24 mai 2016, l'incapacité de travail pour cause de maladie ayant pris fin le 23 mai 2016.
7. L'examen échographique de l'épaule gauche de l'assuré, effectué le 26 mai 2016, a mis en évidence une capsulite rétractile post-traumatique ainsi qu'une rupture complète de la coiffe des rotateurs au détriment des sus- et sous-épineux.
8. Dans ses notes de consultation, le docteur C_____, généraliste FMH, a évoqué une ancienne lésion de la glène, « sans rien d'autre » et une tendinopathie chronique préexistante. Lors de la consultation du 18 mai 2016, il avait constaté une impotence de l'épaule, avec une forte suspicion d'une lésion des sous-scapulaire, sus- et sous-épineux. Les 23 mai et 1^{er} juin 2016, l'assuré se plaignait toujours d'une impotence fonctionnelle importante de l'épaule gauche. L'échographie avait confirmé une rupture complète des tendons sus- et sous-épineux. En conclusion, il s'agissait d'une lésion sévère de la coiffe des rotateurs à gauche, sur un fond dégénératif. Cliniquement, l'assuré n'était pas faible ni limité avant l'accident.

9. Le suivi médical a été repris par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.
10. L'IRM de l'épaule gauche, réalisée le 22 juin 2016 à la demande du médecin précité, a mis en évidence une rupture massive de la coiffe des rotateurs, un aspect IRM compatible avec des signes associés de capsulite rétractile et une atrophie volumique du versant latéral du muscle supra-épineux.
11. Dans son rapport du 16 octobre 2016, la Dresse D_____ a rappelé les diagnostics de capsulite rétractile et de rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le traitement consistait en de la physiothérapie et des infiltrations. Une reprise du travail était prévue pour le 7 novembre 2016.
12. Dans un rapport du 19 octobre 2016, les médecins du CHUV ont rappelé les diagnostics qu'ils avaient posés en mai 2016 et ont expliqué, sur demande de l'assurance, que les lésions étaient uniquement dues à l'accident.
13. Le 10 décembre 2016, la Dresse D_____ a rappelé les diagnostics évoqués le 16 octobre 2016, sans se prononcer sur la capacité de travail.
14. Les rapports de travail ont pris fin le 31 janvier 2017.
15. Le 13 février 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, ayant repris le suivi, a adressé à l'assurance une demande pour la prise en charge d'une intervention devant être pratiquée le 20 février 2017 sur l'épaule gauche de l'assuré. Une seconde demande de garantie a été adressée le 6 mars 2017. Cela étant, en fin de compte, aucune intervention n'a été effectuée, l'assuré y ayant renoncé pour des motifs professionnels.
16. L'assurance-accidents a soumis la question de la relation de causalité entre l'accident assuré et l'atteinte à l'épaule gauche de l'assuré à son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a notamment considéré, dans un rapport du 14 mars 2017, que compte tenu des pièces du dossier et notamment de l'IRM de l'épaule gauche du 22 juin 2016, le traumatisme du 8 mai 2016 avait décompensé une ancienne rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Cette décompensation avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 7 novembre 2016. Au-delà de cette date, les troubles de l'épaule gauche n'étaient plus, de façon certaine, d'origine traumatique mais devaient être attribués à des facteurs d'origine malade uniquement. Dans de telles circonstances, le médecin-conseil précité recommandait à l'assurance-accidents de mettre un terme à la prise en charge des frais de traitement relatifs à l'épaule gauche avec effet au 7 novembre 2016.

17. Par décision du 15 mars 2017, se fondant sur le rapport précité, l'assurance a mis fin aux prestations au 7 novembre 2016, la suite du cas relevant de la compétence de l'assurance-maladie de l'assuré.
18. Par courrier du 7 avril 2017, l'assuré a formé opposition à la décision susmentionnée, indiquant que ses médecins rassemblaient les documents pour contester le refus de l'assurance de prendre en charge les suites de l'accident à compter du 7 novembre 2016.
19. Par courrier recommandé du 24 avril 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a confirmé et complété son opposition du 7 avril 2017, reprochant notamment au Dr F_____ de ne pas avoir expliqué pour quels motifs il estimait que les douleurs présentes à l'épaule étaient d'origine exclusivement malade à compter du 7 novembre 2016 et pour quelle raison il avait retenu cette date. Ses médecins traitants confirmaient l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs à l'épaule et l'accident. L'épaule était du reste parfaitement asymptomatique avant l'accident. Ainsi, contrairement à l'avis du médecin-conseil, l'origine exclusivement malade des séquelles n'avait pas été démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante et encore moins au degré de la certitude.
20. Le 10 mai 2017, la doctoresse G_____, médecin interne et le Dr E_____, se sont adressés au médecin-conseil de l'assurance, lui rappelant que l'assuré avait présenté, dans les suites d'un accident de moto du 8 mai 2016, une rupture massive de sa coiffe des rotateurs à gauche. Malgré un traitement conservateur bien conduit, il n'avait que peu de bénéfices et gardait une impotence fonctionnelle sévère. Au vu du contexte traumatique, il y avait urgence à opérer afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour réparer la coiffe des rotateurs.

En annexe figurait la copie d'un rapport de consultation daté du 28 février 2017, dans lequel les deux médecins précités ont indiqué qu'au status du jour, les amplitudes articulaires étaient correctes. Le testing de la coiffe mettait en évidence un test de Jobe positif, un test de PATE positif, un doute sur le Lag Test à gauche. Le reste de la coiffe était non compétent. Au vu de l'arthro-IRM mettant en évidence une lésion massive de la coiffe des rotateurs d'origine traumatique, il y avait urgence à opérer l'assuré.
21. Par courrier du 23 mai 2017, le Dr F_____ a informé le Dr E_____ qu'aucun élément nouveau ne lui permettait de modifier les conclusions qu'il avait prises en mars 2017. Par conséquent, l'assurance n'avait pas à prendre en charge les traitements de l'épaule gauche.
22. Par décision sur opposition du 7 septembre 2017, l'assurance a rejeté l'opposition du 7 avril 2017 et maintenu sa décision du 15 mars 2017, précisant notamment que la date du 7 novembre 2016 correspondait à la fin de l'incapacité de travail pour

l'ensemble des lésions subies lors de l'accident, le traitement des blessures au coude et au pied étant du reste déjà terminé depuis le mois de juin 2016. Ce délai était par conséquent des plus larges et il n'y avait pas lieu de le prolonger.

23. Le 9 octobre 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition, pour une confrontation, des Drs E_____ et F_____, et à la mise en place d'une expertise judiciaire afin de déterminer si ses troubles actuels étaient d'origine strictement malade et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et au versement des prestations d'assurance au-delà du 7 novembre 2016, notamment la prise en charge de l'intervention chirurgicale nécessaire de l'épaule.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a relevé que l'assurance (ci-après : l'intimée) ne motivait pas sa décision de fixer le *statu quo ante* au 7 novembre 2016. Certes, son incapacité de travail s'était terminée le 6 novembre 2016. Il n'en demeurait toutefois pas moins qu'il présentait toujours des troubles et limitations fonctionnelles au-delà de cette date, raison pour laquelle il avait continué à consulter plusieurs médecins pour y remédier. Le Dr E_____ avait considéré, dans son rapport du 20 septembre 2017, que les facteurs dégénératifs préexistants ne pouvaient expliquer, à eux seuls, ses affections actuelles. Statistiquement, dans moins de 2% des cas, la coiffe des rotateurs présentait une lésion préalable transfixiante. L'intimée n'avait ainsi pas démontré le caractère exclusivement malade des troubles au degré de la certitude, et concrètement, qu'il se trouvait parmi les 2% de personnes présentant une lésion préalable transfixiante.

En annexe figurait notamment un courrier du Dr E_____, du 20 septembre 2017, dans lequel ce médecin a expliqué que le bilan radiologique confirmait une rupture massive de la coiffe des rotateurs postéro-supérieure. Il existait des arguments pathognomoniques en faveur d'une atteinte aiguë, sous la forme d'un œdème musculaire de rétractation. La lésion constatée avait par conséquent pour origine l'accident du 8 mai 2016. D'éventuels facteurs dégénératifs préexistants ne pouvaient en aucun cas expliquer, à eux seuls, les troubles du recourant. « Le patient avait, selon la littérature, à son âge, moins de 2% de chance de présenter une lésion préalable transfixiante de sa coiffe des rotateurs ».

24. L'intimée a répondu en date du 20 décembre 2017 et a conclu au rejet du recours. A l'appui de sa position, elle a notamment relevé que des troubles préexistants avaient été évoqués à plusieurs reprises (rapport du Dr C_____ du 18 mai 2016 : suspicion de tendinopathie chronique préexistante ; rapport d'IRM du 22 juin 2016 mettant en évidence, selon le Dr H_____, des anomalies clairement antérieures à l'accident du 8 mai 2016) et que le recourant était incapable de travailler depuis le 9 novembre 2015 pour une longue maladie, sans autre précisions. Son médecin-

conseil, le Dr F_____, avait considéré, dans un rapport daté du 19 décembre 2017, joint, que le recourant souffrait plutôt d'une lésion séquellaire à un ancien traumatisme, antérieur à l'événement assuré. Pour le surplus, l'intimée a renvoyé à sa décision sur opposition, se contentant encore de relever que, dès lors que les troubles à l'épaule gauche n'étaient pas dans un lien de causalité avec l'accident assuré, elle aurait pu mettre fin à ses prestations, déjà au mois de juin 2016, à savoir dès la fin du traitement des blessures au coude et au pied.

En annexe figurait le rapport du Dr F_____, du 19 décembre 2017, dans lequel ce médecin a relevé que l'IRM avait effectivement mis en évidence une rupture massive de la coiffe des rotateurs, avec une dégénérescence graisseuse du corps musculaire des sus- et sous-épineux, un kyste sur la face acromiale de l'acromion et un kyste osseux dans le trochiter, ces éléments traduisant des lésions manifestement plus anciennes que le traumatisme du 8 mai 2016. Cet IRM confirmait ainsi l'avis émis le 13 mai 2016 par les médecins du CHUV, sous la forme d'une suspicion de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs gauche. Il pouvait ainsi s'agir soit d'une lésion dégénérative, plutôt improbable vu l'âge du recourant, soit d'une lésion séquellaire d'un ancien traumatisme. Dans tous les cas, il s'agissait d'une évolution de longue durée. Si le recourant présentait une lésion de sa coiffe des rotateurs gauche, possiblement traumatique, elle était ancienne à la date de l'examen et par conséquent sans rapport avec l'accident assuré.

25. Le recourant, par courrier du 19 janvier 2018, a renoncé à répliquer mais a persisté dans sa demande de confrontation des médecins susnommés.
26. Le 10 avril 2018, la chambre de céans a, dans un premier temps, procédé à l'audition du recourant.

A cette occasion, celui-ci a expliqué que l'opération préconisée par ses médecins n'avait pas encore eu lieu, le Dr E_____ intervenant en clinique, ce qui n'était pas pris en charge par l'assurance-maladie de base, au contraire de l'intimée. Cette opération était nécessaire, étant donné qu'au niveau fonctionnel, ses possibilités étaient bien réduites par rapport à l'état antérieur à l'accident. Par ailleurs, en tant que gaucher et informaticien, il devait utiliser la souris avec la main gauche et il lui arrivait de devoir prendre des antidouleurs à la fin de la journée. Il était toujours chef de projet en informatique, actuellement chez I_____. Il n'avait jamais bénéficié d'investigations au niveau de l'épaule droite et n'avait jamais eu de problème particulier ni d'accident ayant impliqué l'épaule droite. Il avait été en incapacité de travail de longue durée en raison d'un burnout.

27. Le même jour, la chambre de céans a procédé à la confrontation des Drs F_____ et E_____.

Le Dr F_____ a ainsi expliqué qu'il avait fixé le *statu quo sine* selon la littérature et l'expérience médicale, d'une part, et compte tenu d'un état antérieur, d'autre part. En effet, au vu du rapport du CHUV, il avait retenu un état antérieur sous la forme d'une lésion de l'épaule gauche. La plaie du coude devait être guérie dans un délai de six à huit semaines et la lésion de l'épaule gauche, par rapport à un état antérieur, devait être rétablie dans un délai de quatre à six mois. Ce n'était pas uniquement sur la base du rapport du CHUV qu'il avait fondé son opinion mais également sur la base du rapport d'échographie du 26 mai 2016 et de l'IRM du 22 juin 2016. Il n'avait pas pu consulter le scanner du CHUV bien qu'une demande dans ce sens ait été faite.

Disposant des images du scanner sur son ordinateur portable, le Dr E_____ les a soumises à son confrère. Ces images mettaient notamment en évidence, selon lui, l'existence d'une fracture antéro-inférieure de la glène (de l'omoplate), observation qui avait par la suite été validée par l'IRM du 22 juin, où cette lésion antéro-inférieure était également constatée. Aucune infiltration graisseuse, signe d'une lésion chronicisée, n'avait été constatée lors du scanner réalisé quelques jours après l'accident. Par ailleurs, avant l'accident, le recourant ne s'était plaint d'aucune douleur, et après le processus accidentel, il s'était d'emblée plaint de douleurs à l'épaule et d'impotence fonctionnelle. Pour le Dr E_____, la situation était claire : le recourant avait subi une luxation gléno-humérale, associée, selon la statistique, à hauteur de 46 %, à des lésions de la coiffe des rotateurs, ce pourcentage évoluant vers le haut, à mesure de l'augmentation de l'âge du patient. Quant à l'échographie, elle ne permettait pas, selon l'état actuel de la science médicale, de diagnostiquer une atrophie musculaire. En revanche, il avait pu remarquer à l'IRM un hypersignal en séquence T2, et la présence d'un œdème de rétraction, ce qui constituait le signe d'une lésion aiguë de la coiffe des rotateurs. Certains praticiens pourraient arguer que l'œdème musculaire retrouvé sur l'IRM du 22 juin pourrait avoir des origines neurogènes dans le cadre d'une compression du nerf supra-scapulaire. Il avait pour sa part effectué une étude prospective de telles observations, et selon les résultats de cette étude, seuls 2 % des patients présentant une lésion postéro-supérieure de la coiffe des rotateurs avaient également une atteinte du nerf supra-scapulaire. En conséquence l'œdème du recourant ne pouvait être attribué à une compression nerveuse mais à une rétraction aiguë. Par ailleurs, le fait que le scanner du CHUV, pratiqué quelques jours après l'accident ne montrait pas d'infiltration graisseuse, mais qu'en revanche l'IRM pratiquée quelques semaines plus tard mettait une telle infiltration en évidence illustre, pour lui, l'origine traumatique de la rupture totale de la coiffe des rotateurs, étant précisé que selon les observations récentes, les praticiens suisses s'accordaient pratiquement tous à reconnaître qu'une infiltration graisseuse pouvait se développer rapidement et particulièrement après un traumatisme.

Le Dr F_____ a formulé trois remarques sur ce que venait de dire son confrère. Effectivement, l'ultrason ne permettait pas d'analyser précisément l'atrophie musculaire. S'agissant des images radiologiques, il constatait toutefois qu'il y avait des kystes dans la tête de l'humérus à la zone d'insertion musculaire. De plus l'œdème musculaire vu six semaines après le traumatisme pouvait parfaitement être dû à un choc ou à une contusion musculaire qui se traduit également par un œdème. L'atrophie musculaire, relevée six semaines après le traumatisme, apparaissait clairement et la littérature ne montrait pas encore qu'une telle atrophie puisse apparaître dans un délai si court. L'examen clinique de son confrère de février 2017 montrait une récupération fonctionnelle complète qui traduisait des mécanismes d'adaptation ayant probablement eu lieu avant le traumatisme. Un élément supplémentaire qui lui faisait penser que l'origine de la lésion de la coiffe était l'activité physique intense de fitness à raison de cinq jours par semaine, faisant travailler principalement les membres supérieurs. La science médicale raisonnait en termes de probabilités, plutôt que de certitudes. La justice avait besoin de certitudes, de sorte qu'il suggérait, de procéder à un examen de l'épaule controlatérale, inexistant à sa connaissance dans ce dossier, examen et analyse qui permettraient de déterminer si indépendamment de l'accident, l'épaule droite était également atteinte des mêmes lésions (pathologie de la coiffe des rotateurs). De cette manière, en cas de réponse positive, il existerait des indices de l'origine antérieure à l'accident des lésions constatées sur l'épaule gauche, et à l'inverse, l'absence de telles lésions dans l'épaule droite permettrait de confirmer de façon plus certaine l'origine traumatique des lésions de cette épaule gauche.

Le Dr E_____ a répondu au Dr F_____ sur trois points. En premier lieu, la sclérose sous-chondrale et les kystes sous-chondraux du trochiter ne représentaient pas des signes de lésion chronique de la coiffe des rotateurs selon la littérature médicale (Huang 1999, Williams 2006). Ensuite, il n'était que peu probable de souffrir d'une contusion de la musculature, dans la mesure où les deux muscles incriminés et particulièrement le sus-épineux, se trouvent dans des « trous » différents, de sorte que le traumatisme ait pu faire des contusions dans deux « trous » différents était peu probable. Enfin, s'agissant de la récupération par des mécanismes d'adaptation, ils étaient connus et bien documentés avec une récupération dans 96,8 % des cas selon une étude publiée en 2014. S'agissant de la proposition de procéder à l'analyse de l'épaule controlatérale par le biais d'une arthro-IRM, il ne s'y opposait pas. Cela étant, dans 96 % des cas, des anomalies et des trouvailles parfaitement normales étaient relevées, ce dont il fallait tenir compte, étant rappelé que deux ans s'étaient écoulés depuis l'accident. Il faudrait également tenir compte du fait que pour deux épaules, un côté sera dominant (en l'occurrence le patient est gaucher donc côté dominant), et le Dr E_____ n'accepterait d'entrer en matière sur des conclusions déterminantes que si cet

examen révélait une lésion complète des tendons sous-épineux et sus-épineux de la coiffe des rotateurs.

Le Dr F_____ a, pour sa part, précisé qu'il s'agissait d'un examen invasif, et qu'il impliquait donc l'accord du recourant. Il était également d'accord avec les conditions évoquées par le Dr E_____ par rapport aux lésions que l'on devrait constater pour en déduire une antériorité, mais il conviendrait de trouver des lésions similaires mais non pas semblables ou identiques.

Le Dr E_____, retenu professionnellement, a été libéré et l'audition du Dr F_____ s'est poursuivie. Il n'avait pas examiné personnellement le recourant mais avait statué sur le seul dossier et les éléments médicaux fournis ultérieurement. Au vu de ce qui avait été échangé lors de l'audition contradictoire, son opinion n'avait pas changé. Le témoignage du Dr E_____ avait uniquement montré qu'un mécanisme lésionnel compatible avec une luxation gléno-humérale complète ou incomplète avait été mis en évidence par le scanner du CHUV et l'IRM 22 juin 2016. Le taux de 46 % évoqué par son confrère concernait plutôt une tranche d'âge des patients de l'ordre de 80 ans, mais à l'âge du recourant, ce pourcentage était beaucoup plus bas. La position du Dr E_____ était concevable et discutable, mais il ne pouvait pas se prononcer quant à une probabilité en pourcentage à son sujet. Il avait qualifié l'arthro-IRM d'examen invasif en raison de l'injection intra-articulaire qui devait être pratiquée. Cela n'occasionnait pas de douleurs particulières, ni de conséquences incapacitantes, une telle intervention pouvant avoir lieu le matin et avec reprise d'activité l'après-midi même. Le seul risque était d'ordre infectieux, puisqu'il y avait injection, et la probabilité était de 1 sur 10'000.

28. Après un échange informel, les parties ont obtenu un délai au 15 mai 2018 pour se concerter, dans le cadre d'éventuelles discussions transactionnelles ou pour se mettre d'accord sur la suite de la procédure notamment en regard de la proposition de l'arthro-IRM évoquée par les médecins.
29. Par courrier du 14 mai 2018, le recourant a informé la chambre de ceans qu'il n'était pas favorable à une arthro-IRM de l'épaule non litigieuse. En effet, il était claustrophobe, ce qui impliquait que pour faire ladite IRM, il devait pouvoir bénéficier d'une sédation provoquant une incapacité de travail pour une journée. Par ailleurs, il était probable que la démarche soit non concluante et qu'elle conduise à de nouvelles controverses médicales plutôt qu'à une solution. Cela étant, les déclarations du Dr E_____ étaient bien plus probantes que celles du Dr F_____, dès lors qu'il avait exposé et expliqué chacune de ses positions et qu'il avait commenté les images de l'IRM et du scanner sans avoir été contredit par le Dr F_____, lequel n'avait au demeurant pas eu à disposition le scanner du CHUV. Le médecin-conseil avait également admis que ses réponses relevaient de la probabilité

plutôt que de la certitude et que son avis constituait l'hypothèse la plus probable mais que celle du Dr E_____ était également concevable. Si la chambre de céans devait considérer que l'examen était pertinent, il s'y soumettrait mais il n'était pas disposé à prendre en charge le coût de cet examen ainsi que la perte de revenu liée à cette journée non travaillée.

30. Pour sa part, l'intimée a formulé ses observations dans un courrier du 15 mai 2018. A titre liminaire, elle a transmis à la chambre de céans la copie d'un courrier adressé au recourant le 4 mai 2018, dans lequel le Dr F_____, prenant en considération la claustrophobie du recourant, lui proposait de remplacer l'arthro-IRM par un arthro-scanner pour éviter « l'effet tunnel ».

Faisant suite à l'audience et à une nouvelle discussion avec le Dr F_____, l'intimée a maintenu sa position, précisant tout d'abord que le CT-Scan du 26 mai 2016 mettait en évidence une lésion compatible avec un mécanisme de luxation gléno-humérale, devant être considéré comme incomplète, dès lors qu'aucune des pièces médicales n'évoquait une réduction. Le taux de 46% en rapport avec les lésions de la coiffe liées aux luxations gléno-humérale faisait référence à des luxations complètes, ce qui n'était pas le cas du recourant. Par ailleurs, contrairement à ce que le Dr E_____ avait indiqué en audience, un examen par IRM était bien plus pertinent que celui réalisé à l'aide d'un scanner. L'infiltration graisseuse était en effet bien plus visible sur l'IRM du 22 juin 2016 que sur le scanner. Dans ce contexte, l'intimée relevait qu'une infiltration graisseuse et une atrophie musculaire ne pouvaient se développer dans un laps de temps si court après un traumatisme, dès lors que de telles lésions mettaient plusieurs mois pour se développer et non quelques semaines. Cela constituait par conséquent un indice supplémentaire en faveur de la préexistence d'une lésion de la coiffe. Par ailleurs, le muscle sus-épineux se trouvait proche de la surface cutanée (et non pas en profondeur comme indiqué par le Dr E_____). L'œdème décrit sur ce muscle était par conséquent compatible avec un choc direct. Lors de l'audience, le Dr E_____ avait précisé que dans 96% des cas, des anomalies similaires étaient trouvées au membre collatéral. Cela confortait ainsi sa position, à savoir que la lésion de la coiffe des rotateurs était dégénérative et préexistante à l'accident assuré, ce d'autant plus que le recourant pratiquait du fitness cinq fois par semaine, ce qui favorisait des lésions dégénératives de la coiffe. L'intimée persistait à considérer que l'existence d'une récupération totale en février 2017 était synonyme de mécanismes de compensation probablement installés depuis longtemps, soit antérieurement à l'accident. L'intimée s'étonnait également du fait que l'intervention à l'épaule n'ait toujours pas été pratiquée alors qu'elle était qualifiée d'urgente en février 2017.

Cela étant, l'intimée était disposée à étendre sa prise en charge jusqu'au 16 février 2017, date à laquelle une complète récupération fonctionnelle de l'épaule gauche avait été constatée.

Subsidiairement, l'intimée a conclu à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire.

31. Le 24 mai 2018, le recourant s'est prononcé sur le courrier de l'intimée du 15 mai 2018 et s'est tout d'abord étonné de sa proposition de remplacer l'arthro-IRM par un arthro-scanner dès lors qu'elle relevait elle-même qu'une IRM était plus pertinente qu'un scanner. Cela étant précisé, il prenait acte de l'extension de prise en charge proposée par l'intimée mais constatait qu'elle n'avait pas pour effet de prendre en charge l'intervention chirurgicale litigieuse. Pour le surplus, les autres considérations figurant dans le courrier du 15 mai 2018 étaient d'ordre médical sans avoir été signées par un médecin, de sorte qu'elles ne bénéficiaient d'aucune force probante.
32. A la demande de la chambre de céans, le recourant a précisé qu'il refusait a priori l'arthro-scanner proposé par l'intimé, celui-ci étant invasif de l'aveu-même du Dr F_____ et impropre à résoudre le litige pour les motifs invoqués par le Dr E_____ lors de l'audience du 10 avril 2018. Cela étant, il s'y soumettrait sur décision de la chambre de céans dans l'hypothèse où son refus devait être considéré comme une violation de son obligation de collaborer.
33. La chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 18 janvier 2019, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué le nom de l'expert qu'elle avait pressenti, et les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, tout en leur impartissant un délai au 31 janvier 2019 pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.
34. Les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation de l'expert:
 - par courrier du 31 janvier 2019, l'intimée a indiqué à la chambre de céans qu'elle n'avait aucune objection à formuler quant au choix de l'expert et au questionnaire soumis ;
 - par fax du 1^{er} février 2019, le mandataire du recourant a précisé à la chambre de céans qu'il n'avait pas d'opposition quant au choix de l'expert, et n'a pas fait de remarques concernant les questions composant la mission d'expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. 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 avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le litige porte sur la question de savoir si la lésion à la coiffe des rotateurs doit être assimilée à l'accident du 8 mai 2016.
5. a. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident au sens de cette disposition, 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).

Le droit aux prestations suppose notamment 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 402 consid. 4.3).

b. 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* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et la référence citée). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 166/06 du 21 décembre 2006 consid. 1.3 *in fine* et les références citées).

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a ; ATF 116 V 145 consid. 2b).

b. La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative,

pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Ce n'est que si l'on peut apporter la preuve que la lésion était déjà présente au moment de l'événement incriminé, mais de manière asymptomatique (lésion silencieuse), que l'assurance-accidents peut refuser la prise en charge (Jean-Michel DUC, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, in RSAS 2006 p. 535).

D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.1).

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2 ; U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, *a fortiori*, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

7. a. 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. 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. 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.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351

consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. 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).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. 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, correspond 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. a. Force est tout d'abord de constater que l'accident assuré - soit l'accident de moto du 8 mai 2016 – a déclenché des symptômes au niveau de l'épaule gauche, ce qui n'est aucunement contesté par les parties. Les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence une rupture massive de la coiffe des rotateurs, atteinte susceptible d'être reconnue comme une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA pour autant qu'elle résulte, possiblement, d'un facteur extérieur. Il n'est pas non plus contesté que le recourant présentait possiblement un état dégénératif préexistant, asymptomatique, au niveau de l'épaule gauche.

Les parties s'opposent sur la question de savoir si la rupture de la coiffe des rotateurs peut être exclusivement attribuée à l'atteinte dégénérative éventuellement

préexistante ou s'il est possible que l'accident assuré ait, à tout le moins partiellement, contribué à causer ladite atteinte. Pour l'intimée, l'accident assuré n'a fait que décompenser une atteinte préexistante, asymptomatique, de sorte que le retour au statu quo s'examine au degré de la vraisemblance prépondérante. En revanche, pour le recourant, la lésion de la coiffe des rotateurs a été causée par l'accident assuré, de sorte qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA et le retour au statu quo doit être manifeste.

b. A titre liminaire, la chambre de céans constate que le dossier qui lui est soumis contient des appréciations établies par le médecin-conseil de l'intimée et des rapports des médecins traitants du recourant. Aucune des pièces au dossier ne respecte les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, les conclusions des Drs F_____ et E_____ n'étant pas motivées et leurs rapports respectifs ne contenant aucune anamnèse notamment.

Le 10 avril 2018, le médecin-conseil de l'intimée et le médecin traitant du recourant ont été confrontés. A cette occasion, ils ont précisé leur position respective. Dans ses observations du 15 mai 2018, se référant à une discussion avec le Dr F_____, l'intimée a également fait des remarques supplémentaires sur le plan médical. Certes, aucun rapport signé par le médecin précité n'a été produit. Toutefois, la chambre de céans évoquera lesdits arguments.

De la confrontation des médecins précités, il ressort ce qui suit :

- Lors de l'audience du 10 avril 2018, le Dr E_____ a expliqué que le scanner effectué au CHUV et l'IRM du 22 juin 2016 avaient mis en évidence l'existence d'une fracture antéro-inférieure de la glène de l'omoplate. Selon lui, dans 46% des cas, une luxation gléno-humérale était associée à des lésions de la coiffe des rotateurs. Pour sa part, le Dr F_____ a relevé que le taux de 46% évoqué par son confrère concernait en réalité les personnes âgées de plus de 80 ans et que dans le cas du recourant, le pourcentage était bien moindre. Par ailleurs, dans ses observations du 15 mai 2018, l'intimée a encore relevé que le taux de 46% en rapport avec les lésions de la coiffe liées aux luxations gléno-humérales faisait référence à des luxations complètes, ce qui n'était pas le cas du recourant, dès lors qu'il n'y avait pas eu réduction de la luxation.
- Pour le médecin-traitant du recourant, l'IRM du 22 juin 2016 avait mis en évidence un hypersignal en séquence T2, et un œdème de rétraction, signes d'une lésion aiguë de la coiffe des rotateurs. De son côté, le médecin-conseil a considéré que l'œdème musculaire vu six semaines après le traumatisme pouvait parfaitement être dû à un choc ou à une contusion musculaire qui se traduisait également par un œdème. Le Dr E_____ ne rejoignait toutefois pas le Dr F_____ sur ce point, considérant qu'il était peu probable de souffrir d'une

contusion de la musculature, dans la mesure où les deux muscles incriminés et particulièrement le sus-épineux, se trouvaient dans des « trous » différents, de sorte qu'il était peu probable que le traumatisme puisse provoquer des contusions dans deux « trous » différents. Dans ses observations du 15 mai 2018, l'intimée a toutefois relevé que dans la mesure où le muscle sus-épineux se trouvait proche de la surface cutanée, l'œdème décrit sur ce muscle était compatible avec un choc direct.

- Pour le Dr F_____, l'atrophie musculaire relevée par IRM six semaines après le traumatisme, était clairement visible et la littérature ne montrait pas encore qu'une telle atrophie puisse apparaître dans un délai si court. Le Dr E_____ ne s'est pas prononcé sur ce point, si ce n'est pour considérer qu'une échographie ne permettait pas de diagnostiquer une atrophie musculaire, ce qui a également été confirmé par le Dr F_____.
- Le scanner du CHUV, pratiqué quelques jours après l'accident, ne montrait pas d'infiltration graisseuse au contraire de l'IRM réalisée quelques semaines plus tard, laquelle mettait une telle infiltration en évidence. Cela illustre, pour le Dr E_____, l'origine traumatique de la rupture totale de la coiffe des rotateurs. En effet, selon lui, les praticiens suisses s'accordaient pratiquement tous à reconnaître qu'une infiltration graisseuse pouvait se développer rapidement et particulièrement après un traumatisme. Pour sa part, dans ses observations du 15 mai 2018, l'intimée a relevé qu'une infiltration graisseuse mettait plusieurs mois pour se développer. Au demeurant, un examen IRM était bien plus pertinent qu'un scanner.
- Pour le Dr F_____, le fait que les images radiologiques aient mis en évidence des kystes dans la tête de l'humérus à la zone d'insertion musculaire suggérait des atteintes dégénératives préexistantes. Se référant à la littérature médicale, le Dr E_____ a contesté cet argument.
- Lors de l'audience du 10 avril 2018, le Dr F_____ a également constaté que l'examen clinique du mois de février 2017 avait mis en évidence une récupération fonctionnelle complète, ce qui traduisait des mécanismes d'adaptation ayant probablement eu lieu avant le traumatisme. Pour sa part, le Dr E_____ a relevé que selon une étude publiée en 2014, il y avait récupération dans 96,8% des cas.

Il ressort de ce qui précède que chacun des médecins interrogés a évoqué des arguments a priori convaincants, contredisant ceux avancés par son confrère. La chambre de céans se retrouve dès lors confrontée à deux opinions médicales opposées, a priori convaincantes.

Au vu de la divergence d'opinions entre les Drs E_____ et F_____, et du fait qu'il n'est dès lors pas possible d'établir, en l'état du dossier, l'existence - ou non -, d'une lésion préexistante, asymptomatique, de la coiffe des rotateurs et le rôle de l'accident dans les plaintes du recourant, la chambre de céans n'a d'autre choix que d'ordonner une expertise orthopédique, qui sera confiée au docteur Prof. J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, à Chêne-Bougeries.

Suite à la confrontation des médecins du recourant et de l'intimée, la question d'une arthro-IRM ou d'un arthro-scanner de l'épaule droite, saine, se pose. Le recourant s'y était opposé tout en informant la chambre de céans qu'il s'y soumettrait sur décision de celle-ci. Si une telle mesure d'instruction devait s'avérer nécessaire et que le recourant devait persister à s'y opposer, la chambre de céans invite l'expert à l'en informer afin qu'une décision puisse être prise sur cette question.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise orthopédique.
2. La confie au **Prof. J_____**, **spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, à Chêne-Bougeries.**, celui-ci ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
3. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Les diagnostics.
 5. Depuis quelle date sont-ils présents chez le recourant et comment ont-ils évolué ?
 6. Evolution de l'état de santé avant l'accident du 8 mai 2016 et après.
 7. Le recourant présentait-il un état maladif antérieur au 8 mai 2016 ? Dans l'affirmative, lequel ?
 8. Quels ont été les diagnostics révélés suite à l'accident du 8 mai 2016 ? Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ?
 9. S'agissant des diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA :
 - a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.
 - b. L'accident du 8 mai 2016 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident du 8 mai 2016 est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
 - c. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 8 mai 2016 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

- d. L'accident du 8 mai 2016 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
 - e. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influentes sur l'état de santé du recourant (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
 - f. Dans le cas où l'accident du 8 mai 2016 aurait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci nécessiteraient-elles une intervention chirurgicale ? Dans l'affirmative, laquelle ?
10. S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA :
- a. L'accident du 8 mai 2016 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *condition sine qua non* ») de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?
 - b. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 8 mai 2016 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
 - c. L'accident du 8 mai 2016 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
 - d. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
 - e. Dans le cas où l'accident du 8 mai 2016 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci nécessitent-elles une intervention chirurgicale ? Dans l'affirmative, laquelle ?
11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
12. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
13. Réserve le sort des frais.
14. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le