

GE_GERICHTE A/1148/2018 vom 22. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1148_2018

FR: GE_GERICHTE A/1148/2018 du 22 août 2019

IT: GE_GERICHTE A/1148/2018 del 22 agosto 2019

Regeste

AA;LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT;USURE(DÉTÉRIORATION);MALADIE;FARDEAU DE LA PREUVE;PREUVE FACILITÉE | La présomption légale du droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, ne peut être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La notion de lésions corporelles qui sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie au sens de l'art. 6 al. 2 LAA doit être comprise comme étant dues à plus de 50% à l'usure ou à la maladie. S'il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant (à plus de 50%), l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Dans le cas d'un assuré qui a présenté une déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche après avoir chuté dans son salon et qui exerce une activité commerciale, l'arthro-IRM de l'épaule gauche - effectuée trois mois après la chute et mettant en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une déchirure transfixiante du sus-épineux et une déchirure profonde du sous-épineux – ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement ne permettent pas de déterminer si les ruptures des tendons sont dues de manière prépondérante (pour plus de 50%) à l'état dégénératif. | LAA.6.al2

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.08.2019 A/1148/2018

AA;LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT;USURE(DÉTÉRIORATION);MALADIE;FARDEAU DE LA PREUVE;PREUVE FACILITÉE | La présomption légale du droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, ne peut être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La notion de lésions corporelles qui sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie au sens de l'art. 6 al. 2 LAA doit être comprise comme étant dues à plus de 50% à l'usure ou à la maladie. S'il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant (à plus de 50%), l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Dans le cas d'un assuré qui a présenté une déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche après avoir chuté dans son salon et qui exerce une

activité commerciale, l'arthro-IRM de l'épaule gauche - effectuée trois mois après la chute et mettant en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une déchirure transfixiante du sus-épineux et une déchirure profonde du sous-épineux – ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement ne permettent pas de déterminer si les ruptures des tendons sont dues de manière prépondérante (pour plus de 50%) à l'état dégénératif. | LAA.6.al2

A/1148/2018 ATAS/747/2019 (3) du 22.08.2019 (LAA) , PARTIEL. ADMIS/RENV *** ARRET DE PRINCIPE *** Descripteurs : AA;LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT;USURE(DÉTÉRIORATION);MALADIE;FARDEAU DE LA PREUVE;PREUVE FACILITÉE Normes : LAA.6.al2 Résumé : La présomption légale du droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, ne peut être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La notion de lésions corporelles qui sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie au sens de l'art. 6 al. 2 LAA doit être comprise comme étant dues à plus de 50% à l'usure ou à la maladie. S'il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant (à plus de 50 %), l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Dans le cas d'un assuré qui a présenté une déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche après avoir chuté dans son salon et qui exerce une activité commerciale, l'arthro-IRM de l'épaule gauche - effectuée trois mois après la chute et mettant en évidence une arthrose acromio-claviculaire, une déchirure transfixiante du sus-épineux et une déchirure profonde du sous-épineux – ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement ne permettent pas de déterminer si les ruptures des tendons sont dues de manière prépondérante (pour plus de 50%) à l'état dégénératif. En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1148/2018 ATAS/747/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 août 2019 En la cause Monsieur A_____, domicilié à Divonne-les-Bains, France recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse, né le _____ 1953, marié, domicilié à Divonne-Les-Bains /France, travaille en qualité de Customer Application Manager auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur) à Satigny, à plein temps, depuis le 2 juillet 1973. Il est assuré à ce titre contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la CNA ou l'intimée). 2. Le 22 février 2017, vers 21h00, l'assuré, alors qu'il se trouvait à son domicile après avoir normalement travaillé pendant la journée, en chaussettes, a glissé sur un parquet lisse, est tombé assis et a amorti la chute avec la main gauche. L'atteinte à la santé consistait en une contusion de l'épaule gauche. L'employeur a adressé à la CNA une déclaration d'accident-bagatelle LAA le 16 mars 2017. Il est notamment mentionné dans ce document que les premiers soins ont été dispensés par l'Hôpital de La Tour à Meyrin (ci-après : l'hôpital). Par ailleurs, il n'y avait pas eu d'interruption de travail à la suite de cet accident. 3. Par courrier du 22 mars 2017, la CNA a confirmé à l'hôpital que l'assuré bénéficiait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident survenu le 22 février 2017. Elle accordait ainsi une garantie de prise en charge pour le traitement hospitalier, à l'exclusion des frais supplémentaires pour des transferts non médicalement justifiés. 4. Le 3 avril 2017, l'hôpital a indiqué à la CNA

que l'intéressé n'était pas venu dans son établissement pour cet accident, à la date de celui-ci. 5. Le 9 juin 2017, une nouvelle déclaration de sinistre LAA, pour rechute, a été établie par l'employeur. La date de la rechute remontait au 1^{er} juin 2017. 6. Lors d'un entretien téléphonique le 13 juin 2017, l'employeur a déclaré à la CNA que l'assuré n'avait présenté aucune incapacité de travail consécutive à la rechute annoncée. 7. Par courrier du 14 juin 2017, la CNA a confirmé à l'assuré et à l'employeur qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 22 février 2017, précisant qu'aucune indemnité journalière ne serait versée car la période d'incapacité de travail était inférieure aux trois jours du délai de carence. La CNA réglerait directement les frais de traitement des médecins et autres prestataires de soins exerçant en Suisse. Un courrier identique a été adressé à l'hôpital, précisant que la garantie de prise en charge pour le traitement hospitalier était accordée. 8. Le 5 juillet 2017 la CNA a reçu de l'hôpital une demande de garantie d'hospitalisation, pour une durée estimée à trois jours, en vue d'une arthroscopie de réparation de la coiffe gauche par le docteur C_____, privat-docent FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, spécialiste de l'épaule et du coude. 9. Par courrier du 11 juillet 2017, la CNA a indiqué avoir appris qu'une intervention chirurgicale aurait lieu le 2 août 2017 à l'hôpital. Au vu du peu d'informations médicales qu'elle possédait à ce sujet, elle se voyait obligée d'émettre des réserves sur la prise en charge de cette opération. À réception des renseignements médicaux nécessaires pour se déterminer, elle examinerait si sa responsabilité était engagée. Par courrier séparé du même jour, la CNA a invité l'hôpital à répondre à un questionnaire annexé ainsi qu'à lui faire parvenir la copie des comptes rendus de lecture des examens radiologiques pratiqués. 10. Le 18 juillet 2017, la CNA a reçu les documents suivants : - la copie d'un courrier du 9 mai 2017 du Dr C_____ à son confrère D_____, médecin généraliste à Divonne-Les-Bains (ci-après : le médecin traitant généraliste), dont il résulte qu'il avait examiné le patient pour un problème d'épaule gauche le 8 mai 2017. Ce dernier s'était déjà présenté à sa consultation dans le cadre d'une rupture massive de sa coiffe des rotateurs à droite. S'étant bien adapté, le médecin avait renoncé à toute prise en charge chirurgicale. Le patient avait été victime d'une chute à gauche, avec réception sur son membre supérieur en extension. Il avait d'emblée ressenti des douleurs. Il s'agissait d'un premier épisode. Cliniquement, le patient présentait des amplitudes articulaires qui étaient complètes et symétriques et des signes pour une rupture de sa coiffe des rotateurs postéro-supérieure, d'une manière massive à droite. Il présentait déjà une épaule fragile d'un côté, et il convenait de prévenir une évolution similaire à gauche. Il lui avait donc proposé de réaliser une arthro-IRM. Il reverrait le patient après cet examen; - la copie d'un rapport de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 22 mai 2017, dont l'objectif était de procéder à un bilan de la coiffe des rotateurs postéro-supérieure, effectué par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie à l'Hôpital de La Tour. Ce document décrivait notamment, s'agissant des os, une arthrose acromio-claviculaire avec diastasis horizontal estimé à 5 mm, s'associant à des signes de rupture du complexe capsulo-ligamentaire inférieur ; s'agissant des cartilages et labrum : ils étaient discrètement dégénératifs avec irrégularité de surface cartilagineuse et fissurations labrales dégénératives ; les tendons présentaient une déchirure transfixiante complète avec rétraction du moignon tendineux à mi-hauteur de la tête humérale du sus-épineux, une tendinose fissuraire profonde du tiers supérieur du tendon subscapulaire, une déchirure profonde du tendon sous-épineux avec matière des fibres bursales. Le long biceps était en place dans sa gouttière avec signe de tendinose de sa portion horizontale intra-articulaire au niveau de sa poulie. Quant aux muscles, ils présentaient une trophicité

volumique conservée avec discrète involution graisseuse débutante grade II des muscles sus- et sous-épineux. L'examen concluait à une déchirure transfixiante complète du sus-épineux avec rétraction de son moignon tendineux à mi-hauteur de la tête humérale; à une déchirure profonde du tendon sous-épineux avec maintien des fibres bursales; à une tendinopathie fissuraire du tiers supérieur profond du subscapulaire; et à une tendinose de la poulie bicapitale. 11. Le 20 juillet 2017, le Dr C_____ a répondu au questionnaire de la CNA : la première consultation remontait au 8 mai 2017. Les constatations initiales étaient : douleurs à l'épaule gauche et insuffisance de la coiffe postéro-supérieure gauche. Une arthro-IRM avait révélé et conduit à poser le diagnostic de lésion massive de la coiffe des rotateurs gauche. Les motifs justifiant l'intervention du 2 août 2017 étaient les douleurs et l'incapacité fonctionnelle post-traumatique. L'intervention avait pour but de réparer les tendons lésés. La durée prévisible de l'incapacité de travail était de trois à six mois selon l'effort physique au travail. Il n'y avait pas d'antécédents connus. L'état actuel était stationnaire. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident. 12. Le 2 août 2017, la CNA a indiqué par téléphone à l'hôpital qu'en l'état elle ne pouvait pas encore se prononcer sur la prise en charge de l'intervention prévue le jour-même. Elle devait procéder à des investigations. 13. Dans une appréciation du même jour, la doctoresse F_____, médecin praticien et médecin d'arrondissement, a relevé qu'en l'état du dossier, les troubles présentés par l'assuré (lésion de la coiffe des rotateurs) tout comme l'opération prévue ce jour, le 2 août 2017, n'étaient pas en relation de causalité probable avec l'événement du 22 février 2017. L'opération était en relation de causalité possible. Les lésions de l'épaule étaient de nature dégénérative (rétraction du tendon du sus-épineux, infiltration graisseuse de stade II et des sus- et sous-épineux, autres lésions dégénératives décrites sur le rapport d'IRM du 22 mai 2017). Une enquête était nécessaire pour déterminer les antécédents de l'assuré, les symptômes avant, les sports pratiqués avant l'événement du 22 février 2017, la description du poste de travail et des loisirs. Le dossier serait revu ultérieurement. 14. Par courrier du 3 août 2017, dont copie à l'employeur et à l'hôpital, la CNA a indiqué à l'assuré qu'il ressortait des pièces du dossier et de l'avis de son médecin d'arrondissement qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 22 février 2017 et l'intervention du 2 août 2017. 15. Par courrier du 8 août 2017, l'assuré, réagissant au courrier précédent, a indiqué s'opposer clairement et fermement à la décision de refus de prise en charge des soins et de l'intervention chirurgicale. Il ne souffrait d'aucune douleur, ni d'aucune difficulté de mobilisation de force dans l'épaule gauche jusqu'au moment de l'accident (chute sur le sol avec extension du bras gauche pour amortir le choc). Après la chute, une violente et immédiate douleur allant du bras gauche jusqu'au-dessus de l'épaule s'était manifestée, et avait duré plusieurs heures. Atténuée par la prise d'antidouleurs et d'anti-inflammatoires, cette douleur était devenue plus sourde sans jamais disparaître, entraînant un réveil plusieurs fois par nuit jusqu'à l'intervention chirurgicale récente. Il s'agissait bien d'un événement accidentel et non d'une affection chronique comme mentionné dans la décision de refus du 3 août 2017. L'intervention chirurgicale ayant été pratiquée le 2 août 2017, le Dr C_____ pourrait fournir à l'assureur-accidents d'autres éléments qui lui permettraient de rouvrir le dossier et de revenir sur sa décision. 16. Le 10 août 2017, la CNA a adressé à l'hôpital une copie de l'appréciation du 2 août 2017 de la Dresse F_____. 17. Le 14 août 2017, la CNA a reçu un certificat médical-fichet (Dr C_____) attestant d'une capacité de travail nulle dès le 2 août 2017, durée probable jusqu'au 2 septembre 2017. 18. Le 18 août 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du service médical de l'agence de la

CNA Genève, a procédé à une appréciation médicale. Selon les éléments disponibles au dossier, dans les suites de l'accident déclaré en bagatelle, soit sans arrêt de travail, l'assuré avait consulté le Dr C_____, lequel le connaissait déjà en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs du côté controlatéral à celui qui faisait l'objet de la demande d'appréciation. Au vu du bilan par IRM réalisé à l'hôpital, confirmant l'existence de nombreuses lésions de type dégénératif (arthrose acromio-claviculaire, altération dégénérative cartilagineuse et involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs) évoquant fortement une dégénérescence globale de l'épaule gauche, l'événement annoncé « au mois de février 2017 » avait pu décompenser un état pathologique préalable. Au plus tard deux mois après cet événement, les effets délétères du sinistre étaient éteints. L'assuré n'avait pas arrêté ses activités professionnelles dans les suites de l'accident. En conclusion, l'intervention chirurgicale ne faisait pas partie du traitement concernant l'assureur-accidents. Un lien de causalité pour le moins probable n'était pas retenu, compte tenu des nombreuses anomalies dégénératives de l'épaule gauche. Les ruptures constatées faisaient probablement partie de la dégénérescence de cette épaule. Le médecin s'est enfin référé à l'argumentaire de la Haute Autorité de Santé française (HAS) dont il a cité l'extrait suivant : « les ruptures de la coiffe des rotateurs surviennent le plus souvent dans le cadre d'une évolution d'une tendinopathie chronique, symptomatique ou non : elles sont dites alors dégénératives. Les ruptures aiguës sur tendon entièrement sain sont rares ». 19. Par décision du 21 août 2017 la CNA a notifié à l'assuré une décision susceptible d'opposition, aux termes de laquelle la prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assureur-accidents, mais de celle de l'assurance-maladie. 20. Par courrier du 15 août 2017, adressé à la Dresse F_____ et enregistré par la CNA le 29 août 2017, le Dr C_____ se référant à l'avis de cette praticienne, dont il ne prenait connaissance que le jour-même du courrier, indiquait qu'il avait malheureusement dans l'intervalle opéré le patient, qui pour l'instant se portait très bien. Comme mentionné dans tous les courriers préalables, l'épaule était asymptomatique avant l'accident. Il avait été victime d'une chute violente avec réception sur ses mains en extension. Il avait d'emblée présenté des douleurs. Anamnestiquement, il n'y avait donc pas de doute quant à une origine traumatique. Le rapport d'arthro-IRM (22 mai 2017) décrivait une infiltration graisseuse de stade II. Il s'agissait d'une erreur de la part du radiologue : le signe de la tangente était négatif; il y avait tout au plus une infiltration graisseuse de stade I des muscles sus- et sous- épineux. Le radiologue s'était trompé et avait mal interprété la rétraction importante du tendon. Lors de l'intervention, il n'y avait d'ailleurs pas de signe pour une lésion chronique. Son secrétariat lui ferait parvenir un dossier clinique, radiologique et peropératoire complet : elle était invitée à l'analyser afin de pouvoir en discuter avec lui, le cas échéant. Enfin, étant l'auteur d'une étude jusqu'ici réalisée conjointement avec la CNA concernant les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs, il avait effectué une revue extensive des différents critères et confirmé, ce faisant, que ce patient présentait une lésion vraisemblablement traumatique de sa coiffe des rotateurs. Il a joint à son courrier, en plus des documents médicaux déjà connus : - la copie de la lettre d'accompagnement que la Dresse E_____ lui avait adressée (23 mai 2017) avec son compte rendu d'arthro-IRM (22 mai 2017), et - une copie du compte rendu opératoire du 2 août 2017, posant le diagnostic de réparation de la coiffe. Le traitement avait consisté en la suture arthroscopique de tendons de l'épaule. 21. Le 1^{er} septembre 2017, le Dr G_____, s'étant vu soumettre le courrier susmentionné du chirurgien traitant, a indiqué qu'il convenait d'attendre les documents notés dans le courrier du Dr C_____ précité. 22. Par courrier du 13 septembre

2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 21 août 2017. 23. Le 25 septembre 2017, le Dr G_____ a une nouvelle fois pris position par rapport aux indications supplémentaires et corrections apportées par le chirurgien traitant, et au dossier radiologique complet annoncé dans son courrier du 15 août 2017. Après une discussion avec la Dresse F_____, le Dr G_____ préconisait un complément d'enquête afin de préciser l'état de fait et les antécédents de l'assuré. 24. Le 16 novembre 2017, l'assuré a répondu au questionnaire complémentaire de la CNA, dans le cadre de l'instruction de son opposition. En substance, il a indiqué que jusqu'au jour de l'accident, il était en pleine capacité fonctionnelle de son bras et de son épaule gauches, sans limitation aucune. Quant aux circonstances de l'accident, il a expliqué que lors d'un déplacement dans son appartement, en chaussettes, il avait brusquement glissé et chuté violemment sur le sol; la main gauche, avec le bras en extension ayant frappé le sol en premier. Il avait immédiatement ressenti une violente douleur dans l'épaule gauche, irradiant derrière cette épaule, jusqu'au coude, avec impotence fonctionnelle l'empêchant de se relever pendant plusieurs minutes. Par la suite, il avait pu constater une baisse relative de la douleur, sous haute dose d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs; mais constatant que la douleur était toujours importante et plus intense lors de la mobilisation, il avait finalement décidé de consulter son généraliste. En réponse à une question spécifique, il a indiqué qu'il souffrait d'hypertension artérielle (HTA) traitée. Il ne prenait pas régulièrement d'antidouleurs ou de préparations à base de cortisone. Il n'avait présenté aucun antécédent médical au niveau du genou/de l'épaule gauche. S'agissant de sa capacité de travail, il était à nouveau apte à travailler à 100 % depuis le 4 septembre 2017. Le traitement n'était pas terminé; la prochaine consultation était prévue le 17 novembre 2017 (physiothérapie), et la prochaine consultation auprès de son chirurgien était prévue le 5 mars 2018. Son assurance-maladie était la CPAM de l'Ain. 25. La CNA a sollicité un rapport du généraliste-traitant, lequel a répondu sur formule de rapport médical initial LAA, le 17 janvier 2018. Les premiers soins avaient été dispensés le 16 mars 2017. Quant aux circonstances de l'accident, il a indiqué : « chute le 22 février 2017 sur l'épaule gauche et depuis, douleurs persistantes; premier épisode : pas de plainte antérieure de cette épaule à sa connaissance ». Le praticien n'avait pas revu le patient depuis le 25 août 2017, mais il lui semblait qu'il était guéri. Quant aux constatations objectives, le 16 mars 2017, il avait noté un conflit sous-acromial avec testing du sus- et sous-épineux douloureux à gauche; radiologiquement, notion d'arthrose selon IRM sollicitée par le chirurgien traitant. Le diagnostic posé était celui de lésion de la coiffe des rotateurs gauche. Les constatations objectives correspondaient et étaient plausibles avec l'événement invoqué par le patient. Le traitement avait consisté en une intervention chirurgicale par le Dr C_____. S'agissant de l'incapacité de travail, il renvoyait au chirurgien traitant. Il a enfin relevé, dans la rubrique « remarques » qu'il ne s'était pas spécialement occupé de ce traumatisme; il suivait le patient pour d'autres raisons médicales et il ne l'avait pas revu depuis le 25 août 2017. 26. Le Dr G_____ s'est à nouveau prononcé dans le cadre d'une appréciation médicale du 20 février 2018. Il a rappelé qu'il avait été invité initialement à se prononcer par rapport au refus de causalité évoqué par la Dresse F_____ (avis de cette dernière du 2 août 2017). En définitive, au vu des différents éléments disponibles, après sa première appréciation médicale du 18 août 2017, il ne pouvait que partager l'opinion de la Dresse F_____, compte tenu de l'existence de nombreuses lésions de type dégénératif. En conclusion, il rejoignait l'avis de sa collègue. 27. Par décision sur opposition du 27 février 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Rappelant les dispositions applicables, notamment l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur

l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), énumérant de manière exhaustive les lésions assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas d'une manière prépondérante dues à l'usure ou à une maladie, ainsi que les principes jurisprudentiels applicables concernant la valeur probante d'un rapport médical, et se fondant sur les avis successifs de son médecin d'arrondissement et de son médecin-conseil, l'avis du second concordant avec celui du premier, après instruction complémentaire sollicitée par le médecin-conseil, la CNA a relevé que le fait qu'avant l'accident l'assuré ne souffrait pas de son épaule n'avait aucune influence sur l'issue de la présente procédure. Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_594/2016 du 4 novembre 2016 consid. 3.2.1), une simple contusion de l'épaule ne pouvait pas entraîner des lésions au niveau de la coiffe des rotateurs. L'étiologie dégénérative ne permettait pas non plus d'engager la responsabilité de la CNA selon l'art. 6 al. 2 LAA. Ainsi, la décision querellée devait être confirmée et l'opposition rejetée. L'assuré était prié de s'adresser à ses assureurs-maladie. Un éventuel recours contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif.

28. Par courrier du 7 avril 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 27 février 2018. Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision entreprise. Il a exposé qu'il n'était pas possible de dire que les lésions litigieuses résultaient exclusivement de causes étrangères à l'accident. Rien n'indiquait que, sans cet accident, les déchirures auraient eu lieu. En outre, il avait reçu du personnel de l'hôpital la confirmation de la prise en charge de l'intervention juste avant celle-ci.

29. L'intimée a répondu au recours par courrier du 7 mai 2018. Elle a conclu à son rejet (déboutement du recourant de toutes ses conclusions). S'agissant des faits, ce n'était qu'en date du 21 septembre 2017, après que la CNA l'avait invité à répondre à un certain nombre de questions précises, que l'assuré avait indiqué avoir consulté son généraliste à Divonne-les-Bains, sans préciser la date de cette première consultation. Cette information (date de première consultation) avait été donnée par la suite, par le Dr D_____, la CNA n'ayant du reste jamais reçu de facture pour une consultation du 16 mars 2017. Contrairement à ce que suggérait le recourant, le Dr G_____ avait déjà tenu compte de l'avis du chirurgien traitant dans une première appréciation médicale rendue avant la décision sur opposition. Il démontrait dans son appréciation médicale du 24 avril 2018 en quoi l'avis du Dr C_____ au sujet des conclusions radiologiques était sans pertinence sur l'origine dégénérative de la lésion. Selon le Dr G_____, une rupture traumatique du tendon aurait entraîné une symptomatologie aiguë et des douleurs et une limitation fonctionnelle immédiate. Dans le cas d'espèce, le recourant n'aurait reçu les premiers soins que trois semaines après le sinistre annoncé, et passé une IRM que trois mois plus tard. S'agissant de l'IRM, peu importe finalement si l'involution graisseuse était de grade II tel que confirmé par le radiologue, ou de grade I tel qu'évoqué par le chirurgien traitant. Par sa seule présence, l'involution graisseuse indiquait une lésion ancienne dégénérative. Ainsi, l'ensemble des données évoquait avant tout une rupture tendineuse de type dégénératif. Les effets de l'événement du 22 février 2017 avaient pris fin au plus tard deux mois après sa survenance. Outre le fait que l'assuré avait 65 ans, son épaule droite était déjà fortement dégénérative, et l'épaule gauche présentait également un tel état. Enfin, le fait que l'hôpital aurait, à tort, confirmé au recourant la prise en charge de l'intervention du 2 août 2017 par l'assureur-accidents n'engageait pas la responsabilité de l'intimée. L'intimée a joint l'appréciation du Dr G_____ du 24 avril 2018 (première page uniquement).

30. Le recourant a répliqué par courrier du 3 juin 2018. Il a persisté dans son argumentation précédente et dans ses conclusions. L'argument avancé par l'intimée, selon lequel le cas de

rupture de la coiffe chez les personnes entre 60 et 70 ans ne concernait que 20 % des cas, n'était pas pertinent dans ce dossier, dans lequel le diagnostic était une rupture accidentelle des tendons. S'il n'avait pas indiqué à la CNA avoir consulté son médecin traitant français, c'est qu'il pensait que cela n'avait pas d'importance pour l'intimée, dans la mesure où il s'agissait d'un praticien en dehors de la Suisse. Il regrettait, dans la mesure où cela paraissait se retourner contre lui, de ne pas avoir « abusé » du service de santé en n'ayant pas été immédiatement consulter. Même s'il existait un état dégénératif, la chute avait entraîné la rupture des tendons. Enfin, la récupération rapide des aptitudes fonctionnelles (amplitude et force) après seulement quatre mois de rééducation et dix-huit séances de physiothérapie était selon lui une preuve supplémentaire d'une rupture accidentelle et non dégénérative (qui ne disparaissait certainement pas après une réparation de ce type). 31. L'intimée a brièvement dupliqué par courrier du 27 juin 2018. Elle a persisté dans ses conclusions. En substance, le recourant n'apportait aucun élément nouveau particulier dans sa réplique. 32. Le 22 octobre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle: Le recourant a déclaré qu'il avait récupéré assez rapidement toutes ses capacités fonctionnelles concernant son épaule gauche après l'intervention, par le Dr C_____, du 2 août 2017 (arthroscopie). Il avait repris le travail à plein temps après un mois, soit le 4 septembre 2017. S'agissant de ses problèmes d'épaule droite, il avait été consulter le Dr C_____, sauf erreur, en 2016. L'état de son épaule droite résultait d'un accident qu'il avait eu en 2005, sauf erreur, et pour lequel son épaule n'avait pas été prise en charge correctement. Il avait subi un sectionnement des tendons dans le cadre d'une chute en montagne. Il avait à l'époque notamment eu une capsulite. Le Dr C_____ lui avait alors indiqué que l'état de son épaule droite, soit une rupture massive de la coiffe au stade III, n'était pas opérable dans l'état actuel de la technique, et qu'il convenait de « vivre avec », dans l'attente possible d'un progrès de la technique ou d'une reconstruction par prothèse totale. Son assurance-maladie était la CPAM de l'Ain. Il l'avait interpellée (il s'agissait de la sécurité sociale française). Cette assurance lui avait confirmé qu'elle entrerait en matière lorsque la présente procédure serait définitivement réglée. En attendant, il avait dû avancer un certain nombre de frais médicaux, soit les frais de l'anesthésiste, les frais de consultation post-opératoire du Dr C_____, la physiothérapie (dix-huit séances), mais s'agissant de l'intervention chirurgicale et de la facture de l'hôpital de la Tour, il n'en avait eu jusqu'ici qu'une copie qu'il n'avait pas réglée. Il évaluait à environ CHF 2'000.- ce qu'il avait déjà dû déboursier. La représentante de l'intimée a affirmé que la facture de chirurgie n'avait pas été réglée. En cas de refus de prestations, les factures étaient retournées. 33. À la demande de la chambre de céans, le 17 juin 2019, l'intimée a transmis l'appréciation complète du Dr G_____ du 24 avril 2018, qui retenait que les premiers soins avaient été prodigués par le Dr D_____ trois semaines après l'accident, ce qui n'était pas logique pour une rupture aiguë d'un tendon de la coiffe des rotateurs qui entraînait une symptomatologie aiguë de douleur et limitation fonctionnelle immédiatement. La période de temps avant la prise en charge par un médecin évoquait plutôt une délamination progressive du tendon, soit une pathologie dégénérative chronique. Les éléments radiologiques étaient cohérents selon l'avis de la Dresse F_____ avec une pathologie dégénérative. L'IRM de l'épaule gauche du 22 mai 2017 montrait une arthrose acromio-claviculaire, un cartilage et labrum discrètement dégénératifs avec fissuration labrale dégénérative et irrégularité de la surface cartilagineuse, avec involution graisseuse débutante grade II des muscles supra et infra-épineux. La rupture tendineuse était également signalée. Toute rupture tendineuse s'accompagnait d'un saignement important qui était à l'origine d'une limitation

fonctionnelle. Cette limitation durait plusieurs jours. En présence d'une délamination progressive du tendon, ce qui était le cas dans les pathologies dégénératives, le saignement serait absent ou minime, et de ce fait, la limitation fonctionnelle peu marquée. Dans ces cas de délamination, il y avait une compensation progressive de la fonction par les muscles proches de la coiffe des rotateurs (par exemple, le muscle deltoïde). L'arrêt de la sollicitation du muscle par rupture d'un tendon conduisait à une atrophie rapide des myocytes, les cellules musculaires. Peu à peu, avec l'ancienneté de la maladie, l'atrophie musculaire s'accompagnait d'une involution vers un tissu fibroadipeux, appelé involution graisseuse. L'involution graisseuse constatée par IMR en l'espèce, qu'elle soit de stade I ou II, était un élément supplémentaire évoquant une lésion ancienne dégénérative. L'incidence de la rupture de coiffe chez des sujets asymptomatiques était de presque 20 % entre 60 et 70 ans, alors qu'elle concernait un sujet sur deux entre 70 et 80 ans. En conclusion, l'ensemble des données disponibles évoquait une rupture tendineuse de type dégénératif. La rupture du tendon sans symptomatologie douloureuse immédiate ne semblait pas être en lien de causalité pour le moins probable avec le sinistre annoncé. L'analyse des éléments radiologiques concluait à une lésion tendineuse dégénérative prépondérante. 34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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. b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2) c. En l'espèce, le recourant, domicilié en France, travaillait avant son accident pour un employeur sis dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 2 août 2017, l'incapacité de

travail (jusqu'au 3 septembre 2017) et le traitement médical qui s'en sont suivis, singulièrement si les déchirures tendineuses dont a souffert le recourant étaient attribuables d'une manière prépondérante à un état dégénératif, comme le retient l'intimée. 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

8. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA. 9. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour

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

10. La doctrine relève que selon la lettre de la nouvelle disposition, ce n'est pas uniquement l'exigence d'un facteur extérieur qui disparaît, mais également celle liée à l'existence des autres éléments constitutifs de l'accident. Il y aurait ainsi obligation de prêter de l'assureur-accident chaque fois qu'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, et ce même si l'assuré ne cite aucun événement auquel la lésion pourrait être imputée ou à la suite duquel elle serait apparue. Savoir s'il s'agit vraiment là de l'intention du législateur est peu clair. Une telle solution apparaîtrait certainement en contradiction avec la possibilité de l'assureur de se libérer de prêter. La présomption légale de droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste ne peut en effet être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle « n'est pas due » (ndr. recte: est due) de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Si la survenance d'un événement en tant que condition du droit aux prestations n'est plus exigée, il y a lieu de se demander en comparaison de quelle autre cause l'atteinte doit être imputée de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En d'autres termes, si aucune autre cause de la lésion n'est avancée, l'usure ou la maladie apparaîtront prépondérantes dans la plupart des cas. Cette question devra être clarifiée par la jurisprudence (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, RSAS 2017 p. 32-33).

11. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

12. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la

survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 13. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 14. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à

la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 17. a. En l'espèce, l'intimée, se référant aux appréciations de ses médecins-conseil et d'arrondissement, refuse de prendre en charge la suture arthroscopique des tendons de l'épaule gauche effectuée le 2 août 2017, de même que l'incapacité de travail (jusqu'au 3 septembre 2017) et le traitement médical qui s'en sont suivis, considérant que, selon les données radiologiques, les lésions tendineuses étaient imputables de manière prépondérante à la dégénérescence de cette épaule. Le recourant, pour sa part, se basant sur l'avis de son chirurgien-traitant, ne nie pas l'existence d'un état dégénératif, mais expose que la chute du 22 février 2017, avec réception sur son membre supérieur gauche en extension, a provoqué la rupture des tendons. b. La déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG). Dès lors que le recourant, in casu, a souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs (gauche) touchant les tendons sus-épineux et sous-épineux, dont l'existence est attestée par les pièces médicales se trouvant au dossier, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit, en principe, être prise en charge par l'intimée (cf. Message du Conseil fédéral additionnel relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents; organisation et activités accessoires de la CNA] du 19 septembre 2014 [ci-après : le Message], FF 2014 7715), sans examen plus approfondi des causes de la lésion (GEHRING, op cit., n. 8 ad Art. 6 UVG), soit de la présence ou non d'un facteur exogène (David IONTA, Révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents : résumé et commentaires des modifications les plus importantes, in: Jusletter 30 janvier 2017, n. 34 p. 7). L'art. 6 al. 2 LAA repose en effet sur la présomption que les lésions corporelles figurant sur la liste sont causées par un accident (GEHRING, op. cit., n. 8 ad Art. 6 UVG). L'examen du lien de causalité entre l'évènement assuré et la lésion n'a alors plus lieu d'être (Patricia USINGER-EGGER, RSAS 2016 p. 615). c. Jusqu'au 31 décembre 2016, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.1 et les références). Ainsi, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffisait que l'évènement accidentel provoque en partie l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4) malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prenait fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine était établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. On ne se fondait donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution

d'une telle atteinte vers un statu quo sine (arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et les références). d. Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assureur peut se libérer de son obligation d'allouer des prestations s'il prouve que la lésion corporelle énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. On observera à cet égard que le Message (dans sa version en français) parle de lésion "manifestement" due à l'usure ou à une maladie, ce qui ne correspond ni au texte adopté dans les trois langues officielles de la Confédération (cf. Christine GRAA/Jeanne-Marie MONNEY, Révision de la LAA: le point sur quelques nouveautés, in: Plaidoyer. - Lausanne. - Année 34(2016), n° 4, p. 32-33, notes de bas de page n. 17 et 18; FF 2014 7703 et 7715), ni à la version en allemand du Message (« Der Unfallversicherer kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist » - BBl 2014 7922 et 7935). Par « usure », le législateur a entendu exclure la prise en charge par l'assureur-accidents des lésions corporelles dues à des efforts répétitifs et identiques (vibrations, microtraumatismes, efforts physiques prolongés ; cf. GEHRING, op. cit., n. 9 ad Art. 6 UVG et n. 8 ad Art. 4 ATSG). Le terme « maladie » est défini par l'art. 3 LPGa (GEHRING, op. cit., n. 10 ad Art. 6 UVG) - soit des notions équivalentes à celles qui étaient mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, qui se référait aux lésions (manifestement) imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (cf. Evalotta SAMUELSSON, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung: das Beispiel des Meniskusrisses, in: RSAS 2018, p. 341, 355, 358, qui emploie les termes de « lésions dégénératives ou pathologiques » en évoquant l'art. 6 al. 2 LAA; et dans le même sens : Gabriela Riemer-Kafka, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2018, n. 2.40 p. 71). Mais ni la loi ni l'ordonnance ne précisent ce que recouvre la notion « de manière prépondérante » (GEHRING, op. cit., n. 8 ad Art. 6 UVG). À cet égard, la doctrine considère qu'il y a lieu d'appliquer par analogie l'art. 9 al. 1 LAA en rapport avec les maladies professionnelles, disposition selon laquelle « [s]ont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent ». Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe 1 de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 3 et la référence). L'existence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 231/02 du 10 juin 2003 consid. 5.4 et U 281/02 du 2 février 2004 consid. 6). De manière analogue, la doctrine considère que l'obligation de prester selon l'art. 6 al. 2 LAA cesse lorsque la lésion corporelle est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie (HÜSLER, op. cit., p. 34 ; GEHRING, op. cit., n. 11 ad Art. 6 UVG ; André Nabold, UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, n. 44 ad Art. 6 UVG). Il incombe à

l'assureur-accidents d'apporter cette preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante (HÜSLER, op cit., p. 34). Dans un arrêt du 27 mars 2019 (UV.2018.00215), le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich, après avoir estimé que le rapport du médecin-traitant discréditait celui du médecin-conseil, a renvoyé la cause à l'assureur-accidents pour mise en oeuvre d'une expertise indépendante afin que l'expert détermine, entre autres, si les lésions au genou étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Si la juridiction cantonale n'a pas clarifié ces termes, dans son appréciation, le médecin-conseil avait considéré que la cause prépondérante due à l'usure ou à la maladie devait l'être à plus de 50 % (consid. 3.3). C'est également en ce sens que s'est prononcée la Commission ad hoc Sinistres LAA - qui élabore des directives sous forme de recommandations afin d'obtenir une application uniforme de la LAA - (cf. recommandation n° 2/86 du 24 mars 2017, p. 3 ; https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hocf/1986/02_86f_2017.pdf). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien droit, rappelée ci-dessus (consid. 17c.), selon laquelle la responsabilité de l'assureur-accidents est engagée lors même que la lésion corporelle a été provoquée, du moins partiellement, par un événement accidentel en dépit de son origine en grande partie dégénérative, ne saurait guère être maintenue au vu de la teneur de l'art. 6 al. 2 LAA qui prévoit une exclusion de prise en charge en cas de cause prédominante due à l'usure ou à la maladie (cf. NABOLD, op. cit., n. 46 ad Art. 6 UVG). Partant, dorénavant, si dans un cas donné, il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA - dont il est présumé qu'elles ont été causées ou aggravées par un événement accidentel, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant à plus de 50 %, l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il appartient désormais à l'assureur-social d'apporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion corporelle est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie. 18. En l'occurrence, on relèvera, au préalable, que c'est à tort que l'intimée, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_594/2016, expose, sans autre, qu'une simple contusion de l'épaule ne peut pas entraîner des lésions au niveau de la coiffe des rotateurs, étant relevé que cette affirmation émane du médecin-conseil de l'assureur-accidents dans la cause déferée à la Haute Cour, qui ne peut pas simplement être transposée dans une autre affaire. S'il est vrai que la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 16 mars 2017 mentionne une contusion de l'épaule gauche à titre d'atteinte à la santé, il n'en demeure pas moins qu'il ressort des pièces médicales au dossier, notamment du rapport de l'arthro-IMR du 22 mai 2017, fût-elle réalisée trois mois après la chute du 22 février 2017, que le recourant a souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs (gauche) touchant les tendons sus-épineux et sous-épineux, ayant nécessité une opération chirurgicale. Quant aux causes à l'origine de cette atteinte, il n'est pas clair, à ce stade, si l'état dégénératif de l'épaule, fait qui n'est ni contesté ni contestable, a contribué pour plus de 50 % aux déchirures tendineuses. Certes, à la lecture du rapport précité, les médecins-conseil et d'arrondissement ont relevé de nombreuses lésions de type dégénératif (arthrose acromio-claviculaire, altération dégénérative cartilagineuse, involution graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs). C'est par contre de façon prématurée que le médecin d'arrondissement a conclu que les ruptures constatées faisaient probablement partie de la dégénérescence de l'épaule gauche (appréciation du 18 août 2017) et que, selon les éléments radiologiques, il existait une lésion tendineuse dégénérative prépondérante (appréciation du 24 avril 2018). A défaut

d'explications de la part du Dr G_____, on ne sait pas si les tendons qui ont dû être réparés étaient, eux-mêmes, dégénératifs. Pour cette raison, le Dr G_____ ne pouvait pas, avant de déterminer si les tendons en cause étaient (entièrement) sains, se référer à l'argumentaire de la HAS selon lequel « les ruptures aiguës sur tendon entièrement sain sont rares ». Il résulte en effet du rapport d'arthro-IRM précité que l'arthrose acromio-claviculaire se rapporte aux os ; l'altération dégénérative cartilagineuse aux cartilages et labrum et l'involution graisseuse (de stade I - selon le Dr C_____ ou II - d'après la radiologue) aux muscles. Quant aux tendons, la Dresse F_____ a noté que les lésions de l'épaule étaient de nature dégénérative, compte tenu notamment de la rétraction du tendon du sus-épineux. Or selon la doctrine médicale l'histoire naturelle d'une rupture de coiffe se fait inévitablement vers une rétraction tendineuse et une atrophie graisseuse musculaire (cf. Ali Djahangiri/Alain Farron, Quand faut-il opérer une rupture de la coiffe des rotateurs ?, in: Revue Médicale Suisse 2009, volume 5, p. 2552 ; <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-230/Quand-faut-il-operer-une-rupture-de-la-coiffe-des-rotateurs>). On se demande donc si la rétraction tendineuse peut se produire quelle que soit l'origine - traumatique, dégénérative ou mixte de la rupture de la coiffe des rotateurs. En outre, dans son appréciation du 24 avril 2018, le Dr G_____ est parti de la prémisse erronée que le recourant n'avait pas présenté une symptomatologie douloureuse immédiate des suites de la chute, ce qui n'était selon le spécialiste pas logique, alors que celui-là avait affirmé avoir pris des antidouleurs et anti-inflammatoires avant de consulter son médecin le 16 mars 2017 en raison de la persistance de la douleur. Enfin, le médecin d'arrondissement a relevé que l'incidence de la rupture de coiffe chez des sujets asymptomatiques était de presque 20 % entre 60 et 70 ans. Hormis le fait qu'il existe une corrélation entre l'âge et la survenance d'une atteinte de la coiffe des rotateurs, en l'absence d'explications plus circonstanciées, on ignore en quoi cette relation permet de confirmer ou non que les lésions tendineuses étaient dues d'une manière prépondérante à l'état dégénératif (éventuel). 19. Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation des Drs F_____ et G_____ est dénuée de toute force probante. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimée pour complément d'instruction, confiée à un médecin externe, afin qu'il réponde aux questions demeurées en suspens, et détermine si les ruptures des tendons en cause étaient dues de manière prépondérante (pour plus de 50 %) à l'état dégénératif. Ceci fait, l'intimée statuera à nouveau. 20. Le recours sera ainsi partiellement admis et la décision sur opposition du 27 février 2018 annulée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ à la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision sur opposition du 27 février 2018. 4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. 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 Florence SCHMUTZ La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.