

GE_GERICHTE A/1913/2018 vom 10. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1913_2018

FR: GE_GERICHTE A/1913/2018 du 10 juin 2020

IT: GE_GERICHTE A/1913/2018 del 10 giugno 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.06.2020
A/1913/2018

A/1913/2018 ATAS/532/2020 du 10.06.2020 (LAA) , ADMIS Recours TF déposé le 06.10.2020, rendu le 03.05.2021, ADMIS, 8C_520/2020 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1913/2018 ATAS/532/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 juin 2020 8 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à BELLEVUE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse, né le _____ 1960, domicilié à Bellevue, travaille dans l'horlogerie en qualité d'assistant technique auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur), à plein temps, depuis le 1 er mai 2014. 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 28 mai 2017, vers 10h00, puis à 14h30, l'assuré, pendant qu'il roulait à vélo dans le cadre d'un pèlerinage de deux semaines entre Saint-Jean-Pied-de-Port en France et Saint-Jacques-de-Compostelle en Espagne, a glissé deux fois à cause de la chaussée mouillée et est tombé sur son épaule droite. Dès ce jour-là, il a souffert de douleurs très accentuées, qui ne se faiblissaient pas, raison pour laquelle il a envisagé de consulter un médecin. L'employeur a adressé à la CNA une déclaration d'accident-bagatelle LAA le 24 juillet 2017 (sinistre 25.75437.17.9). L'atteinte à la santé consistait en une contusion de l'épaule droite. L'état de fait décrit dans ce document à la suite des premiers examens médicaux a notamment indiqué une déchirure complète de ligament. Par ailleurs, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail à la suite de cet accident. 3. Le 23 juillet 2017, à 11h20, l'assuré a, de nouveau, chuté à vélo, alors qu'il roulait sur la route de Suisse à la hauteur de Tannay, après avoir perdu l'équilibre à cause d'une petite pierre qu'il avait impactée avec sa roue antérieure. Il s'est blessé au visage, à l'épaule gauche et au thorax. L'employeur a adressé à la CNA une déclaration d'accident LAA le 28 juillet 2017 (sinistre 25.82144.17.9). L'atteinte à la santé consistait en des contusions de l'épaule gauche et du visage à gauche. L'assuré était en incapacité de travail à la suite de cet accident. 4. Par courrier du 27 juillet 2017, la CNA a confirmé au Docteur C_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, que l'assuré bénéficiait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident survenu le 28 mai 2017. Elle garantissait la prise en charge du traitement médical. 5. Dans son rapport médical du 14 août 2017, le Dr C_____ a rappelé que l'assuré avait été victime d'un traumatisme le 28 mai 2017 engendrant à droite une lésion de sa coiffe des rotateurs supérieure. Au vu de la symptomatologie, du type de lésion, de l'âge du patient et de ses activités tant sportives que professionnelles, il lui

paraissait légitime et souhaitable de proposer une réparation sous arthroscopie. Il a en outre fait référence au traumatisme du 23 juillet 2017 qui, à la lumière d'une imagerie complémentaire de l'épaule gauche, avait provoqué une luxation acromio-claviculaire de stade III à gauche. Pour cette pathologie, il n'y avait pas d'indication opératoire à envisager.

6. Le 27 septembre 2017, la CNA a reçu de la CLINIQUE LA COLLINE une demande de garantie d'hospitalisation, avec une date d'entrée prévue pour le 18 octobre 2017, en vue de la chirurgie sous arthroscopie de l'épaule droite par le Dr C_____.

7. Le 29 septembre 2017, la CNA a sollicité un rapport du Dr C_____, lequel a répondu sur formule de rapport médical intermédiaire le 10 octobre 2017. Le diagnostic était de lésion de la coiffe des rotateurs à droite. L'évolution était réservée, comme le pronostic, qui dépendait de l'arthroscopie prévue pour le 18 octobre 2017. Aucune circonstance particulière (telle que antécédents médicaux, accidents ou conditions de vie) n'avait influencé l'évolution du traitement.

8. Le 11 octobre 2017, la CNA a sollicité des précisions sur l'accident de la part de l'assuré, lequel a répondu sur formulaire le 16 octobre 2017. Le 28 mai 2017, en pratiquant du vélo, il avait glissé avec la roue antérieure et était tombé sur le côté droit, alors qu'il se trouvait à O Cebreiro en Espagne. Il avait instantanément ressenti une forte douleur. Un témoin avait assisté à l'accident. L'assuré avait consulté le Docteur D_____

auprès de la CLINIQUE LA COLLINE en date du 21 juillet 2017.

9. Par courrier du 12 octobre 2017, la CNA a invité l'HOPITAL DE LA TOUR, où le Dr C_____ envisageait d'opérer l'assuré, à lui faire parvenir la copie de toutes les images des épaules gauche et droite de l'assuré, ainsi que des rapports médicaux y relatifs.

10. Par message électronique du 17 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré que, ne disposant pas des images IRM de l'épaule droite, le médecin d'arrondissement n'était pas en mesure de se déterminer de sorte qu'il n'était pas possible de décider si elle prenait en charge l'opération chirurgicale.

11. Le 18 octobre 2017, la CNA a reçu un certificat médical du Dr C_____ attestant d'une capacité de travail nulle du 5 octobre 2017 au 5 novembre 2017, pour cause d'accident.

12. Le 19 octobre 2017, la CNA a reçu les documents suivants : - la copie d'un rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017, dont l'objectif était de procéder à un bilan post-traumatique avec une suspicion de déchirure de la coiffe, effectué par les Docteurs E_____ et F_____ d'ID IMAGERIE, SUCCURSALE

D'UNILABS, LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SA. Après des descriptions détaillées tant sur le plan radiographique que sur le plan de l'IRM, le bilan confirmait une déchirure transfixiante de la coiffe concernant la totalité du supra-épineux, découvrant le pôle supérieur de la tête humérale sur 3 cm de diamètre, avec un foyer de déchirure au versant articulaire de l'infra-épineux se prolongeant par un clivage intra-tendineux sans composante transfixiante, une tendinopathie du sous-scapulaire sans déchirure, une tendinopathie fissuraire proximale du long biceps. Il concluait en outre à une discrète réduction volumique secondaire avec une minime infiltration graisseuse du muscle supra-épineux, ainsi qu'à un contexte de couverture acromiale accentuée, de modèle dégénératif pré-arthrosique gléno-huméral et d'arthrose acromio-claviculaire modérée ;

- la copie d'un rapport de radiographie de l'épaule gauche de face, profil, clavicule gauche et droite de face du 23 juillet 2017, établi le 24 juillet 2017 par le Docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie à l'HOPITAL DE LA TOUR. Le document décrivait une déformation de l'articulation acromio-claviculaire gauche avec surélévation de la clavicule et diastasis acromio-claviculaire dans le cadre d'une entorse de grade au moins III selon Rockwood ; une ébauche ostéophytique gléno-humérale gauche avec de petits remaniements dégénératifs de la partie supéro-latérale de la tête humérale des deux côtés ;

des fractures costales en série latéro-thoraciques gauches ; - la copie d'un rapport de radiographie du thorax de face et de profil du 23 juillet 2017, également réalisé le 24 juillet 2017 par le Dr G_____. Le document conclut à des fractures costales en série latéro-thoraciques gauches sans épanchement pleural ni pneumothorax et à une accentuation des images de la trame pulmonaire de façon diffuse et bilatérale ; - la copie d'un rapport de radiographies de la clavicule en incidence de Zanca des deux côtés et incidence de Neer du 2 août 2017, effectué par le Docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie à l'HOPITAL DE LA TOUR. Le document décrit que le bilan osseux de l'articulation acromio-claviculaire droite est normal, alors que le bilan à gauche révèle une luxation acromio-claviculaire gauche avec un déplacement crânial de la clavicule et menace cutanée, sans identification d'arrachement osseux ; - la copie d'un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 2 août 2017, dont l'objectif était d'accomplir un bilan de la luxation acromio-claviculaire gauche, également établi par le Dr H_____. Après avoir décrit les résultats de l'examen, le document conclut à une luxation acromio-claviculaire gauche de type IV d'après la classification de Rockwood. 13. Par courrier du 23 octobre 2017, la CNA a demandé à ID IMAGERIE, SUCCURSALE D'UNILABS, LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SA, de lui faire parvenir les radiographies de l'épaule droite, ainsi que des rapports médicaux y relatifs. Le 7 novembre 2017, elle a (de nouveau) reçu la copie du rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017 des Drs E_____ et F_____. 14. Le 6 novembre 2017, la CLINIQUE LA COLLINE a fait parvenir à la CNA une nouvelle demande de garantie d'hospitalisation, avec une date d'entrée prévue pour le 13 novembre 2017, en vue de la chirurgie sous arthroscopie de l'épaule droite par le Dr C_____. 15. Par courrier du 8 novembre 2017, la CNA a indiqué à la CLINIQUE LA COLLINE qu'elle ne pouvait pas encore se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance, car des mesures d'instruction étaient nécessaires. Elle priait l'hôpital de patienter encore un peu. 16. Lors d'un entretien téléphonique le 8 novembre 2017, l'assuré a déclaré à la CNA de ne jamais avoir eu d'antécédents à l'épaule droite. Il était droitier. Il a confirmé qu'il avait chuté à deux reprises à vélo le même jour et était tombé à chaque fois au sol sur son épaule droite (avec impact direct sur cette dernière). Depuis, il souffrait d'importantes douleurs à l'épaule droite. Il n'y avait pas d'évolution, raison pour laquelle une intervention chirurgicale avait été programmée. En attendant, il continuait les séances de physiothérapie. 17. Le 9 novembre 2017, la CNA a reçu un certificat médical du Dr C_____ attestant d'une capacité de travail nulle du 5 novembre 2017 au 5 décembre 2017, pour cause d'accident. 18. Par courrier du 14 novembre 2017, la CNA a prié la CLINIQUE LA COLLINE de lui faire parvenir tous les rapports de l'épaule droite de l'assuré. Ainsi, le 15 novembre 2019, elle a reçu les documents suivants : - la copie des saisies de consultation par le Dr D_____. Ce dernier avait reçu l'assuré le 13 juillet 2017 une première fois. Selon l'anamnèse, l'assuré avait chuté à vélo avec trauma sur moignon de l'épaule. Depuis, il souffrait de douleurs mécaniques et nocturnes favorisées par les mouvements au-dessus de la tête (l'assuré travaillait comme horloger dans une position avec abduction à 90°). Il n'avait pas encore consulté. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens avait un effet partiel. A l'examen, il résultait notamment une élévation antérieure active de 150° (avec arc douloureux), une abduction de 100°, des douleurs et une faiblesse du sus-épineux, ainsi qu'un conflit sous-acromial. Le Dr D_____ posait le diagnostic de probable déchirure du sus-épineux et prévoyait une arthro-IRM avant une deuxième consultation. Il a ensuite reçu l'assuré le 21 juillet 2017 pour une seconde consultation. Dans l'anamnèse, il retenait que l'arthro-IRM confirmait la déchirure transfixiante du sus-épineux

dans un contexte de conflit sous-acromial avec couverture acromiale augmentée, raison pour laquelle il adressait l'assuré au Dr C_____ pour une probable intervention chirurgicale. En attendant, la prise en charge s'effectuait par de la physiothérapie ; - la copie d'un courrier du 8 août 2017 du Dr C_____ au Dr D_____, dont il résulte que d'un point de vue clinique, les amplitudes articulaires de l'épaule droite étaient complètes et que la coiffe des rotateurs supérieure était incompétente. Avant de discuter d'une chirurgie à droite, il souhaitait que l'assuré bénéficie d'un bilan complémentaire à gauche comprenant une IRM, afin d'évaluer la nécessité d'une stabilisation acromio-claviculaire. 19. Le 17 novembre 2017, le Docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement au service médical de la CNA Bâle, a procédé à une appréciation médicale. Il a considéré qu'un traumatisme avec choc direct de l'épaule droite n'était pas propre à causer une lésion de la coiffe des rotateurs ou à aggraver de manière déterminante une lésion préexistante de la coiffe des rotateurs. L'examen IRM du 20 juillet 2017 ne mettait en évidence aucune lésion structurelle objectivable de l'épaule droite résultant de l'événement du 28 mai 2017. Il montrait des modifications dégénératives et non-accidentelles. Entre autres, la tête humérale était largement à découvert. Le tendon sus-épineux était largement rétracté. Etaient présentes des tendinopathies du tendon sous-scapulaire et du tendon du long biceps. Ces modifications tendineuses plaidaient pour des changements dégénératifs de l'épaule droite. L'assuré avait un âge avancé. L'événement du 28 mai 2017 avait été à l'origine d'un traumatisme avec choc direct de l'épaule droite. Une telle contusion guérissait sans séquelles au degré de la vraisemblance prépondérante. L'accident ne jouait plus de rôle causal dans l'état de l'épaule droite. L'opération chirurgicale destinée à soigner la coiffe des rotateurs de l'épaule droite n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 28 mai 2017. 20. Le 17 novembre 2017 également, le Dr D_____ a répondu à la demande de renseignements de la CNA du 29 septembre 2017, sur formule de rapport médical initial LAA. Quant aux circonstances de l'accident, il a indiqué : « Chute à vélo avec trauma épaule droite ». Selon le praticien, il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.). Quant aux constatations objectives, il a noté : « abduction douloureuse et limitée, manque de force au testing sus-épineux. Cf. arthro IRM ». Le diagnostic posé était celui de déchirure transfixiante du sus-épineux droit. Les constatations objectives concordaient avec l'événement invoqué par le patient et étaient plausibles. Le traitement avait consisté en physiothérapie ainsi que la demande d'un avis chirurgical. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Le traitement n'était pas terminé et sa durée dépendait de la réalisation d'une chirurgie. 21. Par décision du 27 novembre 2017, la CNA a notifié à l'assuré une décision susceptible d'opposition, aux termes de laquelle les troubles qui subsistaient à l'épaule droite n'étaient plus dus à l'accident, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement. Le cas était clos au 27 novembre 2017 en ce qui concernait les suites de l'accident. Elle réfutait tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettait fin au versement des prestations perçues jusqu'alors (indemnités journalières et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assureur-accident, mais de celle de l'assurance-maladie. 22. Par entretien téléphonique du 29 novembre 2017, l'assuré a informé la CNA qu'il ne pouvait pas accepter la décision. Il avait chuté en mai et il avait depuis des douleurs à l'épaule droite. Pour lui, il s'agissait clairement d'une conséquence de l'accident. Il allait consulter un avocat pour former opposition. 23. Le 4 décembre 2017, par questionnaire médical à l'en-tête de l'assurance de protection juridique de l'assuré, le Dr

C_____ a déclaré que la lésion de la coiffe des rotateurs supérieure était « 100% du[e] à l'accident » du 28 mai 2017. 24. Le 2 janvier 2018, la CNA a reçu de la CLINIQUE LA COLLINE une demande de garantie d'hospitalisation, avec une date d'entrée prévue pour le 15 janvier 2018, en vue de la chirurgie sous arthroscopie de l'épaule droite par le Dr C_____. 25. Par messages électroniques des 11 et 12 janvier 2018, l'employeur a informé la CNA que l'assuré n'avait pas travaillé du 6 septembre au 4 octobre 2017, raison pour laquelle il s'attendait au paiement rétroactif d'indemnités journalières pour cette période. 26. Par courrier du 15 janvier 2018, l'assuré a, sous la plume de son conseil, formé opposition à la décision de la CNA du 27 novembre 2017. Son droit d'être entendu était violé car la décision se fondait sur l'avis du médecin d'arrondissement du 17 novembre 2017, entièrement rédigé en allemand, langue qu'il ne maîtrisait pas. Il devait bénéficier d'une traduction des pièces en langue allemande figurant au dossier ainsi que d'un nouveau délai d'opposition, pour pouvoir prendre l'avis de ses médecins sur l'analyse opérée par le médecin d'arrondissement, qui était entièrement contestée. Sur le fond, il contestait la présence d'un statu quo sine ou ante ainsi que l'absence de lien de causalité entre l'accident du 28 mai 2017 et les troubles de l'épaule. Il se référait au questionnaire médical rempli par le Dr C_____ le 4 décembre 2017, selon lequel les affections actuelles étaient dues à l'accident à 100%. Il se prévalait en outre de l'art. 6 al. 2 LAA en vigueur depuis le 1er janvier 2017. Comme l'assurance n'avait pas démontré de façon certaine que l'atteinte résultait d'un état maladif, elle n'était pas en droit de mettre fin aux prestations. 27. Par courrier du 22 janvier 2018, la CNA a adressé au conseil de l'assuré la traduction de l'appréciation médicale du 17 novembre 2017 et imparti un délai au 23 mars 2018 au plus tard pour motiver l'opposition. 28. Par rapport médical du 23 janvier 2018, le Dr C_____ a exposé qu'il allait opérer l'assuré de la coiffe des rotateurs à droite, intervention qui avait été considérée comme relevant de la maladie dans la mesure où le patient avait pris du temps pour déclarer l'accident qui lui était arrivé. Il ne se prononçait donc pas sur le caractère traumatique ou pas de la lésion de ce côté. En ce qui concernait l'épaule gauche, l'assuré présentait une luxation acromio-claviculaire de stade V, indéniablement de caractère traumatique. 29. Par courrier du 20 mars 2018, l'assuré a, sous la plume de son conseil, maintenu son opposition à la décision du 27 novembre 2017. Il s'est référé au rapport médical du Dr C_____ du 23 janvier 2018 et considéré que tant les atteintes à l'épaule droite qu'à l'épaule gauche étaient d'origine traumatique. Il a rappelé ses arguments figurant dans l'opposition, s'agissant d'atteintes assimilées au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Dès lors qu'il n'était pas établi de manière certaine que les atteintes résultaient d'un état maladif au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 8C_347/2013), le lien de causalité devait être admis et ce pour les deux épaules. 30. Par décision sur opposition du 7 mai 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En fait, elle a notamment retenu que le 28 mai 2017, l'assuré « a[vait] été victime d'une chute à vélo, se blessant à l'épaule droite. Il en [était] résult[é] une lésion de la coiffe des rotateurs. » En droit, elle a considéré que la problématique devait être appréhendée essentiellement sous l'angle médical et s'est référée à l'appréciation médicale du 17 novembre 2017 par le Dr I_____, aux réponses du 4 décembre 2017 par le Dr C_____ sur questionnaire médical à l'en-tête de l'assurance de protection juridique de l'assuré et au rapport médical du 23 janvier 2018 par ce même praticien. Elle a précisé qu'elle avait mis fin au service des prestations d'assurance pour l'épaule droite et non pour l'épaule gauche, qui engageait toujours sa responsabilité. Comme l'assuré n'apportait aucun élément, sur le plan médical, propre à mettre en doute les conclusions du Dr I_____, il convenait de maintenir la fin de prestations prononcée pour

l'épaule droite. 31. Par message électronique du 6 juin 2018, le service juridique de la CNA a fait parvenir au conseil de l'assuré la garantie de prise en charge des frais hospitaliers de la CLINIQUE LA COLLINE pour l'opération de l'épaule gauche. 32. Par écritures du 4 juin 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 7 mai 2018. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'à la constatation que la CNA devait prendre en charge l'ensemble des affections résultant de l'accident du 28 mai 2017, en particulier l'opération chirurgicale en lien avec la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et verser les prestations correspondantes, avec suite de frais et dépens. Il a notamment exposé que le Dr C_____ avait opéré son épaule droite le 9 février 2018. En droit, il s'est prévalu de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 et, sur cette base, développé l'argumentaire exposé dans sa précédente opposition. Il a produit à l'appui de son recours en particulier une attestation du 29 mai 2018 par Monsieur J_____ confirmant qu'il avait vu l'assuré faire une chute à vélo à deux reprises pour cause de chaussée mouillée lorsque les deux cyclistes arrivaient à O Cebreiro en Galice (Espagne), une facture du 30 mai 2017 émise par la polyclinique de La Guardia en Espagne pour des examens médicaux, ainsi qu'un article, publié sur internet, du Dr K_____, médecin du sport, selon lequel les lésions tendino-musculaires de la coiffe des rotateurs étaient parmi les blessures récurrentes chez les cyclistes en cas de chute. Des telles lésions se traduisaient à distance de la chute par des douleurs et une gêne fonctionnelle et nécessitaient un travail de rééducation ou plus rarement un geste chirurgical. 33. Dans un rapport médical du 17 juillet 2018 par le Dr C_____, que ce dernier a adressé au médecin de l'assuré, et dont il a spontanément fait parvenir copie à la CNA, le praticien a décrit une évolution spectaculaire de l'épaule gauche à six semaines d'une stabilisation acromio-claviculaire selon Mazzoca. A quatre mois d'une réparation de la coiffe des rotateurs à droite, le patient notait encore un inconfort lors des positions d'abduction prolongée. Un nouveau contrôle clinique et échographique était prévu à deux mois, date à laquelle il était vraisemblable d'envisager une reprise d'activité professionnelle à 100%. 34. L'intimée a répondu au recours par mémoire du 27 juillet 2018. Elle a conclu au déboutement du recourant de toutes ses conclusions (soit au rejet du recours), avec suite de dépens. Elle avait sollicité la Doctoresse L_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin au sein de la Division de médecine des assurances de la CNA, qui avait rendu une appréciation médicale le 23 juillet 2018. Selon celle-ci, qui était jointe aux écritures, les radiographies conventionnelles de l'épaule droite effectuées le 20 juillet 2017 mettaient en évidence une ascension de la tête humérale. L'excentration habituelle de la tête humérale engendrait une arthrose excentrée. L'arthro-IRM, en décrivant une chondropathie (souffrance du cartilage) de stade III de la tête humérale, confirmait cet état de fait. S'agissant de la tendinopathie du tendon du muscle infra-épineux, subscapulaire et long chef du biceps objectivée à l'arthro-IRM, la Dresse L_____ rappelait que la tendinopathie correspondait à une dégénérescence localisée du tendon. Enfin, elle visualisait à l'arthro-IRM de l'épaule droite une atrophie du muscle supra-épineux, avec une légère infiltration graisseuse type I selon Goutallier, dégénérescence graisseuse du muscle à tendon rompu qui apparaissait un an ou plus après la rupture, alors qu'elle était présente chez l'assuré à deux mois environ des événements du 28 mai 2017. La Dresse L_____ concluait que les atteintes de l'épaule droite objectivée chez l'assuré lors de l'arthro-IRM du 20 juillet 2017 étaient antérieures aux accidents du 28 mai 2017 et étaient dues à une usure/maladie de son épaule droite sous forme d'une dégénérescence de toutes les structures (os, tendon, muscle). Elle affirmait notamment que

l'assuré ne présentait pas de déchirure tendineuse. Considérant que l'appréciation médicale de la Dresse L_____ rejoignait celle du Dr I_____ et que les avis succincts du Dr C_____ n'étaient pas de nature à faire douter de la pertinence et de la fiabilité de l'appréciation de la Dresse L_____, il était établi, selon la CNA, que l'assuré présentait une usure de toute sa coiffe des rotateurs à droite, et non une déchirure tendineuse, ainsi que des remaniements arthrosiques de son épaule droite. Des lors, les lésions en cause étaient dues, de façon certaine, à l'usure et étaient donc d'origine exclusivement malade, de sorte que l'assuré ne présentait pas de lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. 35. Le recourant a répliqué par courrier du 1^{er} octobre 2018. Il considérait qu'à la suite du recours, l'intimée modifiait son paradigme d'appréciation. Dans l'appréciation médicale du Dr I_____, sur lequel l'intimée s'était basé pour nier le droit aux prestations dans ses différentes décisions, ce médecin avait effectué une analyse du lien de causalité et avait estimé que l'accident de vélo du 28 mai 2017 n'était pas propre à expliquer les symptômes présents à l'épaule droite. Suite au recours, lors duquel le recourant avait mis en exergue qu'il fallait déterminer si les lésions étaient de façon certaine d'origine malade, l'intimée avait procédé à une nouvelle analyse du cas et estimait désormais que les lésions constatées étaient uniquement dégénératives. Le recourant contestait les conclusions de la nouvelle appréciation médicale. En effet, alors que la Dresse L_____ ne retenait aucune déchirure de la coiffe des rotateurs, cette position était contredite par l'analyse effectuée par les Drs E_____ et F_____ le 20 juillet 2017, qui confirmaient la présence d'une déchirure de la coiffe. Dès lors, le cas relevait bien de l'art. 6 al. 2 LAA. Il soulignait aussi que ces derniers l'avaient vu, alors que la Dresse L_____ ne l'avait jamais vu, ni examiné. Si par impossible la chambre de céans estimait que la situation médicale n'était pas claire, il convenait, cas échéant, de réaliser une expertise judiciaire afin de départager les points de vue. En définitive, le recourant persistait dans ses conclusions. 36. L'intimée a dupliqué par courrier du 25 octobre 2018. Il n'était pas déterminant que la Dresse L_____ n'avait pas examiné personnellement l'assuré. Cette seule circonstance ne rendait pas sans valeur probante son appréciation, qui reposait sur un dossier médical contenant des constatations objectives établies sur la base d'exams complets (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4). L'appréciation médicale du 23 juillet 2018 constituait un moyen de preuve admissible, car elle reposait sur une analyse des documents versés au dossier, elle émanait d'un médecin officiant pour le compte de l'intimée, et le recourant avait pu librement se déterminer sur la valeur probante du document (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2013 du 15 janvier 2014). Pour le surplus, l'appréciation de la Dresse L_____ se prononçait explicitement sur le fait que les lésions de l'épaule droite étaient de manière prépondérante (et non de façon certaine, cf. art. 6 al. 2 LAA) imputables à l'usure ou à une maladie. Il appartenait au médecin de déterminer si une lésion ressortant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'appréciation de la Dresse L_____ n'était pas en contradiction avec le rapport d'IRM des Drs E_____ et F_____ dont se prévalait le recourant. Une expertise judiciaire ne s'avérait pas opportune. 37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la

LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition de l'intimée du 7 mai 2018, en tant qu'elle a mis fin aux prestations d'assurance pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017. En particulier, la question se pose de savoir si l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 9 février 2018 en lien avec la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et verser les prestations correspondantes. 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 1er 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. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). 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. Dans l'arrêt déjà cité du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a considéré que, si l'assureur-accidents parvient à se libérer de son obligation de servir des prestations à la suite d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, il n'aura pas besoin d'examiner si une prise en charge au sens de l'art 6 al. 2 LAA serait subsidiairement possible, car le devoir de prendre en charge le sinistre aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli comporte des conditions de libération de l'obligation de servir les prestations qui sont plus contraignantes que dans le cas d'une lésion corporelle selon l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.5 et 9.2). 13. 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). 14. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un

médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en 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. En l'espèce, l'intimée a, par courrier du 27 juillet 2017, admis que l'événement du 28 mai 2017 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Son appréciation n'est pas critiquable, comme le recourant a chuté à vélo. Mais sa détermination a été basée sur la déclaration d'accident-bagatelle du 24 juillet 2017 qui mentionnait une contusion de l'épaule droite à titre d'atteinte à la santé. L'intimée n'avait pas encore été renseignée d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux, sinon de manière très lacunaire et imprécise de par la description de l'état de fait de l'accident figurant dans la déclaration d'accident-bagatelle, où il était exposé que les premiers examens médicaux indiquaient une déchirure complète de ligament. L'on ne saurait dès lors considérer que le courrier du 27 juillet 2017 vaudrait admission d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA s'agissant d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs. 18. La question pourrait donc se poser de savoir si, dans le cas particulier, l'intimée devrait admettre un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA concernant une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs, mais cette question peut rester indécise en l'espèce, car le recours doit être admis même à l'aune des conditions de prise en charge selon l'art. 6 al. 2 LAA, qui sont moins contraignantes pour l'assureur-accident (cf. supra, sous consid. 12). 19. En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017, considérant que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Elle s'est référée à l'appréciation du Dr I _____, médecin d'arrondissement, Ce dernier avait considéré qu'un traumatisme avec choc direct de l'épaule droite n'était pas propre à causer une lésion de la coiffe des rotateurs ou à aggraver de manière déterminante une lésion préexistante de la coiffe des rotateurs, car une telle contusion guérissait sans séquelles au degré de la vraisemblance prépondérante. En cours de procédure judiciaire, l'intimée s'est en outre référée à l'appréciation médicale de la Dresse L _____, médecin au sein de sa Division de médecine des assurances, qui a affirmé que l'assuré ne présentait pas de déchirure tendineuse. Ce constat était nouveau dans la mesure où, d'une part, l'intimée elle-même avait exposé dans la décision entreprise que l'assuré « a[vait] été victime d'une chute à vélo, se blessant à l'épaule droite. Il en [était] résult[é] une lésion de la coiffe des rotateurs. » D'autre part, le Dr I _____ n'avait pas nié la lésion, mais apprécié que l'accident n'était pas propre à la causer. L'on notera par ailleurs que le médecin de la Division de médecine des assurances n'a pas proposé de discussion des passages des documents médicaux figurant au dossier d'assurance dont le contenu ne correspondait pas en tout point à sa propre appréciation médicale. En particulier, bien qu'elle se soit référée au rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017 des Drs E _____ et F _____, elle n'a pas expliqué la différence entre la déchirure transfixiante de la coiffe concernant la totalité du supra-épineux que le bilan posé par ces derniers confirmait et l'absence de déchirure tendineuse qu'elle retenait. Au demeurant, si l'intimée a, à plusieurs occasions, critiqué les avis du Dr C _____, elle n'a pas formulé de doute sur le rapport des Drs E _____ et F _____. Pour toutes ces raisons, la chambre de céans retient qu'à la date des examens effectués par ces derniers, l'assuré souffrait d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux. 20. a. 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 transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-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). b. 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) c. 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 prêter 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. 17b.), 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 de 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, dans un arrêt de principe du 22 août 2019, 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 (ATAS/747/2019 , 22 août 2019, consid. 17d.). Dans l'arrêt déjà cité du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a posé la même exigence de preuve, selon laquelle l'assureur-accident doit démontrer que la lésion est due de manière prépondérante, soit à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.5). 21. En l'occurrence, s'il est vrai que la déclaration d'accident-bagatelle du 24 juillet 2017 mentionne une contusion de l'épaule droite 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 radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017 des Drs E_____ et F_____, que le recourant a souffert d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux, ayant nécessité une opération chirurgicale. Quant aux causes à l'origine de l'atteinte, le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 met notamment en évidence un modèle dégénératif pré-arthrosique gléno-huméral et une arthrose acromio-claviculaire modérée. Il n'expose toutefois pas de lien causal entre ces constatations (ou toute autre usure ou maladie de l'épaule droite) et la constatation principale de son bilan, c'est-à-dire la déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux. Le contenu de ce rapport n'a pas fait l'objet de critiques au cours de la procédure. L'intimée a, plutôt, critiqué les avis du Dr C_____. Pourtant, le recourant a été adressé à ce dernier postérieurement au rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017, qui a joué un rôle déterminant dans l'orientation du cas médical. En effet, la radiographie et l'arthro-IRM ont été demandées par le Dr D_____ qui, lors de la première consultation du recourant, avait posé le diagnostic de probable déchirure du sus-épineux. Ce diagnostic a été confirmé par les examens médicaux du 20 juillet 2017, raison pour laquelle le recourant a été adressé au Dr C_____ pour une probable chirurgie. Ce dernier a principalement porté son attention sur la pertinence d'un geste chirurgical. Par exemple, dans son courrier du 8 août 2017 au Dr D_____, le Dr C_____ a focalisé son attention sur les besoins chirurgicaux du recourant, pour définir lesquels il sollicitait un bilan complémentaire à gauche comprenant une IRM. De même, dans son rapport du 23 janvier 2018, il a mis l'accent sur l'opération de l'épaule droite qu'il allait effectuer, se désintéressant explicitement de la cause accidentelle ou malade. Ce désintéret s'explique par le fait que, dans sa perspective de chirurgien, l'opération chirurgicale allait s'effectuer indépendamment de la cause de l'atteinte. Néanmoins, lorsqu'il s'est prononcé sur celle-ci, le Dr C_____ a toujours considéré que l'origine de l'atteinte

était accidentelle. Le Dr D _____ a toujours été de même avis. L'appréciation médicale du médecin d'arrondissement du 17 novembre 2017 énonce des modifications qu'il qualifie de dégénératives et non accidentelles, notamment le fait que la tête humérale était largement à découvert, que le tendon sus-épineux était largement rétracté, qu'étaient présentes des tendinopathies du tendon sous-scapulaire et du tendon du long biceps. Toutefois, à défaut d'explications spécifiques, l'appréciation médicale du 17 novembre 2017 n'établit pas que le tendon qui a dû être réparé chirurgicalement présentait lui-même un état dégénératif. L'appréciation médicale du médecin de la Division de médecine des assurances du 23 juillet 2018 se conclut par l'assertion selon laquelle le recourant ne présentait pas de déchirure tendineuse. Forcément, elle ne propose pas de discussion explicite des causes d'une déchirure dont l'existence est niée. Il a déjà été relevé que cette conclusion est posée sans que ne soit préalablement discuté, ni critiqué, le bilan posé dans le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 selon lequel le recourant souffrait d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs concernant la totalité du supra-épineux. Par ailleurs, l'appréciation médicale du 23 juillet 2018 ne propose pas de discussion du rapport de radiographies du 2 août 2017 par le Dr H _____, qui décrit que le bilan osseux de l'articulation acromio-claviculaire droite était normal, alors que, dans l'appréciation médicale du 23 juillet 2018, l'analyse débute par la description d'une ascension de la tête humérale. L'on notera que le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 ne conclut pas non plus à une ascension de la tête humérale. Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux dont a souffert le recourant, est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie. 22. Par conséquent, il ne se justifie pas de mettre fin aux prestations d'assurance pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017. En particulier, l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 9 février 2018 en lien avec la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et verser les prestations correspondantes. Le recours est bien fondé et sera ainsi admis. 23. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Admet le recours dans le sens des considérants. 3. Annule la décision rendue par l'intimée le 7 mai 2018 en tant qu'elle a mis fin aux prestations d'assurance pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017. 4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens. 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 Irène PONCET Le président Giuseppe DONATIELLO 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.