

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1918/2016

ATAS/364/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1981, travaille en qualité de staffeur pour l'entreprise B_____ SA. À ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 26 juin 2015, B_____ SA a annoncé qu'alors qu'il circulait à vélo, l'assuré avait chuté en voulant éviter un enfant sur la route. L'accident était survenu le 25 juin 2015 et il avait été touché au niveau de l'épaule, du genou et du poignet.
3. Par courrier du 30 juin 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
4. Après avoir reçu, le 3 août 2015, un courrier de B_____ SA l'invitant à enquêter sur le sinistre dans la mesure où le médecin généraliste de l'assuré, le docteur C_____, avait établi des certificats d'arrêt de travail pour plusieurs employés de même nationalité, la SUVA a informé l'assuré, par pli du 2 novembre 2015, qu'elle émettait des réserves et suspendait ses prestations.
5. Le 10 novembre 2015, l'assuré a été opéré de l'épaule gauche (acromioplastie et résection de la clavicule distale) par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le rapport d'intervention mentionnait, à titre de diagnostic, « [un] conflit sous-acromial et surtout [une] pré-arthrose acromio-claviculaire post-traumatique très symptomatique de l'épaule gauche ».
6. En décembre 2015, la SUVA a reçu :
 - deux bilans radiographiques ainsi qu'un bilan d'imagerie par résonance magnétique (IRM), datés des 10, 20 et 26 août 2015, émanant des docteurs E_____ et F_____, radiologues, concluant à une sclérose de l'extrémité proximale de la clavicule gauche, avec un élargissement de l'espace articulaire acromio-claviculaire mesurant 6 mm du côté gauche contre 4.5 mm du côté droit, ce qui témoignait d'une subluxation de grade II. L'IRM du genou droit était par ailleurs normale ;
 - un bilan IRM du poignet droit et de l'épaule gauche établi le 26 octobre 2015 par le docteur G_____, radiologue, concluant, au niveau du poignet droit, à une déchirure de l'insertion ulnaire du triangle fibrocartilagineux du carpe, et au niveau de l'épaule gauche, à une entorse acromio-claviculaire de grade I à II, accompagnée d'un œdème osseux sous-chondral, d'un épaississement de la capsule articulaire et d'un épanchement intra-articulaire, sans signe de luxation.
7. Dans ses rapports des 13 novembre 2015 et 16 janvier 2016, le Dr C_____ a confirmé que l'assuré avait souffert, du fait de sa chute, de contusions multiples ainsi que d'entorses de l'épaule et du poignet. Des anti-inflammatoires ainsi que de

la physiothérapie lui avaient été prescrits. Sa capacité de travail était jugée nulle depuis le 25 juin 2015.

8. Le docteur H_____, médecin d'arrondissement, a rendu un premier rapport le 22 janvier 2016 : l'assuré disait avoir chuté à vélo le 25 juin 2015, puis avoir consulté le Dr C_____ en juillet 2015, mais restait relativement évasif sur le déroulement et les suites immédiates de l'accident. Au mois d'août 2015, il avait subi des radiographies et IRM et en novembre 2015, il s'était fait opérer de l'épaule gauche. Actuellement, la mobilité de cette épaule était limitée, comme celle du poignet droit, tandis que le genou droit semblait douloureux, même si le bilan IRM était rassurant. L'assuré avait apporté une IRM de l'épaule gauche réalisée le 14 janvier 2016, dont il ressortait des lésions dégénératives évidentes (ostéophyte, sclérose, etc). Toutefois, comme le Dr H_____ ne disposait d'aucun rapport du Dr C_____ pour la période courant du 25 juin au 13 novembre 2015, il avait invité l'assuré à se procurer ces documents, à réception desquels pourraient être clarifiées les questions de la causalité et de la prise en charge de l'opération scapulaire.
9. À l'issue d'un consilium avec les docteurs I_____, J_____ et K_____, médecins d'arrondissement, le Dr H_____ a établi un rapport final le 1^{er} février 2016: après la déclaration d'accident intervenue en juin 2015, l'évaluation médicale n'avait pas immédiatement été suivie d'une évaluation radiologique, une IRM du genou droit n'ayant été réalisée qu'après six semaines. S'agissant de l'épaule gauche, aucun traitement hormis antalgique n'était intervenu pendant deux mois, avant qu'une IRM ne mette en évidence une asymétrie de l'espace acromio-claviculaire et une sclérose de la clavicule gauche. On pouvait observer une telle asymétrie soit en cas de luxation acromio-claviculaire, soit en cas d'arthropathie chronique avec conflit acromio-claviculaire ancien, alors qu'une sclérose osseuse était toujours d'origine dégénérative. En l'occurrence, l'absence de prise en charge immédiate plaiderait plutôt pour un conflit acromio-claviculaire, soit une pathologie ancienne. Si une luxation était intervenue, elle n'aurait pas manqué d'entraîner une limitation fonctionnelle importante et de nécessiter un traitement de physiothérapie ainsi qu'une évaluation médicale approfondie. Ces éléments faisaient toutefois défaut. En novembre 2015, l'assuré avait signalé avoir transmis par fax les rapports de son médecin traitant, documents que la SUVA n'avait jamais reçus. En définitive, les informations obtenues tardivement ne permettaient pas de confirmer que l'intervention chirurgicale pratiquée en novembre 2015 était consécutive à l'accident. Selon le Dr H_____, les atteintes de l'épaule gauche « ne [pouvaient] être considérées comme de nature exclusivement traumatique mais plutôt dégénérative ». En outre, l'assuré s'était contenté de prendre des médicaments dans le mois qui avait suivi l'accident, sans bénéficier d'un suivi paramédical. L'événement n'était pas à l'origine d'une décompensation définitive d'un état pathologique préalable et une arthrose acromio-claviculaire ne pouvait pas se développer sur une période de seulement cinq mois, de sorte qu'il s'agissait manifestement d'une pathologie ancienne, sans lien causal avec la chute. Partant,

l'intervention chirurgicale n'était pas consécutive à l'accident, pas plus que l'incapacité de travail qu'elle avait engendré.

10. Sur question de la SUVA, le Dr H_____ a précisé le 2 février 2016 que « compte tenu du diagnostic évoqué et en l'absence d'informations de gravité pour juillet et début août 2015, [on pouvait] considérer qu'au plus tard deux mois après le traumatisme annoncé, la symptomatologie de l'épaule gauche [n'était] pas la conséquence de l'accident annoncé le 25 juin 2015 ».
11. Invité derechef à se déterminer, le Dr H_____ a conclu dans un rapport du 28 février 2016 que les symptômes du genou droit ne résultaient pas de l'accident du 25 juin 2015 mais qu'en revanche, un lien de causalité pouvait être admis entre la chute et la lésion ligamentaire du ligament ulno-carpien du poignet droit, pour laquelle une intervention d'arthroscopie pourrait être prise en charge.
12. Par décision 4 mars 2016, la SUVA a accepté de prendre en charge les troubles dont souffrait l'assuré au niveau du poignet droit, mais a refusé de prester pour ses troubles de l'épaule gauche et du genou droit, considérant que leur lien de causalité avec l'accident n'était pas établi au degré de vraisemblance requis.
13. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 13 avril 2016, arguant en substance que ses troubles de l'épaule gauche étaient en relation directe avec l'accident de juin 2015, ce qui était également le cas de ses troubles du genou droit. Il a joint :
 - un questionnaire médical rempli le 8 avril 2016 à la demande de son assurance de protection juridique par le Dr C_____, à teneur duquel l'accident était responsable de lésions de gravité importante, dont l'évolution était chronique, « surtout car le sujet [n'avait] jamais souffert des mêmes pathologies ». L'état de santé ne s'était pas significativement amélioré et la capacité de travail restait nulle ;
 - un courrier du 12 avril 2016 du Dr D_____, répondant également à un questionnaire de l'assurance de protection juridique. L'assuré avait chuté à vélo le 25 juin 2015 et s'était réceptionné sur l'épaule gauche et le poignet droit. Il avait par ailleurs subi une entorse cervicale. Il avait initialement été pris en charge par son médecin traitant, lequel lui avait prescrit de la physiothérapie et un traitement conservateur. Après avoir reçu l'assuré le 13 octobre 2015, le Dr D_____ avait mis en évidence une entorse de la colonne cervicale, actuellement presque asymptomatique, ainsi qu'un handicap sévère de l'épaule gauche et du poignet droit. Cinq mois après l'accident, l'examen clinique avait mis en évidence une douleur lorsque l'articulation acromio-claviculaire était palpée, malgré des séances de physiothérapie et d'autres traitements conservateurs. Deux IRM pratiquées le 23 octobre 2015 avaient montré une probable déchirure ligamentaire du carpe droit ainsi qu'une entorse de grade 1 à 2 de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule gauche, avec un œdème osseux sous-chondral. L'atteinte acromio-claviculaire post-traumatique de

l'épaule gauche, avec chondrolyse des berges de l'articulation, avait motivé une intervention chirurgicale le 10 novembre 2015. Les suites post-opératoires avaient permis à l'assuré de récupérer 90% de la mobilité de son épaule, mais le port de charges au-dessus de la tête demeurait pénible et les tests de préhension restaient douloureux. Depuis avril 2016, l'assuré paraissait apte à exercer, à 100%, une activité lucrative adaptée à ses problèmes d'épaule gauche et de poignet droit. Selon le Dr D_____, il était évident que l'accident de juin 2015 était en relation directe avec la luxation acromio-claviculaire de l'épaule gauche, ainsi qu'avec la chondrolyse et l'œdème péri-articulaire, lesquels avaient nécessité une intervention chirurgicale. Il jugeait « incompréhensible » le refus de la SUVA de prendre en charge cette intervention.

14. Après que le Dr H_____ lui a confirmé maintenir ses conclusions, la SUVA, par décision du 10 mai 2016, a rejeté l'opposition. Selon son médecin d'arrondissement, l'accident n'avait pas conduit à une aggravation définitive d'un état pathologique préalable (conflit sous-acromial et pré-arthrose acromio-claviculaire symptomatique). Une arthrose acromio-claviculaire ne pouvant se développer en cinq mois seulement, l'on avait manifestement affaire à une pathologie ancienne, sans lien de causalité probable avec la chute. Le conflit acromio-claviculaire avait cessé de déployer ses effets au plus tard deux mois après le traumatisme et aucune prise en charge immédiate n'avait été nécessaire. L'avis contraire du chirurgien D_____ n'était pas motivé et reposait sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc*. S'agissant du genou droit, l'IRM d'août 2015 et l'examen du Dr H_____ de janvier 2016 s'étaient avérés normaux, tandis que les « contusions sévères » mentionnées par le Dr C_____ n'étaient pas documentées. En tout état de cause, une relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles du genou devait être niée.
15. Par acte du 9 juin 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accident, singulièrement à la prise en charge des soins et des indemnités journalières. En présence d'un état maladif préexistant aggravé par un accident, l'obligation de prester de l'assureur cessait lorsque le dommage résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident. Dans son cas, les médecins de la SUVA avaient reconnu le caractère causal de l'accident, puisque dans leur rapport du 1^{er} février 2016, ils avaient indiqué que les lésions de l'épaule gauche « [...] ne [pouvaient] être considérées comme de nature exclusivement traumatique mais plutôt dégénérative ». Par ailleurs, le Dr D_____ avait exposé de manière convaincante que l'arthrose était post-traumatique, tandis que l'appréciation des médecins de la SUVA trahissait une approche non objective et dogmatique de la médecine d'assurance, incompatible avec la loi. Ses troubles de l'épaule étant en relation causale avec l'accident, il estimait avoir droit aux prestations de l'intimée, notamment à la prise en charge de ses soins et au

versement d'indemnités journalières. Le recourant a joint à son mémoire un courrier du Dr D_____, daté du 20 mai 2016 :

« [...] le mécanisme de la chute ainsi que les divers documents radiologiques susmentionnés (ndr : la radiographie du 20 août 2015 et l'IRM du 23 octobre 2015) confirment clairement l'existence d'une atteinte post-traumatique de cette articulation acromio-claviculaire. Comme cela a été décrit largement dans la littérature, ce type d'entorse bénigne peut amener jusque dans 23% des cas à une "distal osteolysis of clavicle" (DOC), qui peut être très handicapante et symptomatique, comme cela a été le cas chez notre patient. Cette lésion de lyse, que l'on peut appeler pré-arthrose puisque cette lyse va souvent amener une arthrose par la suite, a été clairement démontrée avec cet œdème de la clavicule distale, bien visible sur l'IRM du mois d'octobre 2015. Ces DOC peuvent survenir lors d'un événement traumatique, comme c'est le cas chez notre patient, ou lors de sports répétitifs, type haltérophilie. Chez notre patient, nous avons clairement affaire à la variante post-traumatique et la relation entre l'accident et la pathologie qui en a découlé est clairement établie. Prétendre que nous avons affaire à un état préexistant et invoquer la soi-disant existence de lésions dégénératives de cette épaule est simplement erroné [...]. Afin d'étayer mon argumentation, je joins deux articles que j'ai retrouvé dans la littérature [...] ».

16. Dans sa réponse du 8 août 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle avait soumis le dossier à la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, laquelle avait exclu que les lésions de l'épaule gauche puissent résulter de l'événement du 25 juin 2015, dont les effets délétères avaient cessé au plus tard après trois mois. L'opération de l'épaule gauche concernait des atteintes antérieures au traumatisme et le Dr D_____ ne pouvait valablement diagnostiquer une luxation acromio-claviculaire de grade 2, alors que les radiographies ne permettaient pas de se prononcer sur l'importance d'une éventuelle asymétrie acromio-claviculaire et qu'aucune rupture ligamentaire n'avait été mise en évidence. En tout état de cause, une telle luxation aurait cessé de produire ses effets trois mois après l'accident. Par ailleurs, la Dre L_____ n'observait pas, sur les imageries versées au dossier, d'œdème osseux ou de chondrolyse. Pour le reste, le Dr D_____ n'avait pas discuté l'opinion des médecins de la SUVA selon laquelle les atteintes en cause n'auraient pas pu se développer dans un intervalle aussi bref depuis l'accident, soit quelques mois. En définitive, l'accident avait tout au plus exacerbé pendant trois mois les symptômes découlant d'atteintes préexistantes, de sorte que le recourant ne pouvait prétendre à la prise en charge de l'opération qu'il avait subie en novembre 2015. À l'appui de sa réponse, l'intimée a produit un rapport établi le 5 août 2016 par la Dre L_____, on l'on peut notamment lire :

« [...] compte tenu de ce qui précède et en particulier des faits que radiologiquement, [l'assuré] présente un acromion de type II, que l'IRM d'octobre 2015 montre déjà des troubles dégénératifs au niveau de son articulation acromio-claviculaire, qu'un remaniement arthrosique ne peut pas se développer sur

une période de quatre mois et que le Dr D_____ a effectué une intervention ayant pour but de traiter des troubles dégénératifs, nous pouvons conclure que [l'assuré] souffr[ait] déjà lors de son accident du 25 juin 2015 de troubles dégénératifs de son articulation acromio-claviculaire gauche. D'autre part, les examens d'imagerie de l'épaule gauche prouvent que l'accident du 25 juin 2015 n'a pas entraîné de lésions structurelles. En effet, comme nous l'avons déjà dit, l'IRM du 23 octobre 2015 ne montre que la présence d'atteintes typiquement dégénératives ; il n'y a en particulier aucune lésion ligamentaire. Nous ne contestons pas qu'un remaniement arthrosique post-traumatique puisse se développer au niveau de chaque articulation lésée. Mais nous avons montré dans le cas présent que l'assuré n'a pas développé, comme l'affirme le Dr D_____, d'ostéolyse de la clavicule distale suite à cet accident et que l'arthrose acromio-claviculaire concernée par l'intervention du Dr D_____ était déjà présente lors de l'accident. Si l'accident du 23 juin 2015 n'a entraîné aucune lésion structurelle au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, il a par contre pu entraîner une décompensation symptomatique des troubles dégénératifs préexistants. Mais cette décompensation ne peut avoir été que transitoire [...]. L'effet de cet accident sur l'épaule gauche de l'assuré et en particulier sur son articulation acromio-claviculaire a dû durer environ trois mois. En effet, en présence d'une pathologie préexistante, on admet en pratique médicale et asséculogique, se reposant pour cela toutefois davantage sur l'expérience que sur des travaux scientifiques, qu'un traumatisme n'ayant entraîné aucune lésion structurelle puisse avoir des conséquences symptomatiques plus importantes que si ce traumatisme survenait sur une articulation indemne de toute lésion. On concède alors que les symptômes en relation avec ce traumatisme n'ayant entraîné aucune lésion structurelle puisse persister jusqu'à trois, voire maximum six mois après l'accident en fonction de l'évolution clinique (*statu quo sine* alors atteint). Les renseignements cliniques en notre possession ne nous permettent pas de dire que le *statu quo sine* a été atteint au-delà de la valeur moyenne de trois mois. L'intervention du Dr D_____ [...] ne peut donc être mise en relation de causalité atteignant un degré de vraisemblance prépondérante avec cet accident ».

17. Le recourant a répliqué le 21 septembre 2016, relevant en substance que la décision attaquée reposait exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur, que l'opinion de la Dre L_____ selon laquelle l'accident n'avait pu entraîner une décompensation de troubles préexistants pendant plus de trois mois ne trouvait aucun appui dans la loi ou la littérature scientifique et qu'il n'appartenait pas à ce médecin de se prononcer sur la question de la causalité adéquate, qui était de nature juridique. À l'inverse, le Dr D_____ avait attesté d'atteintes non pas dégénératives mais post-traumatiques (ostéolyse et arthrose acromio-claviculaire) et exposé les raisons pour lesquelles l'appréciation de la Dre L_____ devait être écartée. Le Dr C_____ s'était également distancié de l'argumentation de la Dre L_____. Le recourant a joint un courrier du Dr D_____ du 6 septembre 2016, dans lequel ce médecin faisait part de ses désaccords avec l'appréciation de la Dre L_____ :

« [...] Une radiographie de stress n'était absolument pas nécessaire pour mettre en évidence un élargissement acromio-claviculaire, car on peut avoir un élargissement de cet espace sans faire appel à ce test de stress [...]. Lors de l'échographie de l'épaule gauche réalisée le 20 août 2015, le radiologue évoque une augmentation de l'espace articulaire qui paraît plus large que du côté droit, cela veut bien dire ce que cela veut dire et on ne peut pas jouer sur les mots [...]. Page 13 : il est faux de prétendre qu'une entorse de grade I de l'articulation acromio-claviculaire sera guérie à trois mois, sans exception, car justement dans la littérature, on retrouve en cas d'entorse traumatique de type I à II de cette articulation acromio-claviculaire une incidence jusqu'à 30%-40% de complications avec persistance de douleurs et évolutions défavorables, avec constitution d'une ostéolyse / décompensation post-traumatique acromio-claviculaire. Le bilan radiologique du 23 octobre 2015 est clair et démontre une souffrance acromio-claviculaire avec œdème de la clavicule distale qui n'était bien sûr absolument pas présente avant le traumatisme et il n'y a aucun signe de lésion dégénérative de longue durée précédant ce traumatisme au niveau de cette IRM. Dans le rapport opératoire, je mentionne clairement une pré-arthrose post-traumatique, ce qui équivaut à une ostéolyse. Page 14 : conclusion erronée, cette intervention a bien été faite non pas pour adresser un problème de dégénérescence chronique mais une souffrance acromio-claviculaire post-traumatique aiguë [...]. L'accident du 25 juin 2016 (recte : 2015) a bien entraîné l'ostéolyse susmentionnée et cette pré-arthrose post-traumatique classique, décrite de nouveau dans la littérature. Page 15 : conclusion erronée à nouveau, il y a bien eu une lésion de type ostéolyse-arthrose post-traumatique acromio-claviculaire de cette épaule gauche et il y a clairement une relation de cause à effet entre l'accident et la pathologie qui est apparue par la suite ».

18. L'intimée a dupliqué le 14 novembre 2016, en rétorquant que la Dre L_____ ne s'était pas prononcée sur la question de la causalité adéquate, qu'elle avait apprécié le cas à l'aune d'enseignements tirés de l'expérience médicale et que l'avis du Dr D_____ n'était pas propre à faire douter de ses conclusions. Elle a produit un nouveau rapport de la Dre L_____, daté du 8 novembre 2016 :

« [...] Il est vrai que le traitement conservateur des stades I et II [de luxations acromio-claviculaires] est régulièrement remis en question et selon la littérature, la persistance d'une symptomatologie douloureuse à long terme pourrait atteindre 27%, encore faut-il être sûr que la symptomatologie douloureuse [soit] due uniquement à la luxation acromio-claviculaire [...]. L'examen radiologique du 23 octobre 2015 montre la présence d'ostéophytes sous-acromiaux, qui sont également confirmés sur l'icographie en 2016. Les ostéophytes sont, comme déjà cité dans l'appréciation du 5 août 2016, pathognomoniques de l'arthrose. L'arthrose est un phénomène dégénératif qui se développe lentement et il faut beaucoup plus que quatre mois d'évolution pour que ce phénomène aboutisse à la formation d'ostéophytes. Les ostéophytes que présente [l'assuré] au niveau sous-acromial gauche sont donc l'expression d'une lésion dégénérative évoluant depuis

longtemps. L'ostéolyse est par définition une destruction du tissu osseux, alors que l'arthrose est une dégénérescence du cartilage articulaire. Ce sont deux structures différentes qui sont atteintes (respectivement l'os et le cartilage). Par conséquent, une pré-arthrose ne peut pas correspondre à une ostéolyse [...]. Le Dr D_____, dans son avis orthopédique, s'est contenté de rappeler la présence d'une souffrance acromio-claviculaire qui selon lui est d'origine traumatique. Il n'apporte aucun élément médical susceptible de modifier nos conclusions et de justifier de s'écarter de notre appréciation du 5 août 2016 ».

19. La chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes le 5 septembre 2017, au cours de laquelle le médecin du recourant et le médecin d'arrondissement de la SUVA ont été invités à confronter leurs points de vues. Ils se sont exprimés comme suit :

« Le Dr D_____ : [...] Pour situer le contexte, je rappelle que nous nous situons dans le contexte d'une entorse stade 1 / stade 2 acromio-claviculaire. En principe, ce type d'entorse ne nécessite pas de traitement, mais il existe exceptionnellement des cas pour lesquels l'on va observer des complications qui peuvent aller jusqu'à une arthrose post-traumatique. Il s'agit dans ces cas d'être attentif à l'origine des constatations, et en l'espèce l'IRM a relevé notamment un œdème osseux au niveau des deux berges, soit des deux côtés de l'articulation. L'ostéolyse est un terme global qui se manifeste par une évolution, en ce sens qu'initialement nous sommes en présence d'un œdème osseux qui pourra évoluer par la suite vers une destruction de l'os et se transformer en arthrose. Je rappelle que l'œdème osseux marque le début d'un processus global qu'est l'ostéolyse. Cela ne se produit pas très souvent, dans le cas d'entorses du type dont est atteint M. A_____, mais c'est possible quelquefois. L'œdème osseux confirme l'état de souffrance. Ce processus initial pourra ensuite déboucher sur une lyse de l'os avec concurrence des atteintes du cartilage et le développement d'une arthrose. De tels cas ne sont tout de même pas si rares et j'en vois plusieurs par année, même si ce n'est pas la règle, comme je l'ai dit précédemment. Je pense que d'après la description des faits, l'entorse post-traumatique en tant que telle n'est guère contestée dans ce dossier.

La Dre L_____ : Sur ce que vient de dire mon confrère D_____, il est vrai que l'ostéolyse peut être d'origine post-traumatique, mais les cas sont rares ; ils concernent les personnes qui font notamment de la musculation, de l'haltérophilie, portent des poids sur les épaules. L'ostéolyse peut également avoir bien d'autres origines, soit neurologiques, endocrinologiques (diabète et thyroïde), provenant d'infections également. L'ostéolyse montre une souffrance acromio-claviculaire dans le cas particulier. Par rapport au diagnostic, l'ostéolyse est apparue dans les années 50. À l'époque, la littérature n'était pas très étoffée. Ce diagnostic pouvait être posé par la radiographie conventionnelle : on pouvait ainsi poser ce diagnostic après deux semaines et demie post-accident. Mon confrère s'est référé à une partie de la doctrine (LEVIN) de 1976, à une époque où l'IRM n'était pas encore courante. Actuellement, on procède systématiquement à ce type d'investigation,

dans tous les cas pour déterminer si l'on est en présence d'atteinte des ligaments ou des tendons. L'œdème osseux peut également être diagnostiqué même après une simple contusion. L'œdème osseux des deux berges n'est pas spécifique, mais ce n'est qu'à un stade très avancé d'ostéolyse, soit à plusieurs mois de l'événement que l'on peut visualiser un œdème osseux des deux berges. Dans l'ostéolyse, initialement, seule la berge claviculaire est atteinte d'ostéolyse. Dans le cas particulier, la radiographie, pratiquée à six semaines de l'événement, ne révélait rien de particulier, tandis que l'IRM pratiquée à quatre mois a révélé un œdème osseux des deux côtés (ddc). A mon sens, une telle évolution, si elle devait avoir une origine traumatique remontant au mois de juin 2015, serait beaucoup trop rapide pour que l'on constate un œdème ddc. Ceci m'amène effectivement à la conclusion que l'ostéolyse de l'épaule gauche du recourant n'est pas d'origine traumatique. Il y a eu certes une chute, qui a provoqué une contusion, mais pas engendré l'ostéolyse en tant que telle. Cette conclusion est d'ailleurs confortée par la description opératoire pratiquée par le Dr D_____ qui relève que le patient a une nature morphologique de nature à provoquer des atteintes dégénératives, ce qui est illustré par l'imagerie dans le cas d'espèce, sous forme d'ostéophytes (irrégularités de l'os que l'on pourrait décrire comme des "petits crochets").

Le Dr D_____ : Je ne partage pas l'opinion de ma consoeur, sur plusieurs points : la radiographie initiale du 20 août 2015 montrait déjà une différence d'espace articulaire entre l'épaule gauche et l'épaule droite ; l'échographie pratiquée le même jour montrait la même chose et concluait à une entorse de grade 2. L'étude des années 50 à laquelle se réfère la Dre L_____ indique qu'après deux semaines de l'événement, une simple radiographie pouvait montrer des signes de lyse osseuse, et dès lors, je ne comprends pas que la Dre L_____ puisse prétendre que quatre mois (IRM) soit un délai trop court pour que l'on puisse retenir l'origine post-traumatique de l'accident du mois de juin. Il ne faut pas mélanger articulation acromio-claviculaire (AC) et acromion. Certes, le patient a un acromion incurvé, qui le prédispose à un conflit sous-acromial, mais pas du tout à une décompensation de l'articulation AC. Il s'agit également de prendre en compte l'anamnèse du patient, qui ne s'est jamais plaint avant l'accident du 25 juin 2015 ; la description et les plaintes du patient sont claires, et je ne comprends ainsi pas que mon confrère puisse en arriver à une telle conclusion. J'observe également, par rapport à l'IRM du 23 octobre 2015, qu'il n'y est pas question de trace de nature dégénérative ; on parle clairement d'œdème osseux au niveau AC, d'épaississement capsulaire, qui représente les stigmates d'un traumatisme.

La Dre L_____ : Le point d'achoppement tient en réalité à la question de savoir si le recourant a été victime d'une luxation AC de stade 2 ou non. Dans le cas d'espèce, nous n'avons pas de radiographie selon projection de Zanca, la projection normale ne permettant pas de détecter de façon sûre un espace AC pathologique. En principe, dans ce genre de situation, on doit procéder par une radiographie panoramique (visualisation des deux épaules en même temps), avec stress ou sans

stress (n.b. : avec stress = avec port de poids ddc). Si ce n'est pas possible, on a recours à la projection de Zanca (radiographie de face avec un angle de 15 degrés, ce qui ne nécessite pas une prise des deux épaules). Les différents examens qu'a subis le recourant montrent un espace acromio-claviculaire dans les normes physiologiques (dans la littérature jusqu'à 6 mm). Tout cela me conduit à conclure que l'on ne peut pas diagnostiquer de façon certaine une entorse avec pour conséquence une ostéolyse, et si ostéolyse il y a, elle peut être, comme je l'ai rappelé précédemment, d'une autre origine, malade. J'ajoute encore qu'il est très difficile de diagnostiquer une entorse AC de stade 1 à 2, dans la mesure où ces degrés ne montrent en principe pas d'atteinte ligamentaire, respectivement s'il n'y a qu'une élongation, elle ne peut pas être visualisée, mais en tout cas, l'on n'est pas en présence de déchirure de ligament. Le fait que l'on n'ait pas de projection de Zanca ou panoramique, fait que l'on ne peut retenir le diagnostic d'entorse de stade 1 à 2.

Le Dr D_____ : Ce que dit ma consœur ne fait aucun sens, dans la mesure où une visualisation de Zanca ne peut par définition que montrer une luxation que si l'atteinte est de degré 2 à 3, mais surtout 3, alors qu'au stade 1 à 2, cette visualisation ne sert à rien car il n'y a pas d'atteinte ligamentaire coraco-claviculaire, mais uniquement une atteinte capsulaire. Ceci dit, on peut admettre ce que mon confrère considère comme un espace dans la limite physiologique (6 mm), mais je pointe toutefois l'anamnèse, l'examen clinique et l'échographie du même jour, qui montrent effectivement un épaississement capsulaire, concluant à une subluxation grade 2.

La Dre L_____ : Pour répondre à votre question, lorsqu'on parle de « remaniement », comme c'est le cas dans le rapport d'IRM du 14 janvier 2016 (Prof. F_____), qui évoque un « remaniement important de la spongieuse, de l'acromion et de la clavicule avec œdème majeur de la spongieuse,... », le « remaniement » évoque un phénomène dégénératif ; c'est le cas lorsqu'on parle de tissus, notamment, tandis que, lorsqu'on évoque un phénomène post-traumatique, on parle plutôt de lésion.

Le Dr D_____ : La distinction entre remaniement et lésion est affaire de sémantique, mais quoi qu'il en soit, et je suis d'accord sur ce point avec la Dre L_____, l'IRM du 14 janvier 2016 n'apporte rien de significatif, en ce sens qu'il faut tenir compte du fait que dans l'intervalle, le patient avait subi une intervention chirurgicale par mes soins en novembre 2015, ce qui est de nature à engendrer de tels remaniements.

La Dre L_____ : J'apporte une nuance à ce que vient de dire mon confrère, en ce sens que l'IRM en question apporte tout de même une information importante, soit l'augmentation d'ostéophytes, par rapport aux observations antérieures.

Pour répondre à une question de la chambre, on parle de sclérose lorsqu'il y a un début d'arthrose : il s'agit d'un des premiers signes radiologiques de l'arthrose.

Quant à la notion d'épanchement intra-articulaire, celle-ci peut se retrouver tant le contexte d'arthrose que post-traumatique, voire d'atteinte malade. La seule interprétation possible et objective, c'est de constater qu'il y a eu quelque chose. [...] Je souhaite également préciser par rapport à ce qu'a dit le Dr D_____ qu'il est en effet important de tenir compte non seulement de l'imagerie, mais également et surtout de l'examen clinique, car « on ne traite pas une radiographie, mais un patient ». Toutefois, dans le cas particulier, force est de constater que pour les six à huit semaines de l'accident, nous n'avons aucun document médical de la part du médecin traitant, et ce n'est pas faute d'avoir essayé de le relancer. Quant au Dr D_____, nous ne disposons d'aucun document évoquant les examens cliniques ; nous ne disposons que de la description, fort bien faite, du protocole opératoire qui ne contient pas d'examen clinique. Nous n'avons donc pu analyser le cas qu'en fonction des éléments ressortant du dossier.

Le Dr D_____ : Il n'est pas usuel de faire figurer dans un rapport opératoire le résumé d'un examen clinique. Je tiens à disposition de la chambre des assurances sociales, ainsi que de l'intimée, un article de doctrine médicale complémentaire relatif à l'entorse AC de grades 1 et 2.

Sur question du conseil du recourant, je confirme mon commentaire du 6 septembre 2016, page 2, 1^{er} paragraphe, où il est question précisément des cas d'entorse traumatique de grade 1 à 2. Mes observations sont d'ailleurs corroborées par l'article de doctrine que je viens de verser à la procédure. Je confirme en particulier la fréquence de 30 à 40 % que je mentionne. Il est bien clair toutefois que ces chiffres peuvent varier selon les études. Toujours sur question du conseil du recourant, qui me demande si je peux exclure, à l'analyse des examens radiologiques et autres imageries pratiqués, la présence d'éléments dégénératifs, je vais m'efforcer de répondre de façon précise : Nous sommes bien d'accord que nous ne parlons que de l'articulation AC. Il s'agit ensuite de distinguer selon l'époque où ont été pratiqués les examens. Si l'on prend la radiographie et l'échographie initiale du 20 août 2015, ainsi que l'IRM d'octobre 2015, nous n'avons pas de stigmates nets d'arthrose, sinon le début d'une souffrance AC, qui peut être les prémices d'une arthrose. L'IRM du 14 janvier 2016 était surtout marquée par des modifications post-opératoires œdémateuses ne permettant pas de juger sur la présence ou non d'arthrose AC, mais surtout permet d'exclure la présence d'arthrose à d'autres niveaux de cette épaule.

Sur question de l'intimée, qui me demande si j'ai constaté lors de l'opération de novembre 2015 des atteintes dégénératives, je réponds que j'ai d'abord constaté une fausse mobilité de l'articulation AC, même s'il s'agit en réalité d'une micro-instabilité locale ; j'ai également constaté un contact osseux entre les deux os de l'articulation AC ; macroscopiquement, je n'ai toutefois pas vu d'ostéophyte.

Sur question de la Dre L_____, qui me demande si la fausse mobilité ou micro-instabilité locale, que je viens d'évoquer, pourrait ne provenir que d'une laxité (spécificité constitutionnelle dans le cas d'espèce), je réponds que d'évidence, je ne

peux pas, lors d'une intervention chirurgicale, faire la différence entre une laxité préexistante ou constitutionnelle et les séquelles d'une entorse AC, mais une fois encore, on doit également tenir compte de l'examen clinique et de l'anamnèse.

La Dre L_____ : Sur question de l'intimée, qui me demande s'il faut considérer des conclusions du Dr D_____ en tant qu'il se fonde sur l'anamnèse en particulier, que le recourant n'éprouvait pas de douleur avant l'accident du 25 juin 2015, je considère que l'on ne peut pas sans autre retenir l'origine traumatique prétendue de la situation existante sur de tels éléments, car dans de très nombreux cas, des atteintes préexistantes d'origine dégénérative sont compensées dans la vie de tous les jours par les personnes, qui ne se rendent pas compte de ce qu'elles ont une atteinte, laquelle n'est révélée qu'à l'occasion d'un accident, ce qu'on appelle une décompensation. D'autre part, le Dr D_____ a relevé dans l'un de ses rapports (6 septembre 2016) que ses conclusions étaient confortées par le fait que nous n'avons pas de documentation antérieure à l'accident qui montre des signes dégénératifs, ce qui n'exclut évidemment pas leur existence, étant précisé que lorsque nous n'avons rien à disposition, nous ne pouvons tirer aucune conclusion d'absence de documentation. Toujours sur question de l'intimée, qui me demande, par rapport à l'objection du Dr D_____, qui ne comprend pas que je puisse considérer le délai de quatre mois comme trop court dans le cas d'espèce pour que l'on puisse conclure à l'origine de l'accident du 25 juin 2015 (par comparaison avec la doctrine des années 1950 que j'évoquais), je réponds, et rappelle d'ailleurs ce que j'avais précisé, que dans ce genre de phénomène, l'apparition d'œdèmes osseux touche principalement la berge claviculaire, mais l'observation d'œdèmes osseux touchant les deux berges (acromiale et claviculaire) ne peut intervenir que bien plus tard, raison pour laquelle en fonction de l'IRM d'octobre 2015, j'estime que le délai était trop court pour qu'apparaisse un œdème osseux sur les deux berges, dont l'origine serait l'accident de fin juin 2015.

Le Dr D_____ : Je ne comprends pas d'où la Dre L_____ pourrait tirer une règle consistant à affirmer que systématiquement l'apparition d'un œdème osseux d'abord sur la berge claviculaire et ensuite sur la berge acromiale, dans la mesure où il tombe sous le sens, à mon avis, que lorsque deux os s'entrechoquent, il est à tout le moins possible que les deux berges puissent être atteintes en même temps, ce qui n'exclut pas une atteinte d'abord d'un côté puis de l'autre d'ailleurs ».

20. Les parties se sont déterminées une dernière fois les 26 septembre et 10 octobre 2017 :
- a. Le recourant a persisté dans ses conclusions au fond et requis à titre préalable la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En prétendant que le traumatisme n'avait entraîné des symptômes sur un état préexistant que pendant trois à six mois au maximum, la Dre L_____ érigeait un principe pratiquement normatif qui ne reposait sur aucun fondement scientifique. Cette dernière n'invoquait pas d'élément probant quant à un état dégénératif préexistant et se livrait à de simples conjectures. Considérant que la confrontation du Dr D_____ avec la

Dre L_____ avait fait naître des doutes importants quant au bienfondé de l'appréciation de cette dernière, le recourant estimait qu'une expertise était justifiée.

- b. L'intimée a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Le Dr D_____ avait certes expliqué lors de l'audience que l'accident avait entraîné un œdème osseux des deux berges de l'articulation acromio-claviculaire, ayant évolué vers une ostéolyse, puis vers une arthrose traitée chirurgicalement, mais il avait reconnu qu'il s'agissait d'un processus exceptionnel, l'ostéolyse survenant généralement dans un contexte dégénératif. Ce médecin avait par ailleurs fondé son raisonnement sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », sans motiver de manière convaincante ses conclusions, lesquelles s'avéraient donc impropres à remettre en cause celles de la Dre L_____.

21. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Est seule litigieuse la prise en charge par l'intimée des troubles dont souffre l'assuré au niveau de l'épaule gauche, singulièrement la question de savoir si ces atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 25 juin 2015.

En revanche, l'assuré ne remet pas en question dans son recours le refus de l'intimé de prendre en charge ses troubles du genou droit. Cette question n'est donc pas litigieuse devant la chambre de céans.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).

6. a. 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).

b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. 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).

7. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

9. En l'occurrence, la décision attaquée, fondée sur les rapports du Dr H_____, retient que les troubles qu'a subis l'assuré au niveau de l'épaule gauche, ayant motivé une intervention chirurgicale le 10 novembre 2015, étaient antérieurs à sa chute à vélo du 25 juin 2015, laquelle ne s'est répercutée sur ses symptômes que pendant deux mois, ensuite de quoi le *statu quo sine* a été atteint. En conséquence, l'intimée refuse de prendre en charge ses troubles de l'épaule gauche et l'opération qu'il a subie en novembre 2015.

De son côté, le recourant requiert la prise en charge de son traitement médical et le versement d'indemnités journalières, en faisant valoir que ses troubles de l'épaule gauche (ostéolyse et pré-arthrose) sont bel et bien en relation de causalité avec l'accident, comme en témoignent les rapports de son chirurgien, le Dr D_____.

10. a. On se trouve en présence d'opinions médicales diamétralement opposées, émanant de spécialistes en chirurgie orthopédique, soit les Drs H_____ et L_____, médecins d'arrondissement, ainsi que le Dr D_____, chirurgien de l'assuré.

Dans ses rapports, le Dr H_____ expose en substance qu'une asymétrie de l'espace acromio-claviculaire peut résulter soit d'une luxation, soit d'une arthropathie chronique et qu'en l'occurrence, le fait que l'assuré n'a pas été traité hormis par antalgique pendant les deux premiers mois ayant suivi son accident plaide pour une pathologie ancienne. Par ailleurs, il estime que l'arthrose ne résulte pas de la chute, car elle n'aurait pas pu se développer en cinq mois. Il en conclut que les troubles de l'épaule gauche ne sont pas de nature exclusivement traumatique et qu'au plus tard deux mois après l'accident, la symptomatologie n'était plus en relation avec celui-ci.

La Dre L_____ estime pour sa part que l'IRM d'octobre 2015 ne montre que des troubles acromio-claviculaires typiquement dégénératifs, tels qu'une sclérose et des ostéophytes. Si l'accident n'a pas entraîné de lésion, il a en revanche pu provoquer

une décompensation des troubles dégénératifs préexistants pendant environ trois mois. À cet égard, elle explique que la pratique médicale admet qu'une telle décompensation puisse se répercuter sur la symptomatologie pendant trois, voire six mois au maximum, tout en précisant que cette fourchette ne repose pas à proprement parler sur des travaux scientifiques mais sur « l'expérience ».

Quant au Dr D_____, il rétorque que les imageries réalisées en août et octobre 2015 démontrent l'existence d'une atteinte post-traumatique de l'épaule gauche, soit une pré-arthrose, respectivement une ostéolyse acromio-claviculaire. À l'appui de son point de vue, il souligne que l'échographie réalisée en août 2015 a montré une différence d'espace articulaire entre l'épaule gauche et l'épaule droite ainsi qu'un œdème osseux, ce qui a permis au radiologue de conclure à une subluxation de grade II. L'IRM pratiquée en octobre 2015 a également mis en évidence un épaississement de la capsule articulaire, ce qui témoigne également d'un traumatisme.

b. Comme cela vient d'être exposé, les médecins interrogés divergent notamment sur le point de savoir si l'assuré a subi, en raison de sa chute, une entorse et une lésion structurelle de l'épaule gauche : le Dr D_____ déduit des imageries versées au dossier que le recourant a souffert d'une telle entorse et qu'il en a résulté une ostéolyse, un œdème, un épaississement de la capsule articulaire et une asymétrie de l'espace acromio-claviculaire. De son côté, la Dre M_____ estime que l'intéressé n'a souffert que d'une simple contusion et que les troubles apparaissant sur les imageries sont typiquement dégénératifs, tout en concédant qu'ils ont pu être décompensés par l'accident pendant environ trois mois. Quant au Dr H_____, il n'exclut pas une origine partiellement accidentelle de ces troubles mais retient implicitement leur retour au *statu quo sine* au plus tard après deux mois.

11. a. Bien qu'ils répondent à certains réquisits jurisprudentiels, les rapports des médecins d'arrondissement n'emportent pas pleinement la conviction de la chambre de céans.

En premier lieu, en admettant que les troubles apparaissant sur les imageries de l'épaule gauche (notamment l'élargissement de l'espace articulaire) soient purement dégénératifs, comme le soutient la Dre L_____, on peine alors à s'expliquer pourquoi ils n'ont pas également été constatées sur la radiographie de l'épaule droite (controlatérale), réalisée au mois d'août 2015.

En second lieu, les médecins d'arrondissement conviennent l'un et l'autre que si un processus dégénératif a sans doute joué un rôle dans l'avènement des troubles de l'épaule gauche, cela n'exclut pas que l'accident ait à tout le moins décompensé ces troubles pendant une certaine durée. Or, leurs conclusions relatives à un supposé retour au *statu quo sine* ne concordent pas et ne sont pas motivées à satisfaction de droit. En effet, dans son appréciation du 2 février 2016, le Dr H_____ a implicitement retenu un retour au *statu quo sine* au plus tard deux mois après l'accident, soit à la fin du mois d'août 2015, mais son argumentation sur ce point

s'avère incompréhensible. Quant à la Dresse L_____, elle a évoqué une décompensation de troubles préexistants pendant « environ trois mois », ce qui reviendrait à fixer le *statu quo sine* à la fin du mois de septembre 2015. Au-delà du fait que sa conclusion s'écarte dans une certaine mesure de celle du Dr H_____, cette praticienne ne justifie pas le retour au *statu quo sine* autrement que par des considérations générales tirées de l'expérience médicale et n'explique pas pourquoi il se justifierait de le fixer trois mois après l'accident plutôt qu'à un autre moment, étant précisé que le courrier du Dr D_____ du 12 avril 2016 permet plutôt de supposer que trois mois après l'accident, l'assuré n'avait pas encore totalement récupéré la mobilité de son épaule gauche.

Dès lors que les conclusions des médecins d'arrondissement ne coïncident pas sur la date du *statu quo sine* et qu'au surplus, leur appréciation n'est pas suffisamment motivée sur cet aspect, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer à partir de quand l'on est en droit, dans le cas du recourant, de considérer que le *statu quo sine vel ante* a été atteint au degré de la vraisemblance prépondérante. Les avis de ces médecins, qui reposent davantage sur des considérations d'ordre général (l'expérience médicale et le cours ordinaire des choses) que sur les données individuelles du cas - même si ces considérations ne sont pas dénuées d'importance dans une évaluation médicale -, ne sont pas parfaitement convaincants.

b. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 œuvre 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 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c. Dans la mesure où des doutes subsistent quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 25 juin 2015 et les troubles de l'épaule gauche, notamment sous l'angle de leur éventuel retour au *statu quo sine vel ante*, une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA.

Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 10 mai 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

12. Le recourant, qui est représenté par un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre

1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

13. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 10 mai 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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