

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2800/2017

ATAS/587/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BOURG-SAINT-MAURICE,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Stéphanie FULD

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, NYON

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En sa qualité de directeur depuis le 1^{er} janvier 2008 de la société B_____ SA, sise à Genève, Monsieur A_____ était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de Generali Assurances Générales SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 15 septembre 2015, l'assuré a glissé dans l'escalier de son club de sport et est tombé. En tentant de se rattraper à la main courante, il a ressenti une forte douleur à l'épaule et à la main gauches.
3. Les premiers soins ont été donnés, sur place, par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et adhérente du club de sport où a eu lieu l'accident.
4. La Dre C_____ a adressé l'assuré au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et plus particulièrement en chirurgie de l'épaule, lequel a procédé, le 29 septembre 2015, à une échographie, qui n'a pas montré de lésion au niveau du tendon sous-scapulaire. Le tendon sus-épineux présentait une lésion à caractère principalement interstitiel. Au niveau de la partie postérieure, une communication avec l'articulation était relevée.
5. Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 30 septembre 2015 et a décelé les atteintes suivantes : petite fissuration interstitielle à la limite entre les tendons supra-épineux et infra-épineux, minime lésion partielle du versant articulaire du tendon infra-épineux distal et antérieur, lésion de type SLAP I du labrum supérieur, fissuration du cartilage glénoïdien antéro-inférieur détachant partiellement le labrum antéro-inférieur et arthropathie acromio-claviculaire.
6. Dans son rapport du 5 octobre 2015, le Dr D_____ a expliqué revoir l'assuré pour ses problèmes d'épaule. Deux ans auparavant, il l'avait opéré de l'épaule droite avec un résultat satisfaisant. L'assuré se représentait en raison de douleurs similaires développées au niveau de l'épaule gauche les semaines précédentes. Les examens effectués deux ans auparavant avaient déjà révélé un problème avec cette épaule gauche.
7. Par courrier du 6 octobre 2015, l'assurance a accepté de verser les prestations légales compte tenu des faibles frais de sinistre. Toutefois, en cas de complications ou d'incapacité de travail, elle se réservait le droit de revoir sa décision.
8. À compter du 6 octobre 2015, l'assuré a participé à une étude randomisée sur l'infiltration de facteurs de croissance dans le tendon sus-épineux. Il a ainsi été attribué aléatoirement à la procédure par infiltration de la déchirure tendineuse par des facteurs de croissance PRP (Plasma Riche en Plaquettes). Cette procédure d'infiltration a été répétée à un mois d'intervalle, soit les 6 octobre et 5 novembre 2015 dans le cas de l'assuré. Par la suite, selon le formulaire d'information de l'étude, il a bénéficié de trois consultations de suivi (un, trois et six mois après la deuxième infiltration) ainsi que d'une IRM de contrôle à six mois de la deuxième infiltration.

9. L'arthro-IRM de l'épaule gauche, réalisée le 9 mai 2016, a mis en évidence une diminution de l'anomalie du signal localisée en profondeur dans le trochiter. En revanche, un petit œdème sous-cortical en regard d'une nouvelle lésion fissuraire interstitielle était apparu. Les autres lésions fissuraires interstitielles décrites précédemment ne s'étaient pas modifiées. En résumé, l'examen présentait, sur le plan tendineux, un aspect de légère péjoration.
10. À teneur du rapport du Dr D_____ du 30 mai 2016, six mois auparavant, l'assuré avait été traité par deux stimulations à l'aiguille selon le protocole de l'étude PRP. La symptomatologie stagnait depuis plusieurs mois, avec la persistance de douleurs lors de certains mouvements. L'arthro-IRM réalisée précédemment était superposable s'agissant de la lésion interstitielle du tendon supra-épineux. Toutefois, de nouvelles lésions interstitielles sur le même tendon avaient été constatées. Une réparation par arthroscopie avait dès lors été proposée à l'assuré.
11. Par courrier du 20 juin 2016, le Dr D_____ a, une nouvelle fois, préconisé une arthroscopie avec évaluation du long chef du biceps, acromioplastie latérale et résection du centimètre externe de la clavicule.
12. Le 3 octobre 2016, le Dr D_____ a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche, avec ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie antérieure et latérale et résection du centimètre externe de la clavicule. Selon le compte-rendu opératoire et lettre de sortie du 6 octobre 2016, les diagnostics étaient ceux de conflit sous-acromial gauche, tendinopathie sévère du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire symptomatique.
13. En raison de cette intervention, l'assuré a été totalement incapable de travailler du 3 octobre au 3 novembre 2016.
14. Le dossier de l'assuré a été soumis au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, lequel a considéré, dans un bref avis daté du 20 octobre 2016, que l'opération n'était a priori pas à la charge de l'assurance en raison de l'absence de constatations médicales initiales et d'un diagnostic précis, lesquels l'empêchaient de se prononcer définitivement. La notion d'accident ne ressortait pas du courrier du 5 octobre 2015 du Dr D_____, lequel a d'ailleurs mentionné le fait que l'épaule gauche était déjà atteinte. L'ultrason du 29 septembre 2015 parlait au demeurant en faveur d'une atteinte dégénérative avec mobilité complète et coiffe compétente.
15. Se référant à l'avis du Dr E_____ du 3 novembre 2016 (recte : 20 octobre 2016), l'assurance a, par décision du 8 novembre 2016, mis fin avec effet au 31 octobre 2015 au versement des prestations pour les frais relatifs à l'événement assuré, le *statu quo sine* ayant été atteint à cette date.
16. Suite à l'opposition formée le 6 décembre 2016 par l'assuré, l'assurance a sollicité des informations complémentaires du Dr D_____, lequel a évoqué, dans un rapport intermédiaire daté du 1^{er} mars 2017, les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux, tendinopathie sévère du long chef du biceps, conflit sous-acromial et

arthropathie acromio-claviculaire. L'évolution était lentement favorable depuis l'intervention, avec la persistance de douleurs mais une amplitude bonne.

17. Par courrier du 15 mai 2017, le Dr D_____ a rappelé que l'assuré avait été victime d'un accident le 15 septembre 2015, avec une atteinte du sus-épineux, pour laquelle il avait proposé un traitement conservateur avec injection de facteurs de croissance au niveau du tendon sus-épineux à gauche. Jusqu'alors, l'assuré n'était pas connu pour un problème de l'épaule gauche. Au vu de l'effet seulement partiellement positif du traitement conservateur, une chirurgie a été effectuée. Depuis lors, l'assuré va mieux. Il avait moins de douleurs et les amplitudes articulaires étaient complètes.

Cela étant précisé, le Dr D_____ a également expliqué que l'assuré souffrait d'une maladie arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire, préexistante à l'accident. Ladite maladie avait toutefois été décompensée par l'accident, lequel était également à l'origine d'une lésion du sus-épineux.

L'opération proposée consistait notamment en la résection du centimètre externe de la clavicule, ce qui relevait de la maladie arthrosique. Toutefois, ce geste ainsi que l'acromioplastie avaient été nécessaires pour parfaire le résultat de la tendinopathie sévère du long chef du biceps.

L'assuré était prêt à prendre en charge les frais de l'intervention relatifs à la partie maladie, le solde devant être à la charge de l'assurance.

18. Le dossier a une nouvelle fois été soumis au médecin-conseil de l'assurance, le Dr E_____, lequel a rappelé les diagnostics dans une appréciation du 22 mai 2017. Pour ce médecin, lesdits troubles relevaient d'une atteinte purement dégénérative. Aucune lésion structurelle d'origine traumatique ne ressortait du dossier. L'accident assuré avait ainsi entraîné tout au plus une simple contusion, guérie dans un délai habituel de six semaines au maximum. Le compte-rendu opératoire et les explications du Dr D_____ du 15 mai 2017 démontraient que l'intervention avait été rendue nécessaire par les atteintes dégénératives. Ainsi, pour l'ensemble des motifs précités, le Dr E_____ était d'avis que les troubles à l'épaule gauche présentés par l'assuré étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'origine malade.
19. Par décision sur opposition du 22 mai 2017, l'assurance a écarté l'opposition de l'assuré, au motif que les troubles présentés par celui-ci étaient d'origine malade et que le délai de guérison habituel de l'éventuelle contusion occasionnée par la chute était de six semaines au maximum.
20. Le 26 juin 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition de la Dresse C_____ ainsi que des docteurs D_____, F_____ et G_____, à son audition et à la production du dossier complet. Cela fait, l'assuré concluait, après avoir réservé ses droits quant à une expertise médicale, à l'annulation de la décision sur opposition entreprise, à la

constatation que ses troubles à l'épaule gauche étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré et à la condamnation de l'assurance (ci-après : l'intimée) au versement de toutes les prestations prévues par la loi en relation avec l'accident assuré au-delà du 31 octobre 2015 et plus particulièrement à la prise en charge des frais de l'intervention chirurgicale du 3 octobre 2016. Subsidiairement, le recourant concluait, toujours sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition querellée, à la constatation que les troubles de l'épaule gauche étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré et au renvoi de la cause à l'intimée.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que la lésion tendineuse dont il était question correspondait à une déchirure tendineuse assimilée à un accident. Il avait pu bénéficier d'un traitement expérimental pour traiter cette déchirure. Partant, l'intimée était tenue de prendre en charge les suites de l'accident. En présence d'une lésion assimilée à un accident, le retour à un *statu quo* était donné lorsque l'origine malade ou dégénérative était manifeste. Or, son dossier ne permettait pas de retenir que les troubles à l'épaule seraient uniquement imputables à une maladie.

Subsidiairement, le recourant a considéré que les considérations du médecin-conseil de l'intimée étaient en contradiction avec les pièces du dossier. À l'exclusion de la maladie arthrosique, préexistante, les autres troubles étaient nés consécutivement à l'accident assuré. L'accident avait en effet entraîné une déchirure du tendon. Il ne s'agissait ainsi pas d'une « simple » contusion. Partant, l'origine malade des troubles à l'épaule n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

21. L'intimée a répondu par écriture du 21 août 2017 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. À l'appui de sa position, l'assurance a notamment considéré qu'une pleine valeur probante devait être reconnue au rapport du Dr E_____, quand bien même ce dernier n'avait pas examiné le recourant. Selon ce médecin, l'ultrason du 29 septembre 2015 avait révélé une atteinte purement dégénérative. S'il y avait certes une souffrance tendineuse, aucune déchirure tendineuse de l'épaule gauche n'avait été relevée, une fissuration interstitielle correspondant à une « simple » modification de la structure tendineuse et non à une réelle déchirure du tendon, soit une séparation physique intervenue dans une structure auparavant continue. Ladite fissuration était typiquement d'origine dégénérative. Il ne s'agissait ainsi pas d'une lésion assimilée à un accident, seules les déchirures des tendons étant constitutives d'une telle lésion. Quant à la lésion SLAP, évoquée à l'arthro-IRM du 30 septembre 2015, elle avait disparu lors des examens des 9 mai 2016 et 3 octobre 2016. Dans tous les cas, une telle lésion ne faisait pas non plus partie des lésions assimilées au sens de la disposition légale topique. L'intervention du 3 octobre 2016 avait porté sur des troubles dégénératifs, ce qui avait été confirmé par le Dr D_____, qui avait expliqué que l'opération précitée avait permis de traiter la tendinopathie sévère, laquelle était précisément une atteinte d'origine malade. Selon le Dr E_____, le

programme expérimental ne visait pas le traitement des vraies déchirures tendineuses de l'épaule, dès lors qu'il n'avait pas de « fonction de suture ». De l'ensemble des renseignements médicaux, le médecin-conseil avait inféré qu'aucune lésion structurelle d'origine traumatique n'avait pu être objectivée. L'accident assuré avait tout au plus entraîné une contusion simple de l'épaule gauche. Par ailleurs, l'affirmation du recourant selon laquelle il n'aurait jamais souffert de cette épaule gauche avant l'accident assuré ne pouvait être suivie, dès lors que le Dr D_____ avait évoqué des antécédents au niveau des deux épaules dans son courrier du 5 octobre 2015.

En annexe figuraient :

- une appréciation du Dr E_____ du 18 août 2017, dont il ressort notamment, outre les constatations reprises par l'intimée dans son écriture, que le recourant, qui était âgé de 60 ans, se trouvait dans une tranche d'âge pour laquelle la littérature médicale admettait que les lésions dégénératives de l'épaule étaient la règle, notamment en raison du phénomène naturel du « vieillissement ». Pour le surplus, le Dr E_____ a repris son précédent avis ;
- les pièces du sinistre concernant la blessure à l'épaule droite, occasionnée suite à un cours de boydypump donné par l'assuré.

22. Par réplique du 18 octobre 2017, le recourant, toujours sous la plume de son conseil, a persisté dans ses conclusions. Il a maintenu qu'une lésion interstitielle du sus-épineux correspondait à une lésion partielle interne de la coiffe des rotateurs, de sorte qu'il s'agissait bien d'une lésion assimilée à un accident. Par ailleurs, selon le Dr D_____, la tendinopathie du tendon sus-épineux, celle du long du chef du biceps et le conflit sous-acromial étaient nés consécutivement à l'accident assuré et aucune pièce du dossier ne permettait de retenir une origine exclusivement malade. Enfin, le recourant a contesté la valeur probante de l'appréciation du Dr E_____.

En annexe à cette écriture figuraient :

- un rapport du 4 octobre 2017, dans lequel le Dr D_____ a expliqué que le traitement du facteur de croissance avait effectivement pour but de traiter la lésion interstitielle du tendon sous-épineux. Par ailleurs, une lésion fissuraire n'était pas systématiquement d'origine dégénérative. Il renvoyait, dans ce contexte, à un article qu'il avait rédigé et qui figurait en annexe à son rapport. L'intervention du 3 octobre 2016 avait pour but de traiter toutes les lésions, tant dégénératives que traumatiques. Ce but avait été atteint dès lors que le recourant allait mieux. Le Dr D_____ a une nouvelle fois considéré qu'il convenait de « couper la poire en deux » : les lésions interstitielle et du long chef du biceps pouvaient vraisemblablement être attribuées à l'accident alors que la problématique acromio-claviculaire était probablement d'origine dégénérative. Enfin, le Dr E_____ était l'un des anciens maîtres du Dr D_____, que ce dernier considérait comme raisonnable et qu'il respectait énormément. Il

donnait un avis objectif en tant que médecin-conseil d'une assurance. Pour sa part, le Dr D_____ estimait également être objectif en tant que médecin traitant du patient. Il estimait dès lors que ni le Dr E_____ ni lui-même n'avaient tort mais qu'un « compromis et du bon sens seraient dans ce cas difficile le[s] bienvenu[s] » ;

- deux courriels datés du 16 octobre 2017 de la doctoresse H_____, médecin assistant du Dr D_____, dont il ressortait, d'une part, qu'une lésion interstitielle correspondait à une lésion partielle au sein du tendon concerné et, d'autre part, que seuls les tendons sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire et petit-rond faisaient partie de la coiffe des rotateurs. Ainsi, le long chef du biceps n'en faisait pas partie.

23. Pour sa part, l'intimée a produit sa duplique en date du 18 décembre 2017 et a considéré que les appréciations du Dr E_____ disposaient d'une pleine valeur probante, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par le Dr D_____ dans son avis du 4 octobre 2017. Les troubles ne pouvaient pas être qualifiés de lésions assimilées à un accident, le Dr D_____ et son médecin assistant, la Dresse H_____, n'employant jamais le terme de déchirure mais toujours ceux de lésion ou atteinte. Les diagnostics retenus par le médecin traitant portaient sur des atteintes d'origine dégénérative. Enfin, l'intimée a rappelé que l'étude à laquelle avait participé le recourant ne constituait pas un traitement reconnu scientifiquement par le corps médical. Par ailleurs, le programme n'était pas spécifique aux tendons, étant donné qu'il était également proposé en cas de périarthrose du genou ou de lésions du ménisque et n'avait pas pour vocation de réparer le tendon, dès lors qu'il n'avait pas de fonction de « suture ».

En annexe figurait un rapport du Dr E_____ du 15 décembre 2017, dans lequel le médecin-conseil a résumé les termes de ses précédentes appréciations, les complétant avec quelques considérations sur le traitement expérimental, considérations qui ont été reprises par l'intimée dans sa duplique.

24. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Selon l'art. 58 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2).

Au jour du dépôt de la demande, le recourant était domicilié en France. Cependant, dans la mesure où son dernier employeur, la société B_____ SA, était sise à Genève, les tribunaux genevois sont compétents.

b. 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 345 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 octobre 2015 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 15 septembre 2015 et les troubles dont se plaint encore le recourant.
5. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée

généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 177 402 consid. 4.3).

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 no U 142 p. 75 consid. 4b ; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80, p. 865). Le seul 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 événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s. 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.

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

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

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en

prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c ; ATF 114 V 301 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2).

D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.1). En revanche, une lésion SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior) ne fait pas partie des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 4). Il en va de même d'une fissure à la jonction sus-épineux/sous-épineux, laquelle ne saurait être assimilée à une déchirure des tendons, même partielle (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

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

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

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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

8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la

santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

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

9. En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations, avec effet au 31 octobre 2015, au motif que le *statu quo* aurait été atteint à cette date.

a/aa. À titre liminaire, il convient de résumer la situation médicale.

Le 15 septembre 2015, le recourant a chuté dans l'escalier de son club de sport et, en tentant de se rattraper à la main courante, il a ressenti une forte douleur à l'épaule et à la main gauches. L'arthro-IRM réalisée le 30 septembre 2015 a notamment décelé une petite fissuration interstitielle à la limite entre les tendons supra-épineux et infra-épineux. Dans le cadre d'un traitement expérimental, le recourant a bénéficié, les 6 octobre et 5 novembre 2015, d'une infiltration de PRP au niveau de la lésion fissuraire interstitielle du tendon supra-épineux. En raison de l'échec de ce traitement expérimental, le recourant a subi, le 3 octobre 2016, une arthroscopie au cours de laquelle le Dr D_____ a procédé à une ténodèse du long chef du biceps, à une acromioplastie antérieure et latérale ainsi qu'à une résection du centimètre externe de la clavicule. Suite à cette intervention, le recourant a été incapable de travailler du 3 octobre au 3 novembre 2016. Compte tenu des constatations faites lors des arthro-IRM et de l'intervention du 3 octobre 2016, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux,

tendinopathie sévère du long chef du biceps, de conflit sous-acromial et d'arthropathie acromio-claviculaire.

Pour le Dr E_____, médecin-conseil de l'intimée, toutes les atteintes dont souffre le recourant sont d'origine dégénérative, la lésion fissuraire ne pouvant au demeurant pas être qualifiée de déchirure – même partielle – d'un tendon. L'accident assuré a tout au plus entraîné une contusion, dont le délai de guérison est de six semaines au maximum (avis des 22 mai, 18 août et 15 décembre 2017).

En revanche, pour le Dr D_____, l'accident assuré a décompensé la maladie arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire et causé une lésion du sus-épineux. S'agissant de l'intervention du 3 octobre 2016, la résection du centimètre externe était en lien avec la maladie arthrosique, d'origine dégénérative. Toutefois, ce geste ainsi que l'acromioplastie avaient été nécessaires afin de parfaire le résultat de la tendinopathie sévère du long chef du biceps (voir courrier du Dr D_____ du 15 mai 2017). Dans son courrier du 4 octobre 2017, le Dr D_____ a encore précisé que la lésion interstitielle et l'atteinte du long chef du biceps pouvaient être attribuées, selon toute vraisemblance, à l'accident, au contraire de l'atteinte acromio-claviculaire, qui était vraisemblablement dégénérative. Pour le médecin traitant, il convenait ainsi de répartir les frais entre l'assurance-maladie et l'intimée.

a/bb. Comme l'a relevé le Dr E_____, la fissure à la jonction tendons supra-épineux et infra-épineux ne constitue pas une lésion corporelle assimilée à un accident (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3). Au demeurant, le Dr D_____ n'a à aucun moment prétendu le contraire.

Quant au conflit sous-acromial et à l'arthropathie acromio-claviculaire, elles doivent à l'évidence être qualifiées d'atteintes dégénératives. Au demeurant, le Dr D_____ ne prétend à nouveau pas le contraire.

Cela étant, pour le Dr D_____, l'accident assuré a entraîné la fissure du tendon sus-épineux et une atteinte au long chef du biceps ainsi qu'une décompensation de l'état antérieur.

Or, conformément à la jurisprudence, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident et 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).

b. Dès lors que seule la prise en charge de l'intervention du 3 octobre 2016 et de l'incapacité de travail y consécutive est litigieuse, les rapports médicaux au dossier doivent répondre aux questions suivantes :

- s'agissant de la lésion fissuraire du tendon sus-épineux et de celle du long chef du biceps : l'accident assuré en est-il la cause à tout le moins partielle ? Dans

l'affirmative, un *statu quo sine vel ante* a-t-il été atteint et à quelle date ? Si en date du 3 octobre 2016, aucun *statu quo* n'a été atteint, l'arthroscopie avait-elle pour but de traiter la lésion fissuraire du tendon sus-épineux ?

- s'agissant de la décompensation d'un état antérieur : l'accident assuré a-t-il décompensé un état antérieur et lequel ? Dans l'affirmative, à quelle date un *statu quo* a-t-il été atteint ? Si en date du 3 octobre 2016, aucun *statu quo* n'a été atteint, dans quelle mesure l'arthroscopie avait-elle pour but de traiter l'état maladif préexistant tel que causé ou aggravé par l'accident ?

Il convient donc d'examiner si les appréciations des Drs E_____ et D_____ revêtent une pleine valeur probante et si elles répondent aux questions précitées.

c. D'emblée, la chambre de céans constate qu'aucun des rapports au dossier ne répond à toutes les questions précitées, de sorte qu'ils sont tous lacunaires.

En effet, le Dr E_____ n'a, à aucun moment, examiné la question de la décompensation d'un état dégénératif antérieur, alors que cet aspect a été soulevé par le Dr D_____. En réalité, le médecin-conseil de l'intimée s'est contenté d'examiner le lien de causalité en fonction de la notion prédominant en matière médicale, laquelle ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). Le Dr E_____ n'a pas non plus expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que la lésion fissuraire n'était pas d'origine traumatique, se contentant de faire des généralités en lien notamment avec l'âge du recourant.

Les mêmes critiques peuvent être formulées à l'encontre des avis du Dr D_____. Certes, c'est ce dernier qui a évoqué la question de la décompensation d'un état antérieur. Il n'a toutefois ni décrit ni motivé sa position. De plus, ses appréciations peuvent prêter à confusion, l'atteinte évoquée étant tantôt la lésion du sus-épineux, tantôt la tendinopathie du long chef du biceps.

10. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité (décompensation et *statu quo*) entre les atteintes encore ressenties par le recourant et l'accident assuré. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur la nature des atteintes et l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 15 septembre 2015 et les troubles présentés par le recourant au-delà du 31 octobre 2015, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*.

Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de son médecin-conseil, très peu motivés et ne disposant pas d'une valeur probante suffisante. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, laquelle devra notamment répondre aux questions évoquées ci-dessus par la chambre de céans.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 22 mai 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 22 mai 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant CHF 1'500.- à titre de dépens.
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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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