

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2848/2013

ATAS/139/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à ONEX, représenté par AXA
ARAG Protection juridique

recourant

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan 1, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaille chez X_____ SA depuis le 1er avril 2007 en tant que comptable. A ce titre il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par VAUDOISE ASSURANCES (ci-après l'assurance ou l'intimée).

2. Le 12 décembre 2008, en sortant de son véhicule, il a glissé sur la glace et est tombé.

Il a déclaré l'accident à son assurance le 19 décembre 2008. Il a notamment indiqué qu'il avait ressenti des douleurs à l'épaule gauche, au dos et au pied gauche. Les premiers soins lui avaient été prodigués par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.

3. Par déclaration du 31 décembre 2008, le Dr A_____ a déclaré l'accident au moyen du formulaire qu'avait envoyé l'assuré à l'assurance, après l'avoir complété à la main pour ajouter le terme « contusions » aux douleurs mentionnées par ce dernier ainsi que le total des frais. Le médecin n'a rien mentionné sous la partie spécifique pour les médecins s'agissant du point « partie du corps blessée et nature de la lésion ».

4. Dans une note interne de l'assurance du 10 mars 2009, il est indiqué que l'assuré avait appelé pour signaler que malgré la prise de médicaments depuis l'accident, son épaule était toujours douloureuse et limitée dans les mouvements. Le Dr A_____ avait été consulté une nouvelle fois et il lui avait prescrit des séances de physiothérapie. L'assuré s'était rendu au centre de Thérapies complémentaires et allait bénéficier en premier lieu de séances d'ostéopathie. Après la première séance, il semblait déjà ressentir une évolution favorable.

5. Dans son rapport du 30 avril 2009, le Dr A_____ a diagnostiqué une contusion sur l'épaule gauche consécutive à une chute le 12 décembre 2008. L'assuré l'avait consulté le 17 janvier 2009. Il se plaignait de douleurs surtout nocturnes au moignon de l'épaule gauche. L'abduction était douloureuse. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué de rôle dans l'évolution du cas.

La durée probable du traitement était de quatre à huit semaines post-traumatisme.

Il n'avait plus revu le patient depuis le 17 janvier 2009, alors qu'il était censé revenir en consultation à la fin des séances de physiothérapie. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la reprise du travail.

6. L'assuré a adressé un courriel à son assurance le 4 mai 2009. Il a indiqué qu'il avait toujours mal à l'épaule gauche et au dos. Sa situation s'était aggravée depuis quelques semaines. Pour l'instant, il était en train de faire de la thérapie ostéopathique et le traitement médical n'était pas terminé. Son prochain rendez-vous auprès du Dr A_____ aurait lieu le 8 mai.

7. Le 22 juin 2009, il a informé l'assurance qu'il était toujours en traitement et qu'il devait se rendre dans quelques semaines chez son médecin traitant.
8. Le 10 août 2009, l'assurance a adressé un courriel à l'assuré. Elle l'a informé que le traitement prodigué par un ostéopathe n'était pas pris en charge par les assurances-accidents. Pour des raisons économiques, ces derniers prenaient néanmoins deux ou trois séances en charge sans prescription médicale. Au-delà, la prise en charge ne pouvait se faire que sur la base d'une prescription établie par le médecin traitant. L'assurance priait par ailleurs l'assuré de lui préciser s'il avait complètement récupéré son intégrité physique ou si un traitement était toujours en cours.
9. Dans un procès-verbal de conversation téléphonique du même jour avec l'assuré, il est indiqué que l'évolution de l'assuré était lentement favorable, mais qu'il subsistait des douleurs ainsi qu'un déficit de la mobilisation au niveau de l'épaule gauche. Une pause avait été effectuée dans le traitement médical et l'assuré allait prendre contact avec son médecin traitant pour un contrôle vers la mi-septembre. L'assuré informerait l'assurance si de nouvelles séances de physiothérapie ou d'ostéopathie lui étaient prescrites.
10. Dans un rapport du 17 septembre 2009, le Dr A_____ a indiqué qu'il avait revu son patient en mai et juillet 2009, à la suite de quoi l'assuré ne l'avait plus consulté. Les traitements de physiothérapie/ostéopathie avaient été bénéfiques. L'assuré souffrait toutefois encore de douleurs modérées lors de certains mouvements.

L'assuré ne suivait aucun traitement spécial depuis mai 2009. Le médecin a précisé qu'il n'avait jamais émis de certificat d'incapacité de travail. Il fallait craindre une éventuelle lésion de la coiffe des rotateurs.
11. Le 2 décembre 2009, le Dr A_____ a établi une prescription pour six séances supplémentaires de physiothérapie au titre de suite de traitement pour des douleurs récidivantes à l'épaule droite post-accident de décembre 2008.
12. Le 4 février 2010, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il bénéficiait d'une ordonnance de son médecin traitant pour réitérer les séances d'ostéopathie. Par courriel du même jour, l'assurance lui a demandé de lui transmettre une copie de la prescription à laquelle il faisait référence.
13. Dans un rapport non daté mais reçu le 15 juin 2010 par l'assurance, le Dr A_____ a diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche sur chute avec possible lésion de la coiffe des rotateurs (sus-épineux). Il a indiqué que lors de la consultation du 2 décembre 2009, l'assuré avait mentionné souffrir encore de douleurs nocturnes occasionnelles et lors de mouvements en abduction et en rotation interne. Le médecin ne savait pas si des circonstances sans rapport avec l'accident avaient joué un rôle dans l'évolution du cas.

Il n'avait pas de propositions pour la suite du traitement car son patient ne s'était plus manifesté à ce sujet. Il ne l'avait plus consulté depuis le 2 décembre 2009.

S'agissant de la durée probable du traitement, le médecin a indiqué « Terminé ??? ». Enfin, il a souligné que son patient n'avait jamais eu d'incapacité de travail pour ce motif.

14. Le 17 juin 2010, l'assurance a appelé l'assuré, qui lui a indiqué qu'il avait revu son médecin traitant le 29 mai 2010 et qu'il lui avait prescrit une nouvelle série de séances de physiothérapie.
15. Le 31 mars 2011, l'assuré a appelé son assurance pour lui faire part d'une évolution peu favorable. En raison d'une activité professionnelle très chargée, il n'avait jamais pris le temps de se soigner complètement. En février 2011, il avait consulté son médecin traitant en raison d'une bronchite et lui avait fait part, à cette occasion, de la persistance des douleurs au niveau de l'épaule et du dos. Comme il n'avait pas terminé le traitement de physiothérapie, le médecin lui avait proposé de poursuivre les séances de physiothérapie ou d'ostéopathie. L'assurance avait convenu avec l'assuré de prendre en charge deux séances d'ostéopathie.
16. Le 1er avril 2011, l'assuré a informé l'assurance que son ostéopathe avait constaté, la veille, que l'état de son épaule et de son dos s'était détérioré. Un autre traitement devait être envisagé.
17. Le 5 avril 2011, le Dr A_____ a établi une nouvelle prescription pour six séances de physiothérapie au titre de suite du traitement.
18. Le 15 avril 2011, il a diagnostiqué des scapulalgies gauches récidivantes post-traumatiques et a relevé un épisode récent de douleurs scapulaires gauches à fin mars 2011. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué de rôle dans l'évolution du cas. Les consultations avaient lieu de manière épisodique. Un traitement de physiothérapie était en cours. La durée du traitement était indéterminée. Il n'y avait pas à craindre un dommage permanent.
19. Le 27 mai 2011, le Dr A_____ a établi une nouvelle prescription pour six séances de physiothérapie au titre de suite de traitement.
20. Dans un document interne non daté de l'assurance, intitulé « Présentation simplifiée au médecin consultant », il est indiqué que la première consultation, par l'assuré, avant eu lieu le 18 décembre 2012,
21. Dans une note interne de l'assurance du 17 juin 2011, il est indiqué que le médecin-conseil de l'assurance, Dr B_____ avait pris connaissance des quatre rapports médicaux du Dr A_____. Il avait remarqué que des investigations auprès d'un orthopédiste n'avaient jamais été effectuées malgré le fait que l'assuré se plaignait de douleurs récidivantes de son épaule gauche. Il avait constaté également que le médecin traitant avait recommandé d'effectuer un traitement de physiothérapie mais que l'assuré avait opté pour un traitement d'ostéopathie.

Le médecin-conseil estimait qu'il n'y avait plus de rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident. En effet, le diagnostic initial était une contusion de

l'épaule gauche et l'évènement avait eu lieu deux ans et demi auparavant. Les douleurs étaient très certainement dues à une pathologie dégénérative et n'étaient plus post-traumatiques. Il recommandait de mettre fin à la causalité dès ce moment, à savoir à deux ans et demi de l'accident.

22. Le Dr B_____ a écrit le 21 juin 2011 au Dr A_____. Il lui a indiqué qu'il avait pris connaissance de ses quatre rapports médicaux des 30 avril et 17 septembre 2009, 15 juin 2010 et 15 avril 2011. A la suite de sa chute du 12 décembre 2008, l'assuré l'avait consulté six jours plus tard, et le Dr A_____ avait retenu le diagnostic de contusion de l'épaule gauche dans son premier rapport médical. Il avait conseillé un traitement de physiothérapie à son patient mais celui-ci avait suivi un traitement d'ostéopathie, en effectuant 12 séances du 30 mars 2009 au 3 juin 2010. A la date de son courrier, cela faisait deux ans et demi que la contusion de l'épaule gauche avait été diagnostiquée. Le Dr B_____ conseillait donc à l'assurance de ne plus intervenir, ni pour des contrôles médicaux, ni pour des traitements à l'épaule gauche.
23. L'assuré a été informé de ces conclusions par courrier de l'assurance du 27 juin 2011. Cette dernière l'invitait à transmettre les factures liées au traitement prodigué dès le 1er juin 2011 à son assurance-maladie.
24. Dans une note interne de l'assurance du 4 août 2011, il est indiqué que l'assuré avait appelé le même jour en réaction au courrier susmentionné. Il contestait vivement la décision arbitraire du médecin-conseil de l'assurance qui ne l'avait pas examiné. Il était prêt à être examiné par lui. Il relevait qu'il n'avait absolument aucun problème avec l'épaule droite et qu'avant l'évènement du 12 décembre 2008, il n'avait pas rencontré de problème avec l'épaule gauche.
25. Le 5 août 2011, l'assurance a informé l'assuré que comme il ne partageait pas l'avis du Dr B_____, il convenait de requérir l'avis d'un spécialiste neutre. Il devait demander à son médecin d'organiser un consilium orthopédique. Si pour des raisons diverses, il ne voulait plus consulter le Dr A_____, l'assurance se chargerait de l'orienter vers un chirurgien orthopédique de son choix.
26. Le 8 août 2011, l'assuré a prié l'assurance de demander l'avis d'un autre médecin que son médecin traitant.
27. L'assurance a mandaté le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux fins d'une expertise. Elle lui a notamment indiqué que l'assuré était tombé après avoir glissé sur une plaque de glace en sortant de son véhicule le 12 décembre 2008, et qu'il s'était rendu à la consultation du Dr A_____, qui avait diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche, le 18 décembre 2008. Elle l'a prié de recevoir l'assuré en consilium et de se prononcer sur les points suivants :
 - Existait-il, de façon certaine, probable ou seulement possible, un rapport de causalité entre l'accident du 12 décembre 2008 et les lésions actuelles ?

-
- Dans l'affirmative, un traitement médical motivé par les conséquences de cet accident était-il encore à prévoir.
28. Une IRM du 18 janvier 2012 a conclu à une « importante tendinopathie avec déchirure partielle sans rupture des tendons du sus-épineux et sous-scapulaire accompagnée par une discrète bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne ».
29. Le Dr C_____ a rendu son rapport le 23 janvier 2012, après avoir examiné l'assuré le 16 décembre 2011. L'assuré lui avait certifié, à sa demande, qu'il n'avait jamais eu le moindre problème au niveau de son épaule gauche avant l'accident du 12 décembre 2008. Ce jour-là, il avait glissé sur le verglas en mettant un pied à terre pour sortir de son véhicule. Avant d'avoir pu se redresser complètement, il avait glissé et s'était rattrapé avec la main gauche au sol, le coude tendu et l'épaule gauche en légère abduction. Sur le moment, il n'avait pas ressenti de douleur particulière au niveau du poignet gauche, mais juste une sensation de chaleur dans l'épaule gauche, sans limitation fonctionnelle ; il ne s'était pas trop inquiété et avait poursuivi ses activités professionnelles et privées normalement. Ce n'était qu'au fil des jours que la gêne avait progressivement augmenté d'intensité, avec des douleurs diffuses aux faces antérieures, supérieures et dorsales de l'épaule gauche, mais pas au niveau de la face latérale. Les douleurs se manifestaient surtout à l'effort, pas forcément plus marquées en élévation que sur un plan de travail rabaisé.

Il avait consulté son médecin traitant un mois après le traumatisme, le 17 janvier 2009. L'assuré avait revu son médecin traitant en mai 2009, puis le 2 décembre 2009, et enfin en mars 2011. A la date de l'examen, il se plaignait toujours d'une douleur modeste, se manifestant sous la forme d'une gêne transfixiante sous-claviculaire gauche, irradiant dans l'épine de l'omoplate, sans aucune douleur dans l'espace sous-acromial gauche. Les douleurs pouvaient survenir n'importe quand, à l'effort comme au repos. Elles n'engendraient aucune limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail. Le patient se sentait encore soulagé par les séances de physiothérapie et demandait seulement à pouvoir les poursuivre quelque temps.

S'agissant de l'interprétation des radiographies, le Dr C_____ a indiqué que la radiographie de l'épaule gauche et acromio-claviculaire effectuée le jour de son examen ne révélait aucune lésion ostéo-articulaire visible ni d'arthrose acromio-claviculaire significative. Concernant l'IRM de l'épaule gauche du 18 janvier 2012, le Dr C_____ a indiqué ce qui suit : « Importante tendinopathie avec lésion partielle, sans rupture, des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, accompagnée d'une discrète bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne. Pas d'autre lésion ostéo-articulaire visible, à part l'épaississement inhomogène de ces deux tendons. Articulation acromio-claviculaire calme ».

Le Dr C_____ a diagnostiqué une tendinopathie dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs (sus-épineux et sous-scapulaire) gauche, révélée par un choc axial à travers le membre supérieur gauche lors d'une chute sur la main gauche le

12 décembre 2008. Le lien de causalité naturelle entre le diagnostic et l'accident précité était très peu probable pour les raisons suivantes :

- l'âge du patient, auquel les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares ;
- l'action vulnérante de l'accident était inappropriée pour solliciter les tendons de la coiffe des rotateurs au-delà des points de rupture. En effet, il n'y avait pas de notion d'abduction ni de rotation violente contre résistance ou de mouvement extrême de l'épaule ; par contre, l'action vulnérante était tout à fait appropriée pour causer un choc axial à travers tout le membre supérieur, pinçant l'espace sous-acromial pour révéler un état pathologique préexistant à ce niveau ;
- il n'y avait pas de notion d'impotence fonctionnelle ni d'arrêt de travail dans un premier temps ;
- on était en présence d'un développement progressif secondaire des douleurs, surtout dans les efforts en élévation ;
- l'IRM ne montrait pas de lésion traumatique, mais essentiellement une tendinopathie interstitielle, sans solution de continuité, des tendons sus-épineux et sous-scapulaire ; l'atteinte simultanée de ces deux tendons était souvent retrouvée dans le cadre des troubles purement dégénératifs ; par contre, une lésion traumatique simultanée de deux tendons d'action antagoniste était beaucoup plus rare, de surcroît dans une action vulnérante inappropriée.

En conclusion, l'assuré présentait très vraisemblablement déjà un état pathologique préexistant banal de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche, dont la symptomatologie avait été révélée mais non pas causée par l'évènement bénin du 12 décembre 2008. Il s'agissait ainsi vraisemblablement d'une fragilité préexistante, dont les premiers symptômes auraient pu être déclenchés à l'occasion de n'importe quel autre évènement ordinaire ou extraordinaire de la vie. Même en admettant l'existence d'une contusion significative du membre supérieur gauche le 12 décembre 2008, il conviendrait de considérer que le statu quo sine avait dû être retrouvé au plus tard après un mois, laps de temps dans lequel les contusions bénignes guérissaient généralement sans séquelles.

30. Le 26 mars 2012, l'assurance a transmis à l'assuré le rapport susmentionné. Elle lui a indiqué que ce document la conduisait à maintenir sa position antérieure communiquée par courrier le 27 juin 2011.
31. Dans un rapport du 20 avril 2012, le Dr A _____ a indiqué qu'il intervenait à la demande de son patient, dont il était le médecin-traitant depuis une douzaine d'années. Ce dernier avait décidé de s'opposer à la fin de non-recevoir de la part de l'assurance suite à l'expertise du Dr C _____.

Le médecin a relevé, « 1° Une chronologie un peu « bâclée ». 2° Des éléments retenus par l'expert décrits avec une certaine superficialité, voire de manière édulcorée ».

La chronologie était la suivante. L'accident avait eu lieu le 12 décembre 2008 (un vendredi soir). La première consultation à son cabinet avait eu lieu le 18 décembre 2008 (le mercredi suivant). A cette occasion, il avait objectivé des douleurs scapulaires antérieures et supérieures, l'assuré devait «supporter» son bras, et l'abduction était douloureuse. Le laps de temps de cinq jours avait été consacré à des soins simples à la maison (durant le week-end) et au travail (travaux de fin d'année dans un service de comptabilité). Ce laps de temps n'était donc pas une anomalie en soi.

La deuxième consultation avait eu lieu le 17 janvier 2009. Quatre semaines représentaient en orthopédie le temps usuel d'observation pour un traumatisme de la coiffe des rotateurs.

Le traitement par physiothérapie avait commencé en janvier 2009, et celui par ostéopathie à mi-mars 2009. Le 8 mai 2009 avait eu lieu la troisième consultation. Le 12 juin 2009, il avait procédé à une consultation par téléphone et à un contact avec l'ostéopathe. Deux autres consultations avaient suivi le 6 juillet et le 2 décembre 2009. Le 22 mai 2010, l'assuré l'avait consulté pour une autre raison et ils avaient évoqué la poursuite du traitement ostéopathique.

Contrairement à l'énoncé de l'expert, le traumatisme initial était tout-à-fait compatible avec un mécanisme de compression du sus-épineux. Les plaintes initiales, les trouvailles cliniques et l'évolution étaient compatibles avec une causalité « possible ». La rareté, connue, des lésions traumatiques pures ne pouvait exclure en l'espèce une cause initiale vulnérante. L'anamnèse de l'expertise mentionnait une abduction, alors que les conclusions excluaient cette position dans la chute. L'impotence fonctionnelle existait (cf consultation du 18 décembre 2008 : je dois supporter mon bras).

L'absence d'incapacité de travail n'était pas une preuve de quoi que ce soit dans le cas d'espèce, l'assuré étant droitier et comptable de métier, et ne pouvait être retenue à des fins de banalisation. L'abduction douloureuse était une plainte constante apparue et objectivée dès la première consultation après l'accident.

Le Dr A_____ a conclu que l'expertise ne retenait que les éléments et hypothèses les plus favorables à l'assureur. Il avait démontré les lacunes chronologiques et les descriptions cliniques « édulcorées » de l'expert. L'assuré, suivi à sa consultation depuis l'année 2000, n'avait jamais présenté un début de plainte concernant son épaule gauche, ni n'avait été traité par quiconque pour des scapulalgies avant l'accident de décembre 2008. Le traumatisme initial avait été nettement plus sévère que présenté dans l'expertise. De même, les plaintes et limitations existaient depuis le début. Les plaintes avaient été constantes et cohérentes avec le mécanisme accidentel et avec les trouvailles cliniques.

Si la situation actuelle avait perdu le lien causal avec les lésions initiales, la fin de non-recevoir se justifiait, mais exclusivement du point de vue des définitions assécurologiques, en particulier celle des délais d'évolution. Si tel n'était pas le cas,

selon un doute raisonnable qu'il revendiquait, alors une prise en charge occasionnelle des suites de l'accident devait être accordée à l'assuré.

32. Par courrier du 26 avril 2012, l'assuré s'est opposé, par l'intermédiaire du service juridique de la Société suisse des employés de commerce, aux décisions de l'assurance des 27 juin 2011 et 26 mars 2012 lui signifiant la cessation de la prise en charge du traitement médical en s'appuyant sur les considérations de son médecin traitant. Il convenait de remarquer que les douleurs qu'il invoquait avaient incontestablement pris naissance au moment de l'accident et n'avaient pas cessé depuis. Pour le moins, on ne pouvait en aucun cas exclure que l'atteinte actuelle à sa santé n'était pas au moins imputable partiellement à l'accident. L'assurance-accidents n'avait dès lors pas la compétence pour refuser ses prestations en se basant uniquement sur des conclusions hypothétiques non prouvées et qui lui étaient exclusivement favorables.
33. L'assurance a requis le Dr C_____ de lui indiquer si les observations du Dr A_____ l'amenaient éventuellement à les modifier ou à les maintenir, et pour quels motifs.
34. Le Dr C_____ s'est prononcé le 13 juin 2012. Il a précisé que l'anamnèse avait été rédigée avec les éléments à disposition, en la dictant devant le patient après l'avoir prié d'intervenir pour corriger immédiatement toute formulation qu'il aurait jugée inadéquate. Les éléments anamnestiques complémentaires du Dr A_____ n'amenaient pas d'éléments susceptibles de modifier ses conclusions. Finalement, et contrairement aux insinuations de ce dernier, son expertise avait été faite en toute neutralité et de façon consciencieuse.
35. L'assurance-accidents a prié l'assuré de lui communiquer les coordonnées de son assurance-maladie.
36. Ce dernier refusant de les lui fournir, l'assurance a rendu une décision le 6 juillet 2012. Elle a indiqué qu'il ressortait du rapport du Dr C_____ que les troubles présentés par l'assuré au niveau de son épaule gauche n'avaient plus aucun rapport démontré avec la contusion subie le 12 décembre 2008, dont les conséquences (statu quo sine) devaient être considérées comme épuisées à partir de janvier 2009 déjà. L'assurance ne souhaitait pas revenir sur les prestations allouées postérieurement à cette période mais déclinait en revanche toute nouvelle intervention pour l'affection présentée à l'épaule gauche. Le cas relevait désormais de la compétence de l'assurance-maladie. Dans la mesure où il refusait de lui communiquer les coordonnées de cette dernière, il avait la charge de lui remettre la copie de cette décision.
37. Par courrier du 30 juillet 2012, l'assuré a formé opposition provisoire sous la plume d'AXA-ARAG Protection juridique (ci-après AXA), considérant que ses troubles avaient été causés par l'accident et que le statu quo ante n'avait pas été atteint en janvier 2009 déjà.

38. Le 18 septembre 2012, l'assuré a maintenu son opposition par l'intermédiaire d'AXA. Il a souligné que les inexactitudes dans l'anamnèse de l'expertise du Dr C_____, relevées par le Dr A_____, avaient une incidence sur l'appréciation du cas et remettaient en cause les conclusions du Dr C_____. En effet, il ressortait du dossier médical, en particulier des indications du médecin traitant, que l'assuré avait consulté son médecin rapidement après l'accident pour des douleurs qui étaient apparues à cette occasion et que cet événement avait causé une impotence fonctionnelle mentionnée lors de la première consultation. Le Dr C_____ faisait valoir que les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes à l'âge de l'assuré. Toutefois, les lésions touchaient le membre supérieur gauche, alors que l'assuré était droitier. Par ailleurs, ce dernier ne présentait aucune lésion dégénérative à droite, alors même que le membre était plus sollicité, et qu'il ne pratiquait pas de sport ou d'autre activité qui pourraient favoriser une usure prématurée de la coiffe des rotateurs. Il n'y avait pas d'état maladif antérieur. Il n'existait donc aucun élément documenté permettant d'affirmer que le lien de causalité entre l'accident du 12 décembre 2008 et les troubles actuels n'existait plus.
39. Le 14 mai 2013, l'assuré a recouru, par l'intermédiaire d'AXA, en déni de justice contre l'assurance, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Lausanne. Il a conclu à ce qu'il soit ordonné à l'assurance de rendre une décision sur opposition suite à son opposition du 30 juillet 2012, complétée le 18 septembre 2012, dans le délai qu'il laissait le soin au Tribunal de fixer.
40. L'assurance a répondu le 21 juin 2013. Elle s'est engagée, à faire le nécessaire d'ici au 8 juillet 2013.
41. Le 5 juillet 2013, l'assurance a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 6 juillet 2012. Elle a souligné qu'il n'y avait aucune indication, ni facture, au dossier, relative au réel suivi d'un traitement de physiothérapie entre janvier et mars 2009. Le traitement d'ostéopathie n'avait débuté que le 30 mars 2009, soit près de trois mois et demi après l'accident. Aucun élément du dossier n'étayait le fait que l'assuré ne présentait aucune lésion dégénérative à droite. De plus, le fait que le bras de l'assuré se soit trouvé au final en position de légère abduction lors de sa chute n'impliquait pas, ipso facto, que l'évènement ait provoqué une abduction violente contre résistance. Les griefs formulés à l'égard de l'anamnèse effectuée par le Dr C_____ n'étaient pas fondés, le fait qu'il ait omis de mentionner la première consultation du 18 décembre 2008 ne changeant rien au fait que les plaintes formulées par l'assuré étaient parfaitement banales - les constatations faites par le Dr A_____ allant du reste dans le même sens - et qu'aucun élément ne permettait de considérer comme suffisamment établi que l'évènement avait entraîné une déchirure partielle des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, le mécanisme de la chute étant déjà en lui-même impropre à entraîner ce type de lésion. Au reste, dans cette hypothèse, la symptomatologie aurait été dès le départ nettement plus importante qu'une vingtaine de séances d'ostéopathie étalées

sur trois ans. Le fait que l'assuré eût été asymptomatique auparavant, que le membre lésé ne fût pas le membre dominant et que l'assuré ne pratiquât pas d'activités de force (sportives ou autres) ne constituait pas la preuve suffisante du contraire et les conclusions motivées en toute connaissance de cause du Dr C _____ – spécialiste en orthopédie, et en particulier pour les pathologies du membre supérieur – devaient prévaloir sur celles du médecin traitant généraliste.

42. Le 7 septembre 2013, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire d'AXA, auprès de la Cour de céans, dans la mesure où le domicile actuel de l'assuré était situé dans le canton de Genève.

Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 5 juillet 2013, à ce que l'assurance prenne en charge les frais médicaux postérieurs à la décision du 6 juillet 2012 et accepte de prendre en charge les frais qui pourraient être encore occasionnés par les suites de l'accident, en particulier les séances de physiothérapie et ostéopathie. Par ailleurs, il demandait à ce que la Cour ordonne une expertise visant à établir s'il existait un rapport de causalité entre l'accident du 12 décembre 2008 et les lésions actuelles.

Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr C _____, sur la base des erreurs et contradictions relevées par le Dr A _____, et le fait que les troubles actuels soient d'origine dégénérative. Il ne s'agissait que d'une hypothèse. Si tel était le cas, les lésions dégénératives auraient très vraisemblablement concerné aussi l'épaule droite, l'assuré étant droitier, alors même que les lésions concernaient exclusivement le membre supérieur gauche. Ni le Dr C _____, ni l'assurance, n'avaient donné de réponse substantielle aux critiques formulées par le Dr A _____, pourtant basées sur des faits, se contentant d'indiquer que l'expertise avait été faite en toute neutralité et de façon consciencieuse. L'assuré n'avait jamais eu le moindre problème à l'épaule gauche avant le traumatisme et il n'y avait pas d'autres facteurs expliquant les douleurs.

43. Le 23 septembre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Lausanne a écrit au recourant pour lui fixer un délai au 3 octobre pour lui indiquer si le recours avait encore un objet.

44. L'intimée a répondu au recours formé devant la Cour de céans le 11 octobre 2013. Elle a conclu à son rejet, dans la mesure où il était recevable.

Elle a admis la recevabilité du recours, sous la réserve de la prise en charge des traitements d'ostéopathie postérieurs à la décision du 6 juillet 2012 et non pris en charge par ses soins, ainsi que de traitements du même type éventuellement effectués dans le futur. En effet, s'il était vrai que les ostéopathes au bénéfice de la formation ad hoc étaient autorisés en tant que tels à pratiquer en Suisse, il n'en restait pas moins qu'ils ne faisaient pas partie des professions paramédicales admises à pratiquer aux frais de l'assurance-maladie sociale ne figurant pas dans la liste exhaustive comprenant les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les logopédistes/orthophonistes et les

diététiciens. Partant, les ostéopathes n'étaient pas non plus admis à pratiquer aux frais de l'assurance-accidents sociale. La prise en charge de tels traitements n'était donc pas une obligation légale pour les assureurs LAA – ce dont le recourant avait été avisé dès le 10 août 2009 – et aucune voie de droit n'était en conséquence ouverte à ce propos. La conclusion du recourant relative à la prise en charge par ses soins de traitements d'ostéopathie était en conséquence irrecevable, quelle que fût la décision de la Cour sur le fond de l'affaire.

Elle a également rappelé que les conclusions du Dr C_____ étaient partagées par le Dr B_____, dont la position avait été communiquée au Dr A_____ par courrier du 21 juin 2011. Ce courrier n'avait suscité aucune réaction de ce dernier. La position exprimée par le Dr C_____ n'était nullement un élément isolé du dossier et les quelques détails de l'expertise pointés par le mandataire du recourant étaient insuffisants à en remettre en cause la valeur probante.

45. Le 9 décembre 2013, la Cour de céans a invité l'intimée à lui indiquer comment elle avait apprécié la conclusion de l'IRM du 18 janvier 2012, plus spécifiquement, celle de déchirure partielle des tendons, ainsi que la problématique de la lésion assimilée à un accident.
46. L'intimée a répondu le 10 janvier 2014. Elle a indiqué que s'agissant de l'appréciation des résultats de l'examen IRM, elle ne pouvait que renvoyer sur ce point au rapport du Dr C_____ dans lequel il n'était pas question de déchirure même partielle de tendons. Par ailleurs, ce dernier avait conclu que l'atteinte présentée par l'assuré au niveau de la coiffe des rotateurs n'était pas traumatique et préexistait à l'évènement du 12 décembre 2008, sans qu'il fût démontré que celui-ci eut entraîné une aggravation des lésions tendineuses.
47. Le recourant s'est prononcé le 23 janvier 2014. Il a indiqué que le rapport d'IRM du 18 janvier 2012 ne mentionnait pas d'origine dégénérative de la tendinopathie et faisait état d'une déchirure partielle de tendons du sus-épineux et du sous-scapulaire. Ainsi, les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas d'attribuer ses lésions à une maladie ou une dégénérescence. L'appréciation du Dr C_____ qualifiant la contusion de bénigne se fondait sur l'IRM, mais cette lecture lui semblait partielle. De ce fait, les conclusions que ce dernier tirait par rapport au caractère bénin ou non de l'accident lui apparaissaient contestables, de même que celles concernant le moment où le statu quo était atteint. Il considérait que l'intimée avait échoué dans sa démonstration selon laquelle les lésions subies par l'assuré seraient imputables à une maladie ou une dégénérescence.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

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

2. Au vu du dossier, il apparaît qu'une cause est déjà pendante entre les mêmes parties devant le Tribunal cantonal de Lausanne.

Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge doit examiner d'office les exigences formelles d'une procédure et notamment la question de savoir si la même cause est déjà pendante devant une autre juridiction (ATF 125 V 345 consid. 1a p. 347). La question de la force de chose jugée matérielle d'un jugement pour des causes entamées ultérieurement est une question de droit fédéral (ibidem consid. 1b).

En l'occurrence, la cause pendante devant le Tribunal précité est un recours pour déni de justice. L'intimée ayant rendu la décision sur opposition requise, le recours est devenu sans objet, sous réserve de la question d'éventuels dépens.

La Cour de céans peut donc se saisir du recours du 7 septembre 2013, dans la mesure où il est formé contre la décision sur opposition du 5 juillet 2013. Il ne s'agit en effet pas de la même cause.

3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

S'agissant de la compétence à raison du lieu, l'art. 58 al. 1 LPGA prévoit que 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.

Le recourant étant domicilié dans le canton de Genève depuis le 1^{er} octobre 2012, la Cour de céans est compétente *ratione loci*.

4. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

-
5. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mai 2011 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 12 décembre 2008 et les troubles du recourant subsistant après cette date.
 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).
 7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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, 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).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester 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).

9. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions corporelles suivantes sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références).

Ces 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. 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.

10. 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

11. a) 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75; ATF non publié 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

b) 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).

c) En revanche, en ce qui concerne les lésions assimilées à un accident, on peut rappeler que cette notion a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident, et qu'ainsi, les assureurs-accidents LAA doivent assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie - les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA étant 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 466129 V 466; ATF 123 V 43123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298114 V 298 consid. 3c).

d) Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront donc 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 (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références; ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références; ATFA non publié U 162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2).

e) Dans ce cadre, le Tribunal fédéral a précisé que ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un évènement 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 à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voyait pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Dans un tel cas, la question du lieu de causalité des affections diagnostiquées chez un assuré doit être donc examinée à l'aune de l'art. 9 OLAA et non sur la base de la vraisemblance prépondérante (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2; ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3).

12. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'évènement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268).

b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125

V 351 consid. 3b). Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e) Par ailleurs, 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).

13. 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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 le principe 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 serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).
14. a) En l'espèce, la Cour constate tout d'abord que, comme relevé par le recourant, le rapport du Dr. C_____ du 23 janvier 2012 contient des informations inexactes, ou à tout le moins, fortement lacunaires.

Il apparaît ainsi que :

-
- le Dr C_____ a tenu compte du fait que le recourant n'avait consulté pour la première fois son médecin qu'un mois après l'accident, le 17 janvier 2009, ce qui l'a amené à conclure à un développement progressif secondaire des douleurs ; or, il ressort de divers documents, et notamment du courrier du Dr B_____ au Dr A_____ du 21 juin 2011, ainsi que du courrier de l'assurance du 16 août 2011 par lequel celle-ci avait mandaté le Dr C_____ aux fins de l'expertise, que le recourant a consulté son médecin six jours après l'accident ;
 - de même, le Dr C_____ a retenu que le recourant avait revu son médecin en mai et décembre 2009, puis mars 2011 ; or, il ressort à tout le moins du rapport médical du Dr A_____ du 17 septembre 2009 et d'une note interne de l'assurance du 17 juin 2010 que le recourant avait également consulté son médecin le 6 juillet 2009 et le 25 mai 2010 (pour une autre cause avec évocation de la suite du traitement de l'affection de l'épaule gauche) ;
 - le médecin a, dans un premier temps, indiqué que lors de sa chute, le recourant s'était « rattrapé avec la main gauche au sol, le coude tendu et l'épaule gauche en légère abduction » ; il a néanmoins conclu que lors de l'accident, il n'y avait pas eu « de notion d'abduction ».

b) Par ailleurs, le radiologue qui a effectué l'IRM du recourant le 18 janvier 2012 a conclu à une « importante tendinopathie avec déchirure partielle sans rupture des tendons du sus-épineux et sous-scapulaire [...] (souligné par la Cour) ». Dans son rapport, le Dr C_____ a indiqué, s'agissant de cette IRM, « Importante tendinopathie avec lésion partielle, sans rupture, des tendons sus-épineux et sous-scapulaire [...] » (souligné par la Cour). Cette mention apparaît dans le chapitre intitulé par le médecin « interprétation RX ».

La différence entre déchirure et lésion est déterminante pour l'évaluation de la nature de l'affection du recourant. En effet, selon que cette dernière est considérée comme une lésion assimilée à un accident ou pas, l'examen de la causalité s'appréhende différemment, comme cela a été rappelé plus haut.

Or, notre Haute Cour a souligné que contrairement à ce qui est prévu à l'art. 9 al. 2 let. g et h OLAA, s'agissant des ligaments, où le législateur a volontairement utilisé le terme « lésion », qui comprend les phénomènes de déchirure, d'élongation et de dilatation, ce n'était pas le cas pour les lésions tendineuses, qui ne peuvent pas toutes être assimilées à un accident. En effet, selon l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, seules les déchirures ou ruptures totales, et à des conditions plus sévères, les déchirures ou les ruptures partielles, peuvent être assimilées à un accident (ATFA non publié U 235/02 du 6 août 2003, consid. 2.1 et les références).

L'intimée s'est ainsi fondée sur un rapport médical qui conclut à une contusion bénigne, en contradiction avec les conclusions de l'IRM du 18 janvier 2012, sans autre motivation. De ce fait, la nature exacte de l'affection dont souffre le recourant n'a pas été déterminée à satisfaction de droit, le médecin traitant ne s'étant pas non

plus prononcé sur la question de l'existence, ou non, d'une déchirure partielle des tendons sus-épineux et sous-scapulaire du recourant.

15. Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'intimée ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause, voire, disposait d'éléments erronés, de sorte que la décision sur opposition du 5 juillet 2013 repose sur un état de faits incomplet, respectivement faux.

En rendant une décision alors que l'instruction était lacunaire, l'intimée a manifestement constaté les faits de manière sommaire. Cette manière de procéder ne saurait être admise.

Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : 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 la rapidité de la procédure, ni le principe 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; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A 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 (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).

16. En l'espèce, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une expertise indépendante respectant les requisits du Tribunal fédéral.

L'expertise devra porter sur la détermination exacte de l'affection dont souffre le recourant, singulièrement, devra trancher la question de savoir si le recourant souffre d'une déchirure partielle des tendons sus-épineux et sous-scapulaire, ou pas.

Dans l'affirmative, l'expertise devra répondre à la question de la causalité entre l'évènement du 12 décembre 2008 et ladite affection, et celle d'un retour éventuel à un *statu quo sine vel ante* et à partir de quand, étant précisé que ce même *statu quo* ne pourrait être atteint que si le caractère exclusivement maladif ou dégénératif est manifeste.

Ainsi, la décision sur opposition du 5 juillet 2013 est annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 5 juillet 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). 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, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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