

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3046/2010

ATAS/1313/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 20 décembre 2010

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à Nangy, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré), né en 1961, travaillait depuis le 1^{er} juin 2008, en qualité de mécanicien, auprès de X_____ SA (ci-après X_____) et était assuré à ce titre contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. Par courrier du 28 novembre 2008, l'assuré a été licencié avec effet au 31 décembre 2008.
3. Par déclaration de sinistre du 8 décembre 2008, l'employeur de l'assuré a annoncé à la SUVA qu'en date du 3 décembre 2008, celui-ci avait glissé et était tombé sur son lieu de travail.
4. La SUVA a pris en charge les suites de cet événement.
5. Le 16 février 2009, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il avait chuté et glissé avec une immobilisation. Il avait ressenti des douleurs à l'épaule gauche et n'était plus capable de travailler depuis le 3 décembre 2008.
6. Dans un rapport du 27 février 2009, le Dr L_____, médecin généraliste, a indiqué que l'assuré l'avait consulté, en date du 3 décembre 2008, et a posé le diagnostic d'arthrose gléno-humérale avec doute sur l'état de la coiffe et aspect pseudo-paralytique, étant précisé que l'épaule gauche avait déjà été opérée. La pose d'une prothèse semblait être a priori indiquée. La capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 3 décembre 2008.
7. Lors d'un entretien téléphonique du 6 mars 2009, l'assuré a déclaré à un collaborateur de la SUVA qu'aucun examen radiologique n'avait été effectué depuis l'événement du 3 décembre 2008, mais qu'un arthroscanner était prévu le 13 mars 2009, car son médecin traitant envisageait de l'opérer pour la mise en place d'une prothèse de l'épaule.
8. En date du 20 mars 2009, l'assuré a été reçu à la SUVA et a précisé qu'il avait subi une luxation de l'épaule gauche lorsqu'il travaillait en France et qu'il avait été opéré en 1983. Il s'était déjà annoncé à la SUVA à trois reprises. De plus, entre le 12 mai 1997 et le 3 décembre 2008, il n'avait pas eu de douleurs de son épaule gauche, n'avait pas rencontré de médecin ni pris de médicaments et avait pu travailler sans séquelles. Sa dernière activité consistait à lever constamment des plaques pesant entre 35 et 40 kilogrammes, afin de les disposer sur des machines CNC pour les usiner, toutefois, le 3 décembre 2008, il travaillait à l'atelier de tournage ébauche et portait à bout de bras une caisse pleine d'ébauches de pièces

pesant environ 30 kilogrammes, lorsqu'il a glissé sur une flaque d'huile et qu'il est tombé sur son épaule gauche.

9. Lors d'un entretien téléphonique du 24 mars 2009, le responsable d'infrastructure de X_____ a signalé qu'il était difficile, voire impossible de croire la version de l'assuré concernant l'événement du 3 décembre 2008, attendu d'une part, que personne n'avait vu l'accident et d'autre part, que les caisses de pièces dans l'atelier pesaient 5 kilogrammes, au maximum. Il a estimé que la plus grande erreur de l'entreprise était de ne pas avoir libéré l'assuré de ses obligations contractuelles durant son délai de congé.

10. Représenté par une association d'utilité publique française, l'association des accidentés de la vie, l'assuré a transmis à la SUVA, par courrier du 2 avril 2009, un rapport d'expertise du 21 mars 2009 du Dr M_____, médecin généraliste, expert auprès de la Cour d'appel et médecin agréé par les administrations. Ce médecin a indiqué que l'assuré avait été opéré, durant les mois de mars 1985 et de juin 1993, des suites d'une luxation de son épaule gauche. De plus, il a constaté que des radiographies avaient été effectuées en date du 1^{er} septembre 2008 suite à des douleurs cervico-trapéziennes gauches. Elles avaient mis en évidence une importante arthrose gléno-humérale inférieure avec une petite calcification sous-acromiale et un remaniement trochantérien et une arthrose étagée de C4 à C7 avec un rétrécissement des trous de conjugaison 4 et 5 gauches. Il a estimé que les suites directes de l'accident du 3 décembre 2008 devaient être prises en charge par l'assureur-accidents suisse. En revanche, la prothèse gléno-humérale, qui devait être posée en raison d'un état dégénératif évolué résultant d'« une sur utilisation, [d']une fragilité personnelle éventuellement favorisée par les luxations récidivantes à partir de 1983 à 1985 », était à la charge de l'assureur-maladie.

Dans le cadre de son expertise, ce médecin a notamment retranscrit un rapport du 5 février 2009 du Dr N_____, chirurgien orthopédiste, lequel a retenu que le bilan radiologique montrait une arthrose gléno-humérale avec une atteinte essentiellement du pôle antérieur et inférieur. Il existait également un doute quant à l'état de la coiffe des rotateurs, en raison de l'aspect pseudo paralytique. L'assuré ne pourrait, d'après lui, pas échapper à une prothèse totale de l'épaule, toutefois, il fallait dans un premier temps réaliser un bilan complet avec un arthroscanner pour connaître l'état glénoïdien et tendineux et l'état de la coiffe des rotateurs et du sous-scapulaire.

11. Par rapport du 18 mai 2009, le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et toxine botulique, a retenu qu'il résultait principalement de l'examen clinique une limitation de la mobilité de l'épaule et du majeur gauche, mais pas de déficit neurologique significatif. L'électroneuromyographie du membre supérieur gauche montrait un ralentissement modéré de vitesse de conduction du nerf médian au carpe, sans autre anomalie, et un syndrome du tunnel carpien très

modéré, qui n'était pas présent en 2005 et qui était peu symptomatique. D'après ce médecin, le problème principal de l'assuré se situait au niveau de son épaule, en raison de la nécessité de mettre en place une prothèse.

12. En date du 29 mai 2009, un collaborateur de la SUVA s'est rendu sur le lieu de travail de l'assuré et a pu constater avec quelles machines celui-ci travaillait et quelles pièces il confectionnait. Il a relevé que le bac dans lequel reposait les pièces pesait cinq kilogrammes, au maximum.
13. Dans son appréciation du 4 juin 2009, le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que les divergences concernant la survenue de l'accident n'avaient pas pu être éclaircies au sein de l'entreprise, dans laquelle travaillait l'assuré. De plus, les radiographies réalisées durant le mois de septembre 2008 avaient mis en exergue une importante arthrose gléno-humérale suite à des accidents survenus dans les années 1980 et à une intervention de stabilisation de l'épaule en 1983 notamment. Les radiographies du 11 mars 2009 montraient quant à elles du matériel d'ostéosynthèse en place et une arthrose avec un pincement gléno-huméral et une ostéophythose au bord inférieur de la glène et du bord inféro-interne de la tête humérale, ce qui confirmait l'existence de troubles dégénératifs en relation avec les séquelles de la luxation d'épaule à partir de 1983. La prothèse d'épaule prévue était uniquement rendue nécessaire, d'après lui, en raison des troubles dégénératifs préexistants à la contusion de l'épaule et ne devait en aucun cas être mise à la charge de l'assurance-accidents. En effet, à ce jour, aucune lésion traumatique n'avait pu être identifiée au niveau de l'épaule, suite à la contusion du mois de décembre 2008. De plus, au vu du laps de temps écoulé et de l'absence de tout examen complémentaire, le médecin de la SUVA a considéré que les conséquences délétères de la contusion du mois de décembre 2008 devaient être considérées comme éteintes à six mois, ce d'autant plus que l'examen neurologique du Dr O_____ n'avait mis en évidence aucune atteinte neurologique au niveau de l'épaule gauche.
14. Par décision du 17 juin 2009, la SUVA a mis fin, au 30 juin 2009, à la prise en charge des suites de l'accident du 3 décembre 2008. En effet, les troubles de l'épaule gauche subsistant n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient de nature malade et le statu quo sine devait être considéré comme atteint au plus tard six mois après l'accident.
15. Par courrier du 29 juin 2009, l'assuré, sous la plume du Groupement transfrontalier européen, a formé opposition contre cette décision, dans la mesure où il n'avait pas reçu à ce jour les indemnités journalières pour la période courant du 1^{er} février au 30 juin 2009.
16. Le 15 juillet 2009, l'assuré, représenté par un conseil, a soutenu que les lésions dont il souffrait depuis le 3 décembre 2008 et l'incapacité de travail qui en résultait

étaient en rapport de causalité avec l'accident intervenu ce même jour. Il a transmis à la SUVA un rapport du 4 juillet 2009 du Dr L_____, lequel a établi que dès l'accident de décembre 2008, il existait un aspect pseudo-paralytique hyperalgique de l'épaule gauche avec une mobilité inférieure à 20% de la normale et des douleurs diurnes et nocturnes. Il a également rappelé le contenu du rapport du Dr N_____ du 5 février 2009.

17. Par décision sur opposition du 14 septembre 2009, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, confirmé sa décision du 17 juin 2009 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a en substance considéré que l'appréciation du Dr P_____ du 4 juin 2009 présentait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'aucun document présent au dossier ne permettait de remettre en cause ses conclusions, de sorte que le statu quo sine était atteint le 4 juin 2009 et que la responsabilité de la SUVA n'était plus engagée après le 30 juin 2009.
18. Dans un rapport du 24 septembre 2009, le Dr L_____ a expliqué qu'avant l'accident de décembre 2008, l'assuré pouvait travailler et utiliser son épaule, alors qu'il présentait, depuis lors, une impotence fonctionnelle majeure à ce niveau. L'intervention proposée avait pour but d'une part, la pose d'une prothèse eu égard à l'état de la glène et d'autre part, la réparation des lésions de la coiffe des rotateurs.
19. Le 13 octobre 2009, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision sur opposition de la SUVA du 14 septembre 2009, sollicitant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, l'annulation de la décision sur opposition et la prise en charge illimitée des suites de l'accident, et notamment de la pose d'une prothèse à l'épaule gauche et du versement des indemnités journalières.
20. Par courrier du 9 novembre 2009, la SUVA a informé le Tribunal de céans avoir reconsidéré sa décision, déclarant acquiescer au recours, en ce sens que la décision attaquée était annulée et l'instruction du cas reprise.
21. Par arrêt du 24 novembre 2009 (ATAS/1452/2009), le Tribunal de céans a constaté que le recours était devenu sans objet et a rayé la cause du rôle.
22. La SUVA a alors repris le versement des prestations d'assurance dès le 1^{er} juillet 2009.
23. Par rapport du 29 mars 2010, la Dresse Q_____ a posé le bilan avant arthroscanner. Elle a indiqué qu'il existait, sur la base de la radiographie de l'épaule gauche, une omarthrose assez évoluée avec une ostéophytose exubérante, des remaniements dégénératifs du trochiter avec des calcifications peu denses en projection du tendon sus épineux en faveur d'une tendinopathie calcifiante, une ostéosynthèse de la glène, mais pas de déminéralisation.

24. Dans un rapport subséquent du 31 mars 2010, le Dr R_____ a noté que l'arthrographie de l'épaule gauche ne mettait pas en évidence de fissure ou de rupture sur la coiffe des rotateurs. En revanche, il a retenu la présence d'une omarthrose avec pincement de l'interligne gléno-huméral. L'arthroscanner montrait quant à lui essentiellement une omarthrose avec une minime fissure du sus épineux.
25. Dans une appréciation du 12 avril 2010, le Dr P_____ a retenu que le bilan radiologique actuel confirmait l'absence de toute lésion traumatique, notamment au niveau de la coiffe des rotateurs, et la présence d'une omarthrose dans le cadre de troubles dégénératifs en relation avec les séquelles de luxation à partir de 1983. L'indication opératoire en vue d'une prothèse s'adressait aux troubles dégénératifs préexistants à la contusion de l'épaule et ne concernait pas l'assurance-accidents. Il a ainsi conclu à la confirmation de son appréciation du mois de juin 2009.
26. Par décision du 14 avril 2010, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 30 avril 2010. En effet, son service médical avait confirmé que le statu quo sine était atteint au plus tard six mois après l'accident, de sorte qu'à ce moment-là, les conséquences délétères de la contusion survenue le 3 décembre 2008 étaient éteintes.
27. Le 14 mai 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition à la décision précitée, attendu que la SUVA se basait sur la même argumentation que dans ses décisions précédentes.
28. Par courrier du 23 juin 2010, l'assuré a fait valoir qu'il existait un lien de causalité entre l'accident du 3 décembre 2008 et son incapacité de travail. Il a produit à cet égard un rapport du 16 juin 2010 du Dr L_____, lequel a rappelé que le recourant avait un problème de luxation récidivante de son épaule pour laquelle il avait subi plusieurs interventions chirurgicales. Suite à cette pathologie et aux interventions, il avait développé une omarthrose qui le gênait, mais ne l'empêchait pas d'exercer une activité lucrative. Cette atteinte aurait nécessité, à plus ou moins court terme, une intervention de mise en place d'une prothèse de l'épaule. D'après lui, l'accident du 3 décembre 2008 n'avait effectivement provoqué que peu de lésions, soit une minime fissure du sus épineux, toutefois, il avait engendré une douleur et une impotence de l'épaule. Il a ainsi conclu qu'il existait des troubles préexistants à l'accident ne l'empêchant pas de travailler, mais qui étaient devenus invalidants suite à cet accident et qui nécessitaient une intervention.
29. Dans une appréciation du 2 juillet 2010 (traduction en Français du même jour), le Dr S_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin de la SUVA, a, sur la base des radiographies et du dossier de l'assuré, expliqué que le courrier du Dr L_____ du 16 juin 2010 n'apportait aucun élément nouveau, attendu que ce médecin se contentait d'établir une relation causale purement temporelle (post hoc) sur la base des troubles subjectifs. La minime fissure du sus-épineux évoquée lors

des clichés du 31 mars 2010 était une altération dégénérative fortuitement constatée, sans signification clinique et clairement sans rapport avec l'accident. Sur le plan fonctionnel, la coiffe des rotateurs était intacte. De plus, à l'arthrographie, aucune sortie de produit de contraste n'avait été constatée et la trophie musculaire était bonne. La prothèse d'épaule était uniquement nécessaire en raison de l'arthrose avancée qui préexistait depuis longtemps, suite à une luxation ancienne et aux opérations qui en avaient résulté en 1985 et en 1993. Enfin, il a confirmé que le statu quo sine était atteint, avec une vraisemblance prépondérante au plus tard six mois après la simple contusion du 3 décembre 2008, et ce en l'absence d'une nouvelle lésion structurelle.

30. Par décision sur opposition du 16 juillet 2010, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré du 14 mai 2010 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a en substance estimé que les rapports des médecins de la SUVA étaient convaincants, qu'ils présentaient pleine valeur probante et qu'il n'existait aucun élément concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de leurs conclusions. En outre, l'absence de douleurs alléguées par l'assuré avant l'accident était contredite par les pièces du dossier, et notamment par le fait qu'un bilan radiologique avait été effectué en septembre 2008, de sorte que l'assuré ne saurait prétendre que l'état de santé dégénératif antérieur était asymptotique. Partant, c'était à juste titre qu'il avait été considéré que le statu quo sine était atteint au plus tard six mois après l'événement du 3 décembre 2008 et que la prise en charge de l'intervention à l'épaule avait été refusée.
31. Dans une décision du 2 août 2010, confirmant un projet de décision du 14 juin 2010, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré en date du 12 janvier 2009. Il en ressort notamment que les médecins du Service médical régional AI étaient d'avis que l'activité habituelle de mécanicien en horlogerie ne pouvait plus être exercée, mais que la capacité de travail de l'assuré était entière, dès le 3 décembre 2008, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient l'emploi du membre supérieur gauche, sauf pour les gestes d'appoint, le port de charges et toute activité nécessitant la force de préhension, de serrage ou de frappe avec la main gauche. Le degré d'invalidité retenu était de 15%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente de l'assurance-invalidité. Quant aux mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées, dans la mesure où l'assuré était pris en charge par les services sociaux français.
32. Par acte du 13 septembre 2010, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision sur opposition de la SUVA du 16 juillet 2010, requérant la mise en œuvre d'une expertise, l'annulation de la décision sur opposition, la prise en charge pour une durée indéterminée des suites de l'accident, et notamment des frais de pose d'une prothèse à l'épaule gauche et du versement des indemnités journalières, en raison de son incapacité de travail, et ce

sous suite de dépens. Il a contesté que le statu quo sine ait été atteint. En effet, d'après lui, il y avait lieu de suivre l'appréciation de son médecin, le Dr L_____, lequel a retenu que l'accident du 3 décembre 2008 avait entraîné une pseudoparalysie de son épaule gauche, présentant depuis lors une impotence fonctionnelle et une vraisemblable lésion de la coiffe des rotateurs. Ainsi, même s'il présentait un état préexistant, il était indéniable que les atteintes à la santé, dont il souffrait depuis son accident du 3 décembre 2008 et qui nécessitaient la pose d'une prothèse d'épaule, en étaient une conséquence directe. Partant, l'intimé devait prendre en charge tant la pose de la prothèse que le versement des indemnités journalières.

33. Par réponse du 25 octobre 2010, l'intimée, représentée par un conseil, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 16 juillet 2010. Elle a en substance soutenu que les rapports du médecin d'arrondissement et du Dr S_____, lesquels renaient uniquement des lésions dégénératives, étaient convaincants et qu'ils n'étaient pas remis en cause par ceux du médecin traitant du recourant. Une expertise complémentaire n'était ainsi pas nécessaire.
34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).
3. L'objet du recours porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 30 avril 2010. Il s'agira de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant à ce moment-là et l'événement du 3 décembre 2008.
4. a) 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.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

b/aa) 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b/bb) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement

avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). 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 (cf. not. 8C_552/2007 du 17 février 2008 consid. 2).

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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b/cc) 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 consid. 2 et la référence), 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 264 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004).

c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

5. 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 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2).

b) Selon le 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) 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. Ainsi, 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Le recourant soutient que ses troubles actuels sont toujours en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2008, ce qui est nié par l'intimée.
7. a) En l'espèce, pour supprimer le droit du recourant aux prestations dès le 30 avril 2010, l'intimée s'est essentiellement fondée sur les rapports du Dr P_____. Celui-ci a retenu, dans son appréciation du 4 juin 2009, qu'aucune lésion traumatique n'avait pu être identifiée au niveau de l'épaule gauche suite à l'événement traumatique du 3 décembre 2008. De plus, eu égard notamment au laps de temps écoulé depuis lors et de l'absence d'atteinte neurologique mise en évidence par le Dr O_____, il a estimé que s'agissant de la contusion de l'épaule gauche, le statu quo sine avait été atteint, au plus tard six mois après l'événement du 3 décembre 2008. En outre, suite aux radiographie, arthrographie et arthroscanner effectués au mois de mars 2010, ce médecin a confirmé ses conclusions par rapport du 12 avril 2010. Il est vrai que l'analyse du médecin d'arrondissement de l'intimé est succincte, toutefois, elle se fonde sur le dossier médical du recourant, lequel comprend tous les éléments permettant de se prononcer sur le lien de causalité. En effet, ce médecin s'est basé sur les divers rapports du Dr L_____, sur l'expertise du Dr M_____ du 21 mars 2009, sur le rapport médical du Dr O_____ du 18 mai 2009 ainsi que sur les résultats des examens radiologiques effectués durant les mois de septembre 2008, mars 2009 et mars 2010, lesquels n'avaient révélés aucune lésion traumatique, mais uniquement des troubles dégénératifs. De plus, l'évolution des plaintes du recourant, lesquelles résultent essentiellement des rapports du Dr L_____, a également été prise en considération par le Dr P_____. Enfin, celui-ci s'est clairement exprimé sur le lien de causalité naturelle et ses explications concernant la description et les interférences médicales sont suffisantes pour apprécier la situation du recourant. Ses rapports répondent dès lors aux exigences permettant de leur reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence.

On ajoutera qu'au regard de la jurisprudence (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d), le Dr P_____ pouvait renoncer à examiner l'assuré personnellement puisque le dossier de ce dernier comportait suffisamment de rapports médicaux établis sur la base d'examens cliniques.

- b) Les rapports du Dr P_____ sont corroborés par l'appréciation du 2 juillet 2010 du Dr S_____, qui a estimé que le statu quo sine était atteint, avec une vraisemblance prépondérante, au plus tard six mois après la simple contusion du 3 décembre 2008, et ce en l'absence de nouvelle lésion structurelle. De plus, la prothèse d'épaule était, d'après lui, uniquement nécessaire en raison de l'arthrose avancée préexistante due à une luxation ancienne et aux opérations, qui en ont résulté.

En outre, il sied de relever que les conclusions du rapport d'expertise du Dr M_____ viennent également confirmer celles du Dr P_____. En effet, il a clairement conclu que certes les suites directes de l'événement du 3 décembre 2008 devaient être prises en charge par l'assureur-accidents, mais que la prothèse de l'épaule gauche devait être posée en raison d'un état dégénératif évolué, lequel résultait des suites des luxations récidivantes existantes depuis les années 1983 à 1985, et non en raison des suites accidentelles de décembre 2008.

c) Le recourant fait valoir que les rapports de son médecin traitant, le Dr L_____, permettent de douter du bien-fondé des conclusions du Dr P_____. En effet, le Dr L_____ a retenu que l'accident avait entraîné une pseudoparalysie de son épaule gauche, laquelle présentait depuis lors une impotence fonctionnelle et une vraisemblable lésion de la coiffe des rotateurs. A cet égard, on peut relever que l'arthrographie, réalisée en date du 31 mars 2010, n'a pas mis en évidence de fissure ou de rupture sur la coiffe des rotateurs. En outre, dans son dernier rapport daté 16 juin 2010, le Dr L_____ soutient finalement que l'accident de décembre 2008 n'avait provoqué que peu de lésions, soit uniquement une minime fissure du sus épineux, laquelle nécessitait la mise en place d'une prothèse de l'épaule. Toutefois, il convient de remarquer qu'avant même la découverte de cette fissure, les médecins s'accordaient pour poser l'indication d'une prothèse de l'épaule, et ce en raison des importants troubles dégénératifs dont souffrait le recourant. Qui plus est, le Dr S_____ s'est exprimé à ce sujet, en expliquant que la fissure était une altération dégénérative fortuitement constatée sans signification clinique et sans rapport avec l'accident. Enfin, le fait que le médecin traitant du recourant conclut que les troubles préexistants étaient devenus invalidants après l'accident, sans toutefois motiver son point de vue, revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Eu égard à ce qui précède, les éléments ressortant des rapports du Dr L_____ ne sauraient remettre en cause les conclusions convaincantes du Dr P_____.

d) Ainsi, il y a lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les troubles présentés par le recourant postérieurement au 30 juin 2009 ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 3 décembre 2008.

Au demeurant, au vu des rapports convaincants des médecins de la SUVA, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise comme le réclame le recourant (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les arrêts cités).

8. Pour le surplus, le rapport de causalité naturelle ayant été nié, il n'y pas lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant au-delà du 30 juin 2009 et l'événement de décembre 2008.
9. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à des prestations d'assurance dès le 30 avril 2010.

Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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