
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1984, associé-gérant de la société B_____ SARL, travaille comme directeur auprès de cette société, aux Avanchets (GE). Il est assuré à ce titre auprès d'AXA Assurances SA (ci-après : AXA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels, de même que pour perte de gain en cas d'accident.
2. En février 2009, lors d'un match de football, l'assuré avait subi une luxation antéro-inférieure de l'épaule droite, avec fracture de la clavicule, accident que la SUVA avait pris en charge.
3. Le 30 mai 2016 vers 10h, lors du déplacement d'un lave-linge de dessus un autre lave-linge sur un troisième jouxtant ce dernier, en présence d'un collaborateur, Monsieur C_____, l'assuré a ressenti une forte douleur à son épaule droite, pour laquelle il est allé consulter le jour même le Dr D_____.

Ce dernier, dans un rapport du 2 janvier 2017 à AXA relatif à l'événement du 30 mai 2016, écrira, au titre des indications de la personne accidentée, que lors d'un plongeon comme gardien de but au football, l'assuré avait eu des douleurs violentes à l'épaule droite, fera mention, sous la rubrique « Séquelles de maladies ou d'accidents », d'une luxation antéro-inférieure (arthro-IRM février 2009), notera, au titre de ses constatations, « pas d'impotence, douleurs et appréhension à la RE (= rotation extérieure) épaule dr (= droite) », posera le diagnostic provisoire de séquelles de luxation antéro-inférieure de l'épaule droite, répondra « oui » à la question de savoir si l'assuré avait déjà souffert auparavant de troubles similaires, et précisera que, pour le traitement, il avait adressé l'assuré au docteur E_____, chirurgien orthopédiste FMH, « en principe pour opération ».

4. Le 6 juin 2016, le docteur F_____, radiologue FMH, a effectué une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré « à la recherche d'une aggravation de lésion du bourrelet », et l'a comparée à celle du 2 février 2009. En conclusion de son rapport du même jour au Dr D_____, il a retenu des séquelles de luxation antéro-inférieure de la tête humérale, avec notamment une lésion de Bankart (étendue au labrum inférieur), qui s'était péjorée par rapport à l'examen précédent de février 2009.
5. Sur la base des indications fournies par l'assuré, B_____ Sàrl a adressé à AXA, le 13 juin 2016, une déclaration d'accident expliquant, au titre de la description du sinistre, qu'« en soulevant un appareil d'électroménager il y (avait) eu un déboitement d'épaule qui justifi(ait) une intervention ». L'assuré n'était pas en arrêt de travail, mais une intervention était programmée pour la fin juin 2016 « car (il) ne (pouvait) lever l'épaule ».
6. Le 16 juin 2016, l'assuré a consulté le Dr E_____, qui l'opérera le 28 juillet 2016, à savoir procédera par arthroscopie à la « réinsertion du labrum antéro-inférieur selon Bankart » et au « débridement de la lésion cartilagineuse antérieurement de la glène ».

Dans un rapport du 30 août 2016 à AXA relatif à l'événement du 30 mai 2016, le Dr E_____ écrira, au titre des indications de la personne assurée, « En portant machine à laver douleur subite à l'épaule dr », et se référera, s'agissant de ses constatations et du diagnostic, à la copie jointe de son rapport opératoire, faisant mention à ce titre d'une lésion de Bankart de l'épaule droite, d'une lésion cartilagineuse de grade IV de la partie antérieure de la glène et d'une lésion SLAP de grade I.

7. Dans l'intervalle, le 22 juillet 2016, l'assuré avait donné suite à une demande d'AXA de lui retourner dûment remplis deux questionnaires, portant l'un sur le déroulement de l'accident et l'autre sur l'accident de février 2009.

Dans le premier, l'assuré a précisé qu'il déplaçait un lave-linge emballé et qu'il s'était déboîté/luxé l'épaule, lors d'une activité habituelle et quotidienne, sans qu'un « fait inhabituel ou imprévu (p. ex. une glissade ou une chute) » ait « contribué à l'évènement » ; celui-ci s'était produit en présence de M. C_____ ; les douleurs s'étaient manifestées tout de suite ; l'assuré avait continué à exercer son travail, mais sans manipuler d'autres appareils ; le premier médecin l'ayant traité était le Dr D_____ ; le traitement n'était pas terminé ; l'assuré serait opéré le 28 juillet 2016 à la clinique des Grangettes.

Dans le second questionnaire, l'assuré a indiqué qu'en février 2009 il s'était déboîté l'épaule droite pendant un match de football, lors duquel il s'était aussi cassé la clavicule ; il avait été soigné par le Dr D_____.

8. Le 26 juillet 2016, AXA a refusé de délivrer une garantie de prise en charge des frais d'hôpital pour l'opération précitée qu'il allait subir à la clinique des Grangettes, avec entrée à l'hôpital le lendemain. Une décision allait être rendue. Il appartenait à la SUVA de statuer.
9. Par décision du même 26 juillet 2016, relevant que selon l'assuré lui-même aucun fait inhabituel ou imprévu n'avait contribué à l'évènement du 30 mai 2016, AXA a retenu que ce dernier ne constituait ni un accident, ni une lésion assimilée à un accident faute de risque de lésion accru lié au mouvement du corps qu'il y avait eu. Il n'existait dès lors aucun droit à des prestations au titre de l'assurance-accidents obligatoire. Copie de cette décision était envoyée à la SUVA.
10. Par recommandé du 28 août 2016, désormais représenté par un avocat, l'assuré a formé opposition à cette décision. Au niveau des faits, il a indiqué que lorsqu'il avait poussé le lave-linge sur un autre appareil, une partie de l'emballage s'était déchirée sur le côté droit, si bien qu'il avait perdu son appui droit et que son bras était allé brusquement vers l'avant ; il avait immédiatement ressenti une forte douleur à l'épaule droite. Cette explication était illustrée par un croquis montrant quelqu'un les bras tendus vers un lave-linge posé sur un autre et devant être déplacé vers la droite sur un autre lave-linge. AXA avait accepté de prendre en charge les frais de l'opération du 28 juillet 2016, mais s'était ravisée deux jours avant cette date, contraignant l'assuré à prendre en charge l'entier des frais liés à l'accident. Il

n'y avait aucun lien entre la fracture de la clavicule qu'il avait subie en 2009 et l'accident du 30 mai 2016. Il y avait eu un facteur extérieur de caractère extraordinaire, réalisé par le fait que l'emballage du lave-linge s'était brisé ; il y avait eu un accident au sens de la loi. Subsidiairement, la lésion considérée constituait une lésion assimilée à un accident en raison d'un risque de lésion accru inhérent au geste de déplacement d'appareils ménagers, requérant une sollicitation du corps élevée physiologiquement et psychologiquement. AXA était tenue de verser des prestations pour l'évènement du 30 mai 2016.

11. L'assuré a eu le 28 septembre 2016 un entretien avec un collaborateur de la SUVA. À teneur du compte-rendu de cet entretien, lors de son accident de février 2009 pris en charge par la SUVA, l'assuré avait atterri sur son coude droit en plongeant comme gardien de but et son épaule s'était déboîtée vers le haut et sa clavicule s'était rompue ; son épaule s'était remise en place spontanément ; cet accident n'avait laissé aucune séquelle ; l'assuré avait depuis lors pratiqué du sport et déchargé des camions sans jamais ressentir de douleur ou de gêne au niveau de son épaule droite. Le 30 mai 2016, il déplaçait un lave-linge qui reposait sur un autre lave-linge lorsque le sagex latéral s'était rompu, ce qui lui avait occasionné un violent mouvement vers l'avant lors duquel il avait ressenti une violente douleur dans son épaule droite ; le formulaire qu'il avait retourné à AXA, ne comportant pas cette précision, avait été rempli dans l'urgence, pendant ses heures de travail entre diverses tâches, après des échanges de courriels et de téléphone avec la collaboratrice d'AXA remplaçant la personne en charge du dossier ; l'assuré avait répondu par la négative aux questions qui lui avaient été posées, en particulier à celle relative à l'existence d'un fait inhabituel ou imprévu qui aurait contribué à l'évènement du 30 mai 2016. Son assureur perte de gain accident était AXA et son assureur-maladie était ASSURA (pour l'assurance obligatoire des soins). L'assuré avait accepté de se faire opérer à la clinique des Grangettes, parce qu'il avait reçu la confirmation téléphonique d'AXA que celle-ci prendrait l'opération en charge, mais AXA l'avait avisé deux jours avant l'opération qu'elle ne la prendrait pas en charge.

La SUVA a écrit le 17 octobre 2016 à l'assuré que les troubles de l'épaule droite qu'il lui avait signalés suite à l'évènement du 30 mai 2016 n'étaient pas couverts par la SUVA mais pas son « assureur-accident actuel ».

12. Par décision sur opposition du 27 octobre 2016, AXA a rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision initiale précitée et dit qu'un éventuel recours contre sa décision n'aurait pas d'effet suspensif. Il ne pouvait être tenu compte de l'explication que l'assuré avait donnée pour la première fois dans son opposition quant au déroulement de l'évènement du 30 mai 2016 (déchirure de l'emballage du lave-linge au cours de son déplacement, avec l'effet d'un brusque mouvement du bras droit vers l'avant) ; il devait être retenu, conformément aux précédentes versions des faits données par l'assuré, que celui-ci avait ressenti une violente douleur à l'épaule droite en « déplaçant (poussant) un lave-linge emballé sur un

autre appareil situé à côté du précédent ». Il n'y avait pas eu de cause extérieure extraordinaire, ce qualificatif-ci se rapportant non à l'effet du facteur extérieur ayant provoqué l'atteinte dommageable mais audit facteur lui-même. Il n'y avait pas non plus de lésion assimilée légalement à un accident, d'une part faute de circonstance impliquant un risque de lésion accru inhérent au mouvement consistant à déplacer (pousser) le lave-linge emballé sur un autre appareil situé à côté de ce dernier, et d'autre part faute pour une lésion de Bankart, qui est une atteinte du bourrelet glénoïdien (labrum), soit d'un fibrocartilage s'insérant sur le pourtour de la cavité glénoïdale, de figurer sur la liste exhaustive des lésions assimilées légalement à un accident. C'était à bon droit que les prestations d'assurance avaient été refusées.

13. Par acte du 28 novembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision sur opposition, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'AXA devait prendre à sa charge l'entier des prestations d'assureur-accidents consécutivement à l'évènement du 30 mai 2016.

L'explication que l'assuré avait donnée dans son opposition quant au déroulement des faits devait être retenue, étant au bénéfice d'une présomption de vraisemblance et les questions auxquelles il avait répondu par la négative n'ayant pas été accompagnées de commentaires suffisants. C'était bien un accident qui était survenu, ayant comporté un facteur extérieur de caractère extraordinaire, dès lors que le mouvement brusque vers l'avant du bras ayant occasionné l'atteinte dommageable avait été provoqué par la déchirure de l'emballage du lave-linge. Si tel n'était pas le cas, il faudrait admettre que la lésion occasionnée par l'évènement du 30 mai 2016 constituait une lésion assimilée légalement à un accident, du fait du changement de position du corps survenu de manière incontrôlée sous l'influence d'un phénomène extérieur, à savoir la déchirure de l'emballage du lave-linge.

Au nombre des pièces jointes au recours figurait une attestation manuscrite de M. C_____ du 28 novembre 2016, certifiant que l'assuré avait eu une forte douleur au bras droit suite à une manipulation du stock dans la matinée du 30 mai 2016 dans le dépôt du magasin, en sa présence ; l'assuré, qui l'aidait à préparer le matériel destiné à la livraison, avait « déplacé un lave-linge se trouvant en hauteur afin de libérer celui en-dessous. Une partie de l'emballage (s'était) rompu quand il l'a(vait) poussé. »

14. Par mémoire de réponse du 13 janvier 2017, AXA a conclu au rejet du recours.

Le questionnaire que l'assuré avait rempli commentait suffisamment la question n° 5, à laquelle il avait répondu « non », de savoir si un fait inhabituel ou imprévu avait contribué à l'évènement en précisant « p. ex. une glissade ou une chute » ; l'assureur-accidents n'avait pas à l'inviter à être plus précis dans ses explications ; il était dans l'ordre des choses que l'assuré évoque d'emblée l'évènement extraordinaire de la déchirure de l'emballage du lave-linge s'il s'était réellement

produit ; le Dr E_____ n'avait pas même parlé d'un évènement accidentel dans son rapport du 30 août 2016 relatif à la première consultation de l'assuré. L'attestation produite par M. C_____ ne pouvait pas être retenue, ayant été établie bien après l'évènement. Il fallait s'en tenir à la version donnée par l'assuré en réponse au questionnaire précité. Il s'ensuivait que l'évènement du 30 mai 2016 ne constituait pas un accident et qu'il n'y avait pas eu de risque de lésion accru lié au mouvement de déplacement du lave-linge. La lésion diagnostiquée n'entraînait pas dans le catalogue des lésions assimilées légalement à un accident. Le Dr D_____ avait posé le diagnostic de séquelle de luxation antéro-inférieure de l'épaule droite, soit de celui déjà connu en 2009 ; l'indication pour procéder à une arthro-IRM avait été la recherche d'une aggravation de lésion du bourrelet ; le rapport relatif à ladite arthro-IRM avait conclu à des séquelles de luxation antéro-inférieure de la tête humérale, avec notamment une lésion de Bankart (étendue au labrum inférieur), qui s'était péjorée par rapport à l'examen précédent de février 2009.

AXA a produit, à l'appui de son écriture, un avis du 11 janvier 2017 de son médecin-conseil, le docteur G_____, qui excluait l'existence de lésions récentes qui auraient pu être rattachées à l'évènement du 30 mai 2016 et niait aussi que les diagnostics retenus par le Dr E_____ figuraient sur la liste des lésions assimilées légalement à un accident.

Il n'y avait pas lieu de procéder à des actes d'instruction.

15. Par réplique du 22 février 2017, l'assuré a objecté que le rapport du Dr D_____ du 2 janvier 2017 décrivait erronément l'accident de février 2009 au lieu de celui du 30 mai 2016, contrairement au rapport du 30 août 2016 du Dr E_____. Aucun de ces médecins n'évoquait une rechute de l'accident de février 2009. AXA n'avait pas entendu M. C_____, dont la présence lors de l'évènement du 30 mai 2016 était mentionnée dans les réponses à son questionnaire. Il fallait l'entendre. L'assuré persistait dans les conclusions de son recours.
16. Par duplique du 9 mars 2017, AXA a relevé que le rapport du Dr D_____ du 2 janvier 2017 mentionnait l'accident de 2009 parce que celui-ci représentait pour ledit médecin la cause essentielle des maux de l'assuré, et que le rapport du 30 août 2016 dudit médecin (recte : du Dr E_____) signalait que la douleur à l'épaule droite était survenue « en portant une machine à laver », sans évoquer de circonstances « accidentelles ». L'audition de M. C_____ ne serait pas utile, AXA ayant retenu la version donnée par l'assuré pour se prononcer sur son devoir d'indemnisation.
17. Dans des observations du 31 mars 2017, l'assuré a rappelé qu'entre l'évènement de 2009 et celui de 2016, il n'avait ressenti aucune douleur à l'épaule ; on pouvait exclure tout lien de connexité entre ces deux évènements ; celui de 2009 et les symptômes alors ressentis avaient été utilisés par les médecins à titre comparatif. L'assuré a produit un courrier du Dr E_____ du 31 mars 2017, aux termes duquel les douleurs ressenties par l'assuré en mai 2016 et ayant motivé une chirurgie

réparatrice le 28 juillet 2016 étaient dues essentiellement à un traumatisme en abduction et rotation externe de l'épaule droite en portant une machine à laver le 23 (recte : 30) mai 2016, traumatisme sans état dégénératif ancien et préexistant même si l'assuré avait présenté en 2009 une fracture de la clavicule droite ; l'épaule était devenue symptomatique après ce traumatisme.

18. Par courrier du 10 avril 2017, AXA a fait remarquer que le dossier parlait de lésions préexistantes (fracture de la clavicule et luxation antéro-inférieure avec lésion de Bankart et de Hill-Sachs en 2009, chondropathie de grade IV de la partie antérieure de la glène humérale correspondant à une omarthrose post-traumatique débutante) et qu'il n'appartient pas au médecin traitant de qualifier juridiquement un évènement.
19. Cette écriture spontanée a été communiquée à l'assuré.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition par laquelle l'assureur-accidents confirme son refus de fournir des prestations au sens de la LAA pour l'évènement du 30 mai 2016.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Déposé le lundi 28 novembre 2016 contre une décision sur opposition du 27 octobre 2016, reçue le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile (art. 38 al. 3 et 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. 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. 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 50 ss). S'ils le sont, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. La condition du facteur extérieur est réalisée lorsqu'une cause externe et non interne au corps humain s'est manifestée (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; 134 V 72 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, op. cit., n. 74).

Quant à lui, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement

(ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, op. cit., n 82 ss). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

c. Certaines atteintes à la santé sont susceptibles de constituer un accident à des conditions moins restrictives qu'à teneur de la définition légale précitée de la notion d'accident, de par la volonté du législateur, qui a voulu éviter, au profit des assurés, que doive être faite la distinction, souvent délicate pour ce genre d'atteintes, entre accident et maladie (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, op. cit., n. 145 ss). En effet, jusqu'au 31 décembre 2016, en vertu d'une délégation de compétence figurant à l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a assimilé à un accident – donc inclus dans l'assurance-accidents – les lésions corporelles suivantes, énumérées exhaustivement alors à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, et même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan. L'art. 6 al. 2 LAA a été modifié le 25 septembre 2015, dès le 1^{er} janvier 2017 (RO 2016 4375 ; FF 2008 4877, 2014 7691), et l'art. 9 al. 2 OLAA précité abrogé le 9 novembre 2016 dès le 1^{er} janvier 2017 (RO 2016 4393). L'art. 6 al. 2 LAA prévoit, encore plus largement, que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les mêmes lésions corporelles que celles figurant antérieurement à l'art. 9 al. 2 OLAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, à savoir : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan. La liste des art. 9 al. 2 OLAA, respectivement du nouvel art. 6 al. 2 LAA, est exhaustive (ATF 114 V 298 consid. 3d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, op. cit., n. 147).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'occurrence, les faits déterminants se sont produits avant l'entrée en vigueur de ce nouvel art. 6 al. 2 LAA. C'est donc au regard de la loi et de la jurisprudence applicables jusqu'au 31 décembre 2016 que le litige doit être tranché en tant qu'il porte sur l'existence d'une lésions assimilée à un accident. Jusqu'au 31 décembre 2016, les conditions d'octroi des prestations en

cas de lésions corporelles assimilées à un accident exigeaient qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident fussent réalisées. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés étaient à la charge de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2016 du 14 mars 2017).

d. En vertu de l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

3. a. En l'espèce, il y a litige sur le déroulement même des faits, que le recourant a décrits dans ses premières déclarations comme n'ayant pas comporté un caractère extraordinaire – puisque, selon ses propres dires, il s'était déboîté/luxé l'épaule en déplaçant un lave-linge emballé, à l'occasion d'une activité habituelle et quotidienne, sans qu'un fait inhabituel ou imprévu ait contribué à l'évènement –, avant d'ajouter, pour la première fois au stade de son opposition à la décision initiale de l'intimée, que lorsqu'il avait poussé le lave-linge sur un autre appareil, une partie de l'emballage s'était déchirée sur le côté droit, si bien qu'il avait perdu son appui droit et que son bras était allé brusquement vers l'avant. L'intimée estime que seule la version correspondant aux premières déclarations du recourant peut et doit être retenue comme l'expression des faits s'étant produits.

b. C'est une question d'établissement des faits pertinents, pour laquelle il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b/aa. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF /

Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b ; 103 V 175 consid. a p. 176).

b/bb. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.).

b/cc. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., 2015, n. 81 ss).

c. Dans l'application de ces principes, s'agissant en particulier de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, il faut tenir compte que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance, mais qu'en présence de déclarations successives contradictoires, il convient en règle générale de donner la préférence aux premières déclarations faites par l'assuré, alors que celui-ci n'était pas conscient des conséquences juridiques qu'elles auraient, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures influencées par de telles conséquences juridiques

(ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 ; U 267/01 du 4 juin 2001 consid. 2a ; Anna-Katharina PANTLI / Ueli KIESER / Volker PRIBNOW, Die “Aussage der ersten Stunde“ im Schadenausgleichsrecht – und die Mangelhaftigkeit ihrer Aufzeichnung, in PJA 2000 p. 1195 ss).

Il a déjà été jugé que, dans la mesure où l'assureur-accidents a établi les faits pertinents de façon détaillée au moyen d'un questionnaire, des compléments décisifs donnés par l'assuré seulement après avoir reçu une décision de refus motivée n'apparaissent pas convaincants s'il ne s'explique pas qu'ils n'ont pas été mentionnés avant l'opposition à cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3). Encore faut-il que le questionnaire utilisé par l'assureur-accidents ne soit pas ambigu, comporte au besoin des commentaires explicatifs suffisants en regard de questions déterminantes, et voir si la version complémentaire fournie par l'assuré est corroborée par des constatations médicales fiables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4).

4. a. En l'espèce, pour qu'un accident puisse être retenu comme cause de l'atteinte dommageable subie par le recourant, il est déterminant de savoir si l'emballage du lave-linge déplacé s'est le cas échéant déchiré du côté droit au cours de la manœuvre de déplacement de cet appareil électroménager, au point que le recourant a subitement perdu son appui et que son bras droit a subi un brusque et violent mouvement vers l'avant.

Ce fait est décisif d'un point de vue juridique. Force est d'ajouter qu'il doit apparaître comme saillant et important pour toute personne appelée à décrire la survenance de l'évènement, soit en premier lieu pour celle qui l'a le cas échéant vécu dans sa chair et requiert des prestations d'assurance (à savoir l'assuré), mais aussi pour celle qui en a été témoin ou encore pour celle qui a été consultée comme médecin pour traiter l'atteinte à la santé à la survenance de laquelle ce fait a contribué. Il est logique que toutes ces personnes le mentionnent spontanément et explicitement à l'adresse de l'assureur-accidents, que ce soit, respectivement, la personne assurée dans la déclaration d'accident ou au moins en réponse à des questions plus précises sur le déroulement des faits que l'assureur lui pose, ou un témoin invité à décrire les faits, ou les médecins consultés appelés à remplir un rapport à l'intention dudit assureur, médecins dont il n'est pas imaginable que, pour bien exercer leur travail, ils ne se seraient pas enquis du déroulement de l'évènement lors duquel l'atteinte à la santé s'était manifestée.

- b. Or, le recourant n'a fait nulle mention de ce fait non seulement dans la déclaration d'accident que son employeur – sous sa responsabilité d'associé-gérant et directeur – sinon lui-même a adressée à l'intimée le 13 juin 2016 sur la base de ses indications, se contentant qu'y soit indiqué qu'«en soulevant un appareil d'électroménager il y (avait) eu un déboitement d'épaule qui justifi(ait) une intervention », mais aussi et surtout dans ses réponses du 22 juillet 2016 aux

questions libellées de façon pourtant précise dans le questionnaire de l'intimée. Alors qu'il était prié, à teneur dudit questionnaire, de « décrire en détail le déroulement de l'évènement », de « signaler tout incident particulier », si possible d'« esquisser un croquis » (question n° 2), il a indiqué qu'il « déplaçait un lave-linge emballé et s'était déboîté/luxé l'épaule » ; à la question n° 3 relative à l'activité qu'il pratiquait au moment de l'évènement, il a précisé, en entourant les mots pré-imprimés « oui » et « quotidienne », qu'il s'agissait d'une activité « habituelle » et « quotidienne » ; et il a répondu « non » à la question n° 5 de savoir si un fait inhabituel ou imprévu avait contribué à l'évènement, étant ajouté que cette question était accompagnée des mots « p. ex. une glissade ou une chute » (conçus et présentés manifestement comme donnant des exemples de faits inhabituels ou imprévus, donc pas comme des cas exhaustifs). Il sied d'ajouter que s'il n'a alors pas transmis de croquis explicatif à l'intimé, celui qu'il a joint à son opposition, le 28 août 2016, postérieurement au refus de l'intimée de prendre en charge ledit évènement (en particulier l'opération prévue pour le surlendemain), ne mentionne ni n'illustre d'une quelconque façon une déchirure d'emballage du lave-linge à déplacer, mais montre uniquement quelque un les bras tendus vers un lave-linge posé sur un autre et devant être déplacé vers la droite sur un autre lave-linge, mouvement qu'expriment une flèche horizontale, cinq petits points au-dessus de ce troisième lave-linge et les mots « déplacement de la machine vers la droite ». Quant au fait d'avoir répondu dans l'urgence au questionnaire précité de l'intimée, il ne justifie pas de n'avoir pas fait mention de la prétendue déchirure de l'emballage du lave-linge à déplacer ; les courriels échangés dans ce contexte entre le recourant et la collaboratrice de l'intimée ne fournissent pas d'éléments ne rendant même que probable que le recourant aurait été dissuadé de mentionner un tel fait ni qu'il en aurait fait mention lors d'un téléphone avec ladite collaboratrice.

c. Sans doute l'attestation manuscrite de celui qui dit avoir été témoin de l'évènement, établie le 28 novembre 2016 (soit cinq mois après les faits et, surtout, à la demande du recourant), indique-t-elle qu'une « partie de l'emballage (s'était) rompu quand (le recourant l'avait) poussé ». Seule une faible force probante peut cependant être reconnue à cette attestation, sans qu'un témoignage en justice de son auteur ou signataire ne puisse la renforcer suffisamment (d'autant plus s'agissant d'un collaborateur du recourant) pour que la version présentée par le recourant tardivement et en connaissance des conséquences de ses premières déclarations puisse se voir accorder le crédit de la vraisemblance prépondérante. Le sensible amoindrissement de la force probante des déclarations d'un assuré postérieures à un refus motivé de prestations lié à ses premières déclarations doit aussi s'appliquer aux déclarations d'un tel témoin, pour les mêmes motifs qu'elles risquent trop d'être influencées par la connaissance de leur portée juridique décisive (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 30 janvier 1984, publié dans l'annexe au rapport annuel de la CNA 1984, n° 6, cité par l'intimée). Du moins faut-il en l'occurrence écarter un tel témoignage compte tenu des premières déclarations susrappelées du

recourant lui-même, ainsi que des observations que les médecins ont fait figurer dans leurs rapports respectifs.

d. Sans doute le Dr D_____, ayant ausculté le recourant le jour même de l'évènement, paraît-il avoir décrit par inadvertance l'accident de février 2009 plutôt que l'évènement du 30 mai 2016 dans son rapport du 2 janvier 2017 à l'intimée, à la main sur un formulaire pré-imprimé de ce dernier intitulé « Accident : premier certificat médical LAA. Évènement du 30 mai 2016 ». Il n'empêche que ledit médecin – dans ce rapport et bien concernant cet évènement-ci – n'a pas fait mention d'un violent mouvement vers l'avant du bras droit du recourant à la suite d'une déchirure de l'emballage de l'appareil électroménager que celui-ci déplaçait et l'ayant brusquement privé d'appui, mais qu'il a posé, le jour même de celui-ci, le diagnostic certes provisoire de séquelle de luxation antéro-inférieure, a noté, au titre de ses constatations, l'absence d'impotence mais des douleurs et une appréhension à la rotation extérieure de l'épaule droite, et qu'il avait adressé le recourant à un radiologue avec l'indication d'une recherche d'une aggravation de lésion du bourselet.

Quant à lui, dans son rapport du 30 août 2016 relatif à sa première consultation du recourant, remontant au 16 juin 2016, le Dr E_____ n'a pas non plus évoqué un brusque mouvement du bras vers l'avant consécutivement à une déchirure d'emballage, mais a simplement indiqué « En portant machine à laver douleur subite à l'épaule dr ».

Au surplus – indépendamment du motif qu'il a tiré de l'action vulnérante de l'évènement du 30 mai 2016 (sur la base de la version des faits retenue par l'intimée), impropre à entraîner une luxation antéro-inférieure récidivante de l'épaule, alors qu'un simple effort ordinaire en antépulsion suffisait pour réactiver des douleurs liées à des troubles dégénératifs anciens de l'épaule, de nature traumatique ou dégénérative –, l'évaluation médicale faite par le médecin-conseil de l'intimée tend à corroborer la version des faits correspondant aux premières déclarations du recourant, en tant que cette version suffisait à expliquer l'atteinte à la santé présentée à la suite dudit évènement, à savoir un évènement ordinaire n'ayant fait que révéler un état pathologique préexistant, sans causer de lésions anatomiques supplémentaires. Ces autres motifs que le mouvement lui-même du corps du recourant sont des antécédents de traumatisme grave de l'épaule droite en 2009 avec fracture de la clavicule et luxation antéro-inférieure avec lésion de Bankart et de Hill-Sachs, la présence de chondropathie de grade IV de la partie antérieure de la glène humérale correspondant à une omarthrose post-traumatique débutante, l'absence d'impotence fonctionnelle à la suite de l'évènement du 30 mai 2016, l'absence de lésions traumatiques fraîches décrites dans le rapport d'arthro-IRM du 6 juin 2016 (montrant essentiellement les mêmes lésions qu'en 2009, auxquelles s'étaient ajoutés des troubles dégénératifs, notamment cartilagineux), et l'absence de mention d'une quelconque lésion traumatique récente dans le rapport opératoire du 28 juillet 2016.

- e. Au regard de l'ensemble de ces considérations, l'intimée était en droit de retenir que les faits pertinents, au degré de la vraisemblance prépondérante, tenaient dans un mouvement du corps ayant consisté à déplacer (pousser) un lave-linge emballé sur un autre appareil électroménager situé à côté du précédent, même en devant le soulever un peu, donc à ne pas retenir l'hypothèse de la rupture de l'emballage de l'appareil, hypothèse qui n'est au mieux qu'une possibilité non susceptible d'être établie de façon convaincante par l'administration de preuves, en particulier celles requises par le recourant (à savoir l'audition du collaborateur du recourant ayant écrit avoir été présent lors de l'évènement et des deux médecins précités).
5. Force est d'en conclure que le facteur extérieur survenu lors de l'évènement du 30 mai 2016 n'a pas revêtu un caractère extraordinaire, et donc n'a pas constitué un accident au sens de la loi. L'effort qu'a dû produire le recourant pour effectuer ledit déplacement de cet appareil électroménager ne peut être considéré comme extraordinaire pour le recourant, au demeurant à teneur mêmes de ses propres déclarations.
6. a. Cette absence de caractère extraordinaire du facteur extérieur n'exonérerait pas l'intimée de son devoir de prêter s'il fallait admettre l'existence d'une lésion légalement assimilée à un accident.
- b. Or, le mouvement du corps qui a été requis pour déplacer ledit appareil (même en devant le soulever un peu) d'un lave-linge sur un autre jouxtant ce dernier ne comportait pas de risque de lésion accru, ainsi que l'illustrent les exemples jurisprudentiels cités par l'intimée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_665/2010 du 10 janvier 2011 consid. 3.4 concernant le lancement d'un sac de 15 à 20 kg dans un camion par un manutentionnaire ; ATAS/521/2016 du 27 juin 2016 consid. 8 s'agissant d'une prise d'amenée au sol par étranglement effectuée sur la personne de l'assuré par un collègue policier lors d'un entraînement d'arts martiaux obligatoire dans la profession ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.3 concernant un mouvement de rotation interne dans le vide par une assurée ayant voulu fermer une portière de voiture ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, op. cit., n. 150). L'exigence d'un facteur extérieur n'est donc pas remplie.
- c. Par ailleurs et en tout état, les lésions qui ont été traitées lors de l'arthroscopie du 28 juillet 2016, par « réinsertion du labrum antéro-inférieur selon Blankart » et « débridement de la lésion cartilagineuse antérieurement de la glène » (selon les termes du rapport opératoire), ne constituent pas l'une ou l'autre des lésions assimilées à un accident par l'art. 9 al. 2 OLAA (ni même par l'actuel art. 6 al. 2 LAA, ici inapplicable dans sa teneur actuelle). Comme l'intimée l'a expliqué dans la décision attaquée – au demeurant sans que le recourant ne conteste et même ne discute ce point et n'apporte à ce propos d'éléments médicaux attestant du contraire –, une lésion de Bankart constitue une atteinte du bourrelet glénoïdien, soit du labrum, autrement dit d'un fibrocartilage s'insérant sur le pourtour de la

cavité glénoïdale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 4.3 et jurisprudence citée ; 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3 concernant une déchirure du labrum de la hanche) ; elle ne figure pas sur ladite liste, dont il faut rappeler qu'elle est exhaustive.

d. L'intimée ne saurait donc être tenu à prester en raison d'une lésion assimilée légalement à un accident.

7. Entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté.
8. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à octroyer une indemnité de procédure au recourant (art. 61 let. g LPGA), qui n'en a d'ailleurs pas requis, ni non plus l'intimée en tant qu'assureur social chargé de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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