RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4259/2005 **ATAS/842/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 27 septembre 2006

En la cause

Monsieur C A_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO-ANGHELOPOULO	recourant
contre	
ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise avenue du Bouchet 2, GENEVE	intimée
et	
Caisse-maladie, CSS ASSURANCES, sise rue du Rhône 65, GENEVE	appelée en cause

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C A_____, ressortissant suisse né en septembre 1941, travaille en qualité d'infirmier chef pour l'EMS la Résidence du Jura depuis le 1er septembre 1989. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de l'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après l'assurance). Selon un cahier des charges établi par son employeur le 4 mars 2003, il s'occupe de tâches administratives et de gestion de personnel. Il ne prend pas en charge les soins directs des résidents, mais doit rester disponible pour les équipes de soin comme infirmier-conseil.

2. En date du 21 mars 2001, il a, sur son lieu de travail, retenu une pensionnaire pesant plus de 100 kg qui était en train de tomber de son fauteuil roulant. La déclaration de l'employeur, confirmée par l'assuré, attestait de ce qui suit : "L'assuré, entendant un cri provenant de l'ascenseur, se précipite et arrive à temps pour éviter à l'une de nos pensionnaires de chuter de sa chaise roulante. Il ressent alors une douleur à l'épaule". L'assuré est allé consulter son médecin traitant interniste, le Dr B_____, le lendemain. Suite à cet événement, il a présenté des incapacités de travail variant de 100% à 50%.

3. Sur demande de son médecin, l'assuré s'est soumis à une IRM et à une échographie en date du 29 mars 2001. Le Dr C_____ a diagnostiqué, à l'IRM, une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec tendinite du sous-épineux, une rupture complète du sus-épineux avec un diastasis assez important et une rétraction de ses fibres proximales, ainsi qu'un probable conflit sous-acromial associé avec une légère déformation du bord inférieur de l'acromion. Le Dr D_____ a constaté, à l'échographie, une déchirure de la coiffe des rotateurs des deux épaules aux dépens des sus-épineux, sans atrophie en amont et sans rétraction significative (cf. attestations du 29 mars 2001 des Drs C_____ et D_____).

4. Dans un rapport du 9 avril 2001, le Dr B_____ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, provoquant des douleurs violentes et une impossibilité de mouvements. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 mars 2001.

5. Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a également établi un rapport à l'attention de l'assurance le 25 mai 2001. Il a diagnostiqué une rupture post-traumatique du muscle sus-épineux de l'épaule droite et précisé que le patient avait subi un accident professionnel le 21 mars 2001 en retenant une charge de 130 kilos. L'assuré n'avait jamais présenté auparavant de symptomatologie douloureuse au niveau de cette épaule. L'incapacité était toujours totale.

6. Par courrier du 7 août 2001, l'assurance a informé l'assuré que le mouvement qu'il avait fait pour maintenir une pensionnaire dans son fauteuil roulant ne constituait

pas un accident, à défaut d'un facteur extraordinaire externe. Les douleurs s'étaient en effet produites suite à un mouvement inhérent à son métier d'infirmier. Possibilité était donnée à l'assuré de s'exprimer sur cette question.

7. Dans un courrier du 15 août 2001 à l'avocate de l'assuré, le Dr B_____ a précisé qu'en novembre 2000, l'assuré l'avait consulté pour une douleur à l'épaule droite suite à des efforts pour repeindre un plafond. Les radiographies n'avaient rien montré d'anormal et après une séance de mésothérapie, le patient ne s'était plus plaint de son épaule.

8. Dans un courrier du 16 août 2001 à l'avocate de l'assuré, le Dr E_____ a exposé que son patient n'avait anamnestiquement pas présenté par le passé de symptomatologie au niveau de son épaule droite.

9. Par courrier du 5 septembre 2001 à l'assurance, l'assuré a fait valoir que ses tâches auprès de son employeur étaient des tâches administratives liées à la gestion du personnel. Il ne prodiguait plus de soins directs aux patients depuis treize ans. Dès lors, le caractère extraordinaire de son accident devait être reconnu. Par ailleurs, il a relevé que ses deux médecins traitants n'avaient fait état d'aucune dégénérescence musculaire dans son épaule droite. Il a transmis à cette occasion un rapport de radiologie du 26 octobre 2000, selon lequel les articulations acromio-claviculaires et gléno-humérales étaient conservées. Il n'y avait en outre pas de lésion osseuse des tissus mous, ni de calcification des parties molles péri-articulaires; la structure osseuse était normale.

10. Par courrier du 8 octobre 2001, l'assurance a informé l'assuré qu'en raison d'une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), ses lésions devaient être assimilées à un accident et seraient prises en charge dans le cadre de l'assurance-accidents. L'examen ultérieur de la relation de causalité demeurait réservé.

11. Dans un rapport du 19 octobre 2001, le Dr B_____ a informé l'assurance que son patient avait repris son travail à 50 % à partir du 18 octobre 2001.

12. En date du 4 décembre 2001, l'assuré a subi une acromioplastie ainsi qu'une suture des tendons du muscle sus-épineux et sub-scapulaire, effectuée par le Dr E_____.

13. Dans un rapport du 31 mai 2002 au Dr F_____, médecin-conseil de l'assurance, le Dr E_____ a diagnostiqué un status à cinq mois après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et acromioplastie. L'évolution était favorable sur le plan des douleurs. La remobilisation en physiothérapie était actuellement freinée à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu le 20 mai 2002 et ayant nécessité une hospitalisation aux "établissement hospitalier". Il y

avait eu une reprise de travail à 50 % depuis le 1er avril 2002, probablement jusqu'au 31 juillet 2002.

14. Dans un rapport du 15 août 2002 au Dr F_____, le Dr E_____ a diagnostiqué un status après réparation de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule droite suite à une rupture de coiffe post-traumatique. L'évolution avait été favorable au traitement de physiothérapie. Un prochain contrôle était prévu à fin août 2002, afin de discuter d'une reprise de travail à 100 %.

15. Le 29 novembre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

16. En date du 6 décembre 2002, l'assuré a subi une radiographie et une échographie de son épaule droite. Le Dr G_____a attesté, à la radiographie, d'un important conflit acromio-huméral avec modification majeure du trochiter. Le Dr D_____ a fait état, à l'échographie, d'une tuméfaction de l'insertion du sus-épineux.

17. Dans un rapport du 13 décembre 2002, le Dr E_____ a relevé que lorsque l'assuré travaillait au lit d'un malade, il était dans l'impossibilité d'accomplir les gestes nécessaires à sa profession, mais qu'il n'existait pas de problème particulier pour la partie administrative de son travail.

18. Dans un rapport du 16 décembre 2002, le Dr B_____ a attesté d'une aggravation des douleurs de l'épaule droite. L'incapacité de travail avait été totale du 18 au 25 novembre 2002, puis de 50 %.

19. Dans un rapport du 9 janvier 2003, le Dr E_____ a diagnostiqué une rupture post-traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident.

20. En date du 26 mars 2003, l'assuré a été soumis à une expertise conduite par le Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 28 avril 2003, l'expert a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs droite (sus-épineux et sous-scapulaire) ainsi qu'une rupture de la coiffe des rotateurs gauche asymptomatique. Il a exposé qu'une origine dégénérative de ces lésions était probable au vu de l'échographie du 29 mars 2001, qui montrait une rupture du sus-épineux avec un plan de déchirure comblé par un pannus fibrineux, un sous-épineux marqué par une désorganisation fibrotique ainsi que par de fines calcifications para-corticales dans son extrémité distale. Cela démontrait l'existence d'une probable lésion dégénérative, mais qui était devenue symptomatique après que l'assuré ait dû retenir une patiente de 130 kilos. Répondant à des questions, l'expert a indiqué que l'état somatique était une conséquence naturelle du sinistre du 21 mars 2001, de façon vraisemblable pour ce qui était de l'apparition de la symptomatologie douloureuse sur lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

S'agissant de la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'état somatique n'était pas une conséquence naturelle du sinistre. En outre, des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle, puisque la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avait probablement une origine dégénérative qui était devenue symptomatique suite à l'évènement du 21 mars 2001. L'épaule gauche présentait le même type de lésion, qui elle, était restée tout à fait asymptomatique jusqu'à ce jour. Pour l'instant, le statu quo ante n'avait pas encore été atteint, puisque l'assuré était toujours symptomatique. L'on ne pouvait pas non plus estimer que le statu quo sine avait été obtenu, si l'on considérait que l'épaule gauche présentait le même type de lésion, mais était asymptomatique. On se trouvait devant une aggravation sensible et durable de la problématique de l'épaule droite. La reprise de travail à plus de 50 % était pour le moment difficile, l'assuré présentant une aggravation de la symptomatologie douloureuse lorsqu'il reprenait ses activités à un taux supérieur à 50 %. Cette incapacité partielle durerait probablement plusieurs mois et serait peut-être même définitive. Dans une activité professionnelle n'impliquant pas l'utilisation d'un ordinateur d'une manière trop fréquente et sans activité physique avec les membres supérieurs, une capacité de travail supérieure serait probablement envisageable. Un travail d'infirmier dans un service ou d'infirmier instrumentiste correspondait à cette description. L'état final avait été atteint probablement à fin 2002. Il n'était pas nécessaire pour l'instant de poursuivre un traitement médical, si ce n'est la prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires, ainsi qu'une à deux séries de physiothérapie par année au besoin, pour maintenir la fonction de l'épaule droite. L'expert a estimé le taux d'atteinte à l'intégrité à 12 %, selon les tables de la SUVA I et V.

21. Par décision du 13 février 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour le mois de mars 2002, puis une demi-rente à partir du 1er avril 2002.

22. En date du 27 septembre 2004, l'assuré a été soumis à une deuxième expertise, conduite par le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans le but de discuter de la causalité entre les lésions et l'évènement du 21 mars 2001. Dans son rapport du 4 octobre 2004, l'expert a relevé que l'assuré travaillait comme infirmier-chef depuis 16 ans à la Résidence Jura, un EMS de 50 lits. Son travail était essentiellement administratif (gestion de la formation, du matériel de soin, des médicaments et de l'hygiène hospitalière, conduite des relations avec l'extérieur). Il s'occupait en outre de la gestion des soins aux résidents, ainsi que du personnel infirmier et paramédical. En principe, il ne faisait plus aucun soin infirmier lui-même, sauf à de rares exceptions.

L'expert a diagnostiqué un status après apparition de douleurs et une impotence fonctionnelle partielle de l'épaule droite suite à un effort brusque le 21 mars 2001, un status après mise en évidence à l'IRM et à l'ultrason de l'épaule droite du 29 mars 2001 d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs avec rupture

complète du sus-épineux associée à une rétraction musculo-tendineuse proximale ayant abouti à un diastasis d'environ 3 centimètres de long pour 1,5 centimètres de large, un status après mise en évidence d'une lésion importante de la coiffe des rotateurs s'étendant sur plus de 3 centimètres au niveau du sus-épineux, atteignant la marge supérieure du muscle sous-épineux postérieurement, associée à une rupture intra-tendineuse longitudinale du muscle sous-scapulaire, mise en évidence à l'intervention du 4 décembre 2001, un status après acromioplastie et suture des tendons des muscles sus-épineux et sous-scapulaires par arthrotomie antéro-externe le 4 décembre 2001, une limitation fonctionnelle et des douleurs persistantes de l'épaule droite d'origine multifactorielle (troubles dégénératifs chroniques de la coiffe des rotateurs, probable bursite sous-acromiale persistante, tendinite du long chef du biceps, petite capsulite rétractile secondaire), une tendinopathie symptomatique débutante de l'épaule gauche sur troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs, ayant entraîné une lésion perforante avec rétraction du tendon du sus-épineux. L'incapacité de travail était de 50 % depuis le 25 novembre 2002, après avoir varié entre 100 et 50 % depuis la date du sinistre. En principe, l'expertisé prendrait sa retraite dans 2 ans.

L'expert a notamment exposé que suite à l'événement du 21 mars 2001, de violentes douleurs avec impotence fonctionnelle partielle de l'épaule droite étaient rapidement apparues, obligeant l'assuré à consulter son médecin traitant dès le lendemain. Les examens effectués avaient mis en évidence un trouble de la coiffe des rotateurs des deux côtés, un peu plus marqué à droite qu'à gauche, mais sans contusion osseuse ou épanchement intra-articulaire manifeste, ce qui impliquait que les lésions mises en évidence au niveau des deux épaules n'avaient pas été provoquées par l'évènement de mars 2001, mais n'avaient été que révélées par celui-ci.

L'expert a rappelé que l'épaule était l'articulation la plus mobile et la plus utilisée; elle n'était stabilisée que de façon rudimentaire par les os et les ligaments. Par ailleurs, la coiffe des rotateurs occupait une place singulière, mal irriguée, près de leur insertion distale. Cette situation particulière, c'est-à-dire une irrigation relativement mauvaise, des sollicitations mécaniques répétées et un espace sous-acromial très réduit, entraînait une dégénérescence des tissus tendineux de l'épaule, qui était beaucoup plus précoce, rapide et accentuée que pour les autres tendons du corps. C'est ainsi que l'on voyait apparaître une détérioration tendineuse sous forme de déchirure interstitielle, voire de perforation qui augmentait avec l'âge. La corrélation entre la gravité de la lésion dégénérative et l'âge semblait tellement étroite qu'il fallait plutôt considérer cette lésion comme un symptôme caractéristique du vieillissement.

Chez l'expertisé, des facteurs parlaient en défaveur d'une lésion fraîche: l'hypertension artérielle et l'hypertriglycérinémie au long cours entraînaient des modifications vasculaires des petits vaisseaux qui favorisaient une mauvaise

circulation locale pouvant aboutir à des nécroses tissulaires, un acromion crochu stade III, l'âge du patient (60 ans au moment des faits), l'atteinte bilatérale quasiment identique, même si elle était un tout petit peu plus marquée à droite qu'à gauche, la rétraction de plus de 3 centimètres déjà présente à droite, l'absence d'état inflammatoire aigu important au niveau de la bourse sous-acromiale, ainsi que l'absence d'épanchement intra-articulaire et/ou de contusion intra-osseuse à l'ultrason et à l'IRM effectués moins d'une semaine après l'évènement, le début d'apparition d'une symptomatologie douloureuse de l'épaule gauche depuis quelques semaines, alors que jusqu'à maintenant, la lésion de la coiffe des rotateurs de ce côté-là était totalement asymptomatique. On pouvait donc quasiment affirmer que l'évènement de mars 2001 n'avait pas provoqué les lésions mises en évidence au niveau de la coiffe des rotateurs, que ce soit du côté droit ou du côté gauche. Par contre, cet événement avait débouché sur l'apparition d'une symptomatologie douloureuse qui était inexistante auparavant.

Dès lors l'expert se demandait si l'on pouvait admettre que cette symptomatologie douloureuse, qui était un signe subjectif et qui perdurait jusqu'à maintenant, était due entièrement à l'événement de mars 2001. Le fait que l'évolution avec le temps n'ait pas été favorable et que l'intervention chirurgicale n'ait pas modifié de manière importante cette douleur confirmait plutôt un processus chronique. S'agissant du lien de causalité, en ce qui concernait l'épaule gauche, la relation de causalité naturelle avec l'événement de mars 2001 n'était que possible. Pour ce qui était de l'épaule droite, la lésion n'était pas non plus récente, puisqu'il n'y avait pas d'état inflammatoire aigu comme on devrait le retrouver après une déchirure importante si cette dernière était vraiment survenue le 21 mars 2001. En conséquence, là aussi, la causalité n'était que possible. Les facteurs étrangers à l'accident suivants jouaient un rôle prépondérant dans l'atteinte objective de la coiffe des rotateurs : l'aggravation du problème circulatoire dans la région d'insertion distale des tendons de la coiffe des rotateurs due à une hypertension artérielle et à une hypercholestérolémie traitée depuis l'âge de 41 ans, le problème d'usure physiologique dû à l'âge, l'action vulnérante inappropriée pour entraîner des dégâts aussi importants au niveau des deux épaules. Enfin, l'expert a relevé que n'importe quel événement de la vie ordinaire, accidentel ou non, aurait pu déclencher l'apparition de la symptomatologie, compte tenu du fait que la lésion était déjà préexistante.

Cependant, si la notion d'accident était admise, il fallait également admettre que le statu quo sine se situait au plus tard à l'intervention chirurgicale du 4 décembre 2001, puisque cette opération avait été faite pour traiter une lésion préexistante à l'événement de mars 2001 et n'avait pas mis en évidence de lésion accidentelle due à cet événement. Il n'y aurait par ailleurs pas de statu quo ante, puisque le patient n'était jamais redevenu asymptomatique.

Il fallait encore déterminer au cas où la notion d'accident n'était pas juridiquement admise, s'il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 de

l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). L'importance de la rétractation et du trou dans la coiffe des rotateurs, associée à l'absence de contusion osseuse, d'épanchement intra-articulaire ou d'épanchement aigu majeur de la bourse sous-acromiale excluait une survenue brusque et soudaine "d'une perte de lésion" (sic) aussi majeure. De plus, l'action vulnérante (retenir une patiente, même lourde) n'était pas appropriée pour aboutir à une telle lésion. En conséquence, même si l'on admettait qu'il s'agissait d'une déchirure tendineuse, cette dernière n'avait pas été créée le 21 mars 2001, mais avait simplement été rendue symptomatique à ce moment-là. Ceci impliquait qu'en l'absence d'un dommage d'origine accidentel, l'on ne pouvait pas considérer qu'il s'agissait d'une lésion assimilée selon l'art. 9 al. 2 OLAA.

S'agissant de la capacité de travail, vu le cahier des charges du patient, l'importance des plaintes et la limitation fonctionnelle active de l'épaule, associée à un manque de force, une incapacité de travail de 50 % paraissait tout à fait justifiée. Cependant, cet arrêt de travail n'était pas dû à des problèmes accidentels, mais à un problème d'origine maladive. Si au contraire, la notion d'accident était admise, l'incapacité de travail jusqu'au statu quo sine était en relation de causalité avec l'événement du 21 mars 2001. Il n'y avait en outre aucune autre activité qui puisse donner un rendement nettement supérieur à celui fourni actuellement, compte tenu du travail d'infirmier chef de l'assuré. L'état final était quasiment atteint et l'expert ne pensait pas qu'une reprise chirurgicale puisse garantir une nette amélioration de la symptomatologie. Cependant, la poursuite d'un traitement antalgique et de physiothérapie paraissait importante. L'expert préconisait d'adresser l'assuré à un centre de consultation de la douleur.

Enfin, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité, si la notion d'accident était acceptée, aucune atteinte à l'intégrité n'était due dès lors qu'un statu quo sine avait été défini.

23. Par courrier du 26 octobre 2004, l'assuré s'est adressé à l'expert I_____, contestant son expertise qui, selon lui, manquait d'objectivité.

24. Par courrier du 2 novembre 2004, l'assurance a informé son assuré que suite à l'expertise du Dr I_____, il s'avérait qu'il n'y avait ni accident, ni lésion corporelle assimilée à un accident. Dès lors, elle n'aurait pas dû fournir de prestations suite à l'événement du 21 mars 2001. Possibilité était donnée à l'assuré de se déterminer.

25. En février 2005, l'assuré a requis du Dr K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, une expertise privée. Cet expert a pris connaissance du dossier complet, notamment des expertises des Drs H_____ et I_____. Il a précisé qu'il ne considérait pas son rapport comme une expertise ou une contre-expertise médicale, mais plutôt comme une analyse de la situation. Sur le plan médical, le cas semblait relativement simple, le problème

étant de savoir si une lésion de la coiffe des rotateurs était à mettre en relation avec l'accident du 21 mars 2001 ou alors avec un état dégénératif préexistant. N'étant ni juriste ni spécialiste en médecine assécurologique, ce médecin s'est contenté de donner son appréciation personnelle de médecin chirurgien, qui rejoignait celle du Dr H_____ : Les lésions de l'épaule droite devaient être considérées comme une conséquence de l'accident du 21 mars 2001, puisque même s'il était indéniable qu'il devait exister des troubles dégénératifs préexistants, ceux-ci étaient toutefois asymptomatiques, l'accident ayant eu pour conséquence d'occasionner une aggravation sensible et durable de l'état préexistant. Dans le même état d'esprit, le taux d'atteinte à l'intégrité estimé à 12 % par le Dr H_____ lui paraissait également adapté, si l'on se référait aux tables de la SUVA. Pour toute motivation, le Dr J_____s'est référé aux explications données par le Dr H_____ (cf. rapport du Dr J_____du 22 février 2005).

26. Par décision du 16 mars 2005, l'assurance a nié l'existence d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle avait par conséquent fourni à tort des prestations suite à l'événement du 21 mars 2001. Ainsi, le remboursement des frais de traitement seraient réclamés à la caisse-maladie de l'assuré, la Chrétienne Sociale, et le remboursement des indemnités journalières versées à l'assurance perte de gain maladie. L'assurance-accidents renonçait à réclamer à son assuré la part non remboursée par l'assurance perte de gain maladie. Aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité physique n'était due.

27. Par courrier du 7 avril 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a tout d'abord rappelé le contexte de l'événement du 21 mars 2001, soulignant qu'il avait ressenti, suite au mouvement de retenue, de violentes douleurs aux deux épaules. Il avait par la suite été soumis à deux expertises médicales qui lui reconnaissaient une incapacité de travail de 50 %, mais avaient des conclusions contradictoires. L'expertise du Dr I_____ avait soulevé l'ire de ses médecins traitants et le Dr B_____ lui avait écrit un courrier le 6 novembre 2004 dont le contenu était le suivant : "Du fait que je vous ai examiné à mon cabinet le lendemain de l'événement, qu'il existe une cause extérieure, indépendante de votre volonté, que vous avez eu une réaction immédiate et involontaire, que vous présentiez des symptômes typiques et caractéristiques d'une rupture aiguë de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et que je vous connais depuis 1998, je ne pense pas que cet événement soit lié à une pathologie chronique, mais plutôt à un problème aigu lié à un accident. Pour ces raisons, je vous encourage vivement à faire une contre-expertise neutre et impartiale". En outre, l'assuré avait été choqué de la manière dont s'était déroulée l'expertise du Dr I_____. Dans son courrier du 26 octobre 2004 adressé à cet expert, il avait mis en doute le fait que les résultats de recherches médicales puissent suffire à étayer un diagnostic définitif. L'expert avait en outre affirmé que l'hypertension artérielle et l'hypertriglycéridémie à long temps avaient entraîné des modifications vasculaires. Cependant, ses valeurs de tension artérielle et de cholestérol étaient normales depuis des années grâce aux

médicaments qu'il prenait. En outre, il avait fait toute sa vie du sport et sa musculature était bien entretenue, sans symptôme douloureux avant l'accident. L'assuré a encore relevé que le Dr I_____ l'avait reçu à 10h20 et qu'à 13h30, il s'était permis d'interrompre le cours ex cathedra de cet expert, qui l'avait enfin examiné jusqu'à 13h47. Par ailleurs, il a fait valoir que le Dr K_____, qu'il avait consulté pour une évaluation privée, rejoignait l'avis du Dr H_____. Enfin, se référant à la jurisprudence du TFA, il a précisé que l'assurance-accidents ne pouvait refuser la prise en charge d'une rupture de la coiffe des rotateurs sous prétexte qu'elle était due à des facteurs dégénératifs, sans examiner dans chaque cas si cette lésion s'était manifestée à l'occasion d'un événement soudain. Or, force était de reconnaître qu'un événement soudain s'était produit le 21 mars 2001. Dès lors, il avait droit à la prise en charge des frais de physiothérapeute, à l'octroi d'une rente à hauteur de 50 % en raison de son incapacité de travail, ainsi qu'au versement d'un capital pour atteinte à l'intégrité corporelle.

28. Par décision du 3 octobre 2005, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré. Selon elle, l'événement du 21 mars 2001 ne constituait pas un accident en raison de l'absence du caractère extraordinaire de l'élément extérieur et du fait que la rupture de la coiffe des rotateurs était préexistante à cet événement, qui n'avait occasionné que l'apparition d'une symptomatologie douloureuse. En outre, comme ledit événement n'avait pas déclenché la lésion, celle-ci ne pouvait pas non plus être assimilée à un accident. Enfin, l'assurance a constaté que la nouvelle version de l'accident de l'assuré datant de juillet 2004 et selon laquelle il avait retenu la patiente de ses deux bras et avait ressenti des douleurs aux deux épaules n'était pas vraisemblable.

29. Par courrier du 5 décembre 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, au remboursement de la totalité de ses frais médicaux liés à l'événement du 21 mars 2001, à l'octroi d'une rente complémentaire de l'assurance-accidents de 50 % dès le 1er avril 2002, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle s'élevant au minimum à 12 % du gain assuré. Il a fait valoir que les Drs B_____, E_____, J_____ et H_____ avaient des conclusions concordantes sur le fait que les lésions de l'épaule droite devaient être considérées comme une conséquence de l'accident du 21 mars 2001. Ils devaient donc être suivis dans leurs conclusions. Le Dr H_____ avait également estimé que même s'il était indéniable que des troubles dégénératifs préexistaient, l'état somatique était une conséquence naturelle du sinistre, de façon vraisemblable pour ce qui était de l'apparition de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite. Or, il suffisait qu'une affection de la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA ait été déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident pour justifier la prise en charge par l'assureur-accidents. De surcroît, les deux médecins traitants ne faisaient nullement état d'une dégénérescence musculaire préexistante, au vu des

examens radiologiques effectués sur le patient. Enfin, le recourant a relevé qu'il n'était pas opposé à se soumettre à une expertise judiciaire.

30. Dans sa réponse du 16 février 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours et subsidiairement à la modification de sa décision sur opposition du 6 décembre 2005 (recte : du 3 octobre 2005), en ce sens que sa responsabilité était donnée pour les suites de l'événement du 21 mars 2001, qu'elle prendrait en charge les frais de traitement jusqu'au 3 décembre 2001, qu'elle verserait des indemnités journalières selon les prescriptions médicales jusqu'au 3 décembre 2001 et que les frais et indemnités journalières subséquents versés indûment seraient respectivement réclamés à la caisse-maladie du recourant et à son assurance perte de gain. L'intimée a tout d'abord fait valoir que l'existence d'un état dégénératif préexistant était admise tant par le Dr I_____ que par les Drs H_____ et K_____. En effet, les examens radiologiques effectués quelques jours après l'événement mettaient en évidence un trouble de la coiffe des rotateurs des deux côtés, un peu plus marqué à droite qu'à gauche, mais sans contusion osseuse ou épanchement intra-articulaire manifeste, ce qui prouvait qu'il s'agissait d'une déchirure préexistante de l'épaule droite. Or, la simple apparition soudaine d'une symptomatologie douloureuse, même après un événement traumatique, sur une rupture préexistante de la coiffe des rotateurs, ne suffisait pas pour admettre que la lésion pouvait être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Si par extraordinaire le Tribunal de céans estimait le contraire, il s'agirait de constater que le statu quo sine était acquis au plus tard avant l'intervention chirurgicale du 4 décembre 2001.

31. Par courrier du 17 mai 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant le nom de son assurance perte de gain maladie.

32. Par téléphone du 22 mai 2006, l'intimée a informé le Tribunal de céans qu'elle assurait également le recourant pour la perte de gain maladie.

33. Par ordonnance du 26 mai 2006, le Tribunal de céans a appelé en cause l'assurance-maladie du recourant, la CSS ASSURANCES, qui pouvait être affectée par l'issue du litige. Un délai au 30 juin 2006 lui a été octroyé pour se déterminer, faculté dont elle n'a pas fait usage.

34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en mars 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 3 octobre 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et 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).

4. 4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. 5. a) Est litigieuse la question de savoir si les lésions en cause sont consécutives à un accident ou constituent une lésion assimilée à un accident ouvrant droit à des prestations LAA.

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine maladive qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

c) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident 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). Il résulte de la définition même de l'accident que 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, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les 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 (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (mouvement non programmé), l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie. Dans cette hypothèse, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise. En effet, le facteur extérieur, soit l'interaction entre le corps et l'environnement, constitue en même temps le

facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

En cas d'atteinte maladive préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141).

Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en

présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16).

Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

d) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie;
b. les déboîtements d'articulations;
c. les déchirures du ménisque;
d. les déchirures de muscles
e. les froissements de muscles;
f. les déchirures de tendons;
g. les lésions de ligaments;
h. les lésions du tympan.

Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a; 147 consid. 2b, et les références). La notion de lésion 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 en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 ss consid. 2b; 116 V 147 ss consid. 6c; 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; 1988 n° U 57 p. 373 consid. 4b et les références citées dans ces arrêts).

e) 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. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

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. Enfin, le médecin s'abstiendra de se prononcer en droit (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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.

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareil circonstance, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elles auraient, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

6. En l'espèce, le recourant est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité de l'assurance-invalidité depuis le 1er avril 2002. L'assurance-accidents n'est cependant

pas liée par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assurance-invalidité, puisque seules les lésions en rapport de causalité naturelle et adéquate sont à la charge de l'assureur-accidents..

7. Il convient de déterminer en premier lieu si les atteintes à la santé litigieuses du recourant sont d'origine accidentelle ou constituent une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-accidents.

   Selon les déclarations de l'assuré, il s'est précipité pour retenir une pensionnaire de l'EMS qui s'était penchée pour ramasser un mouchoir et dont le poids dépassait les 100 kilos, afin de l'empêcher de tomber de son fauteuil roulant. C'est en faisant le mouvement pour retenir cette femme qui tombait de son fauteuil comme une masse qu'il a ressenti une douleur à l'épaule droite.

   De l'avis du Tribunal de céans, cet effort constitue bien une cause extérieure extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, un facteur extérieur est clairement identifiable (interaction entre le corps du recourant et la chute de la patiente). S'agissant d'un mouvement non programmé en réaction à un phénomène extérieur, il ne relève ainsi pas de l'activité habituelle du recourant, de sorte qu'il convient de considérer qu'il a entraîné une sollicitation des membres qui est physiologiquement plus élevée que la normale.

8. Il faut cependant encore établir quelles lésions le mouvement en cause a provoquées.

   a) Se trouvent notamment au dossier :

   Les résultats d'une IRM et d'une échographie du 29 mars 2001, les attestations des médecins traitants, une expertise du Dr H_____ du 28 avril 2003, une expertise du Dr I_____ du 4 octobre 2004, un avis du Dr J_____ du 22 février 2005.

   Il convient tout d'abord de constater que les deux expertises susmentionnées ont pleine valeur probante selon les critères dégagés par la jurisprudence fédérale. Elles concluent toutes deux à une capacité de travail de 50% dans la profession habituelle de l'assuré, mais parviennent à des conclusions différentes quant au lien de causalité naturelle entre le dommage et l'événement du 21 mars 2001.

   b) Selon l'expert H_____, la probable lésion dégénérative antérieure est devenue symptomatique à droite après que l'assuré ait dû retenir une patiente de 130 kilos. L'état somatique est à son avis une conséquence naturelle du sinistre du 21 mars 2001, de façon vraisemblable pour ce qui est de l'apparition de la symptomatologie douloureuse sur lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite; s'agissant de la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'état somatique n'est pas une cause naturelle du sinistre. Ce médecin relève également que des

facteurs étrangers à l'accident jouent un rôle, puisque la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a probablement une origine dégénérative qui est devenue symptomatique suite à l'événement du 21 mars 2001.

De l'avis de l'expert I_____, les lésions mises en évidence au niveau des deux épaules n'ont pas été provoquées par l'événement de mars 2001, mais seulement révélées par celui-ci. Les facteurs étrangers à l'accident jouent un rôle : l'âge du patient (usure physiologique normale), l'action vulnérante inappropriée pour entraîner des dégâts importants aux deux épaules, l'aggravation du problème circulatoire dans la région d'insertion distale des tendons de la coiffe des rotateurs due à une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie traitée depuis l'âge de 41 ans. Selon ce médecin, n'importe quel événement de la vie ordinaire, accidentel ou non, aurait pu déclencher l'apparition de la symptomatologie, compte tenu du fait que la lésion était préexistante. Le Dr I_____ estime que l'on peut quasiment affirmer que l'évènement de mars 2001 n'a pas provoqué les lésions mises en évidence au niveau de la coiffe des rotateurs, que ce soit du côté droit ou du côté gauche. Ceci implique, selon lui, qu'en l'absence d'un dommage d'origine accidentel, l'on ne peut pas non plus considérer qu'il s'agit d'une lésion assimilée selon l'art. 9 al. 2 OLAA. Enfin, il estime que l'état final était quasiment atteint au moment de son expertise, datée de 27 septembre 2004.

c) S'agissant de l'épaule gauche, il y a tout d'abord lieu de relever que, suite à l'événement du 21 mars 2001, le recourant n'a déclaré avoir ressenti une douleur violente que dans une épaule et ne s'est fait traiter que pour l'épaule droite. Les Drs B_____ et E_____, médecins traitants, ne se sont d'ailleurs prononcés à l'époque que sur l'atteinte de cette épaule. De même, l'expert H_____ a constaté que seule l'épaule droite était devenue symptomatique suite au mouvement de retenue. Ce n'est que le 7 avril 2005, dans son opposition à la décision de l'intimée, que le recourant a allégué pour la première fois avoir ressenti des douleurs aux deux épaules. Cependant, ces déclarations faites plus de cinq ans après l'événement du 21 mars 2001 ne sauraient convaincre. Il convient par conséquent de retenir les premières déclarations de l'assuré, selon lesquelles il n'avait ressenti qu'une douleur à l'épaule droite, pour laquelle il s'est immédiatement fait traiter. Une causalité naturelle entre les douleurs apparues à l'épaule gauche et l'évènement accidentel ne saurait dès lors être retenue, conformément aux conclusions des experts.

d) Concernant les atteintes de l'épaule droite, les experts H_____ et I_____ sont unanimes à exclure que le geste a causé la rupture de la coiffe des rotateurs de cette articulation. Seule la symptomatologie douloureuse s'est déclenchée à la suite de ce mouvement. Comme relevé ci-dessus, cette symptomatologie doit être considérée comme une atteinte au sens de la loi, à l'instar d'une hernie non provoquée, mais seulement déclenchée par l'accident.

Il convient par conséquent de déterminer à quelle date le statu quo sine a été atteint.

Selon le Dr I_____, ce moment se situait au plus tard à l'intervention chirurgicale du 4 décembre 2001. Quant au Dr H_____, il a estimé que le statu quo sine n'était pas encore atteint, à la date de son examen du 26 mars 2003, si l'on considérait que l'épaule gauche présentait le même type de lésion, mais était asymptomatique. En effet, il avait examiné le recourant avant que l'épaule gauche ne devienne également douloureuse. Ce n'est que le Dr I_____ qui a constaté, lors de son examen du 27 septembre 2004, que l'épaule gauche était devenue symptomatique.

Considérant qu'en septembre 2004 une tendinopathie débutante a été constatée à l'épaule gauche, le Tribunal de céans estime que, selon toute vraisemblance, l'épaule droite aurait à ce moment également présenté, ou du moins peu après, une symptomatologie douloureuse et une limitation fonctionnelle identiques à celles dont le recourant souffre aujourd'hui. L'intervention chirurgicale du 4 décembre 2001 ne saurait être déterminante pour établir le statu quo sine, dans la mesure où cette opération était uniquement rendue nécessaire en raison de la symptomatologie douloureuse de l'épaule. Aussi, il y a lieu de retenir que le statu quo sine a été atteint au début d'octobre 2004.

9. Quant à la causalité adéquate, elle ne fait en l'occurrence aucun doute.

10. Par conséquent, l'intimée est tenue de prendre en charge les frais de traitement et de payer les indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2004. En outre, aucune invalidité permanente provoquée par l'accident ne peut être retenue; il en a va de même pour ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité, le statu quo sine étant atteint.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimée condamnée au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement jusqu'au 30 septembre 2004, sous déduction des prestations déjà versées.

12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 3 octobre 2005.

4. Condamne l'intimée au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement, pour les suites de l'accident du 21 mars 2001, jusqu'au 30 septembre 2004, sous déduction des sommes déjà versées à ce titre.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière | La Présidente :

Sylvie CHAMOUX | Maya CRAMER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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