

GE_GERICHTE A/332/2016 vom 3. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_332_2016

FR: GE_GERICHTE A/332/2016 du 3 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/332/2016 del 3 maggio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au LIGNON recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, a été victime d'un accident professionnel en date du 5 juin 2009. Alors qu'il déménageait des meubles de bureau, l'un de ceux-ci a basculé et l'a heurté au niveau de l'épaule du côté de la tête à gauche. L'assuré a subi une fracture de l'acromion gauche avec luxation inférieure de la ceinture scapulaire, traitée par ostéosynthèse le jour même. La SUVA a pris en charge le cas.![endif]>![if> 2. En raison d'un déplacement secondaire de la fracture, une ré-ostéosynthèse et un démontage du matériel d'ostéosynthèse ont été pratiqués le 2 septembre 2009. Le 13 janvier 2011, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie avec réinsertion de Bankart, acromioplastie et ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il était noté qu'en 2003, il avait déjà été opéré à deux reprises de l'épaule gauche en Allemagne, pour une luxation gléno-humérale. ![endif]>![if> 3. Par décision du 19 novembre 2012, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2012, motif pris que l'assuré ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 5 juin 2009. La SUVA prenait encore en charge l'abonnement de fitness de trois mois. Cette décision, non contestée, est entrée en force.![endif]>![if> 4. Le 25 mars 2015, l'assuré a subi une cinquième opération au niveau de l'épaule gauche, en raison d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Une rechute est alors annoncée à la SUVA.![endif]>![if> 5. Selon le rapport médical établi le 23 avril 2015 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assuré était suivi depuis le 27 janvier 2015 pour des suites de l'accident du 5 juin 2009, avec d'importantes douleurs. L'incapacité de travail était totale depuis le 27 janvier 2015. Dans son rapport opératoire, le Dr B_____ a diagnostiqué une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche, une instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps, une lésion de SLAP de degré II, un status post-ostéosynthèse d'une fracture acromiale aux HUG (accident du 5 juin 2009), des synovites juxta-lésionnelles, une bursite et « impingement » sous-acromial, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. ![endif]>![if> 6. Selon un rapport du 24 avril 2015 du docteur C_____, médecin généraliste FMH, l'assuré avait chuté dans la piscine le 24 avril 2015 et souffrait depuis lors de douleurs dorso-lombaires. Le médecin a diagnostiqué une contusion dorso-lombaire et du genou gauche, traitées par anti-inflammatoires, myorelaxants et physiothérapie. Il a prescrit une incapacité de travail totale du 24 avril au 30 avril 2015. Le traitement était terminé le 1 er mai 2015. ![endif]>![if> L'assuré a cependant contesté avoir subi un nouvel accident et déclaré qu'il devait s'agir d'une confusion de la part du Dr C_____ (cf. entretien de l'assuré à la SUVA le 28 mai 2015, pièce No. 206 SUVA). 7. Selon l'appréciation du médecin de la SUVA du 31 août 2015, l'assuré avait déclaré un événement traumatique le 5 juin 2009. Cette épaule gauche

avait déjà été opérée en 2003 en Allemagne pour une instabilité ligamentaire, dans un contexte de luxation récidivante, non couverte par la SUVA. Dans les suites, il a été évalué plusieurs fois par le docteur D_____, son médecin traitant le Dr C_____ ainsi que le Dr B_____. Ce dernier a proposé en 2015 une intervention pour le traitement d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Cette intervention, réalisée par le Dr B_____, n'est pas en rapport avec l'événement annoncé en 2009. Cet événement ne touchait en effet pas la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et il n'y a pas d'information sur un éventuel nouveau traumatisme susceptible de créer cette rupture tendineuse. Le médecin-conseil note qu'il ne revient pas sur les discordances entre l'avis du médecin qui l'a traité, semble-t-il, pour une chute et les démentis de l'assuré, ce qui ne relève pas de sa compétence. En définitive, une rechute ne peut être retenue.![endif]>![if> 8. Par décision du 1^{er} septembre 2015, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, motif pris que selon les conclusions médicales, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 5 juin 2009 et les lésions déclarées. ![endif]>![if> 9. Le 5 octobre 2015, l'assuré a formé opposition. Invité à motiver son opposition, le recourant l'a maintenue en date du 19 novembre 2015, au motif que cette rechute de début 2015 était en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de travail du 5 juin 2009. ![endif]>![if> 10. Après avoir dans un premier temps refusé d'entrer en matière sur l'opposition, la SUVA, par décision du 29 janvier 2016, a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle s'est fondée sur l'appréciation du Dr H_____, médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a certifié que l'intervention réalisée par le Dr B_____ n'était pas en rapport avec l'accident de 2009, puisque celui-ci n'a pas touché la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Par ailleurs, l'avis du Dr B_____ n'était nullement étayé. ![endif]>![if> 11. Le 29 janvier 2016, l'assuré a interjeté recours, concluant à l'annulation de la décision litigieuse. Il a sollicité l'audition des Drs B_____ et D_____. Il soutenait que l'opération de mars 2015 et l'incapacité de travail en découlant étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 juin 2009. Il a produit un certificat médical du Dr B_____, établi en date du 11 décembre 2015, aux termes duquel il présentait des antécédents de son épaule gauche suite à une fracture ostéosynthésée de l'acromion en 2009 et un status post-luxation de l'épaule gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale en 2003 en Allemagne dans le contexte de luxations récidivantes. Selon le médecin, l'arthro-CT du 11 février 2010 montrait déjà une petite ulcération très superficielle au versant articulaire du tendon sus-épineux à la hauteur de son tiers moyen. Il semblait vraisemblable que cette lésion soit due à l'accident du 5 juin 2009 et responsable d'une instabilité du tendon du long chef du biceps, comme retrouvé lors du bilan arthroscopique du 25 mars 2015.![endif]>![if> 12. Par réponse du 4 avril 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours. L'intimée s'est référée à l'appréciation chirurgicale établie en date du 1^{er} avril 2016 par les doctoresses E_____ et G_____, spécialistes FMH en chirurgie, selon lesquelles l'événement du 5 juin 2009 a provoqué uniquement une fracture de l'acromion gauche. Vu son mécanisme, soit la réception sur l'épaule gauche et la tête d'un meuble lors du transport de celui-ci, cet accident n'avait pas pu entraîner d'atteinte tendineuse. Par conséquent, le diagnostic de lésion du tendon sus-épineux évoqué par le Dr B_____ et l'instabilité consécutive ne sauraient constituer une suite de l'événement assuré. Quant aux autres diagnostics retenus par ce dernier médecin, ils ne pouvaient non plus être rapportés à l'accident du 5 juin 2009. Ces affections, dont la nature laisse supposer une origine dégénérative, semblaient avoir été rapportées à l'état qu'a présenté l'assuré suite à une luxation de son épaule en 2003. Au demeurant, au regard de leur nature, l'omarthrose gléno-humérale et l'ulcération

cartilagineuse - dont ont fait respectivement état les Drs F_____ et D_____ dans leurs rapports des 5 février et 5 mars 2015 -, ne peuvent être rattachées à l'accident en question. Les Dresses E_____ et G_____ ont exclu, au stade de la vraisemblance requise, toute relation de causalité entre l'événement du 5 juin 2009 et les troubles présentés en 2015 par l'assuré. En effet, mis à part le Dr B_____, aucun des médecins consultés n'a retenu que le traumatisme subi en 2009 par l'assuré avait provoqué d'autres lésions que la fracture de l'acromion gauche ou avait aggravé des atteintes que présentait ce dernier avant sa survenance. De plus, par décision entrée en force du 19 novembre 2012, l'intimée a exclu sa responsabilité quant aux troubles persistants à l'épaule gauche du recourant, soit notamment ceux mis en évidence lors de son hospitalisation à la clinique romande de réadaptation. Or, les atteintes annoncées en 2015 ne constituent pas des suites de la fracture accidentelle, respectivement ne se situent pas dans une relation de causalité avec l'événement assuré. Les prises de position du Dr B_____ ne sont pas de nature à faire naître le doute sur cette dernière conclusion. Ce médecin ne soutient en effet pas que toutes les lésions observées à l'épaule de l'assuré constituent des suites de l'événement de 2009. Tout au plus se borne-t-il à tenir pour vraisemblable que l'accident a provoqué une ulcération très superficielle au versant articulaire du tendon sus-épineux, qui peut être elle-même responsable d'une instabilité du tendon. Relevant d'une hypothèse, cette simple possibilité ne saurait toutefois suffire à établir la causalité entre l'état de santé actuel du recourant et l'accident assuré. Partant, l'intimé considère que c'est à bon droit qu'elle a refusé de prendre en charge les troubles annoncés par l'assuré au titre de rechute de l'accident du 5 juin 2009.!

13. Par courrier du 26 avril 2016, le recourant a contesté cette appréciation.!

14. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 8 juin 2016, le recourant a exposé avoir soumis l'appréciation médicale des médecins de la SUVA à son psychiatre. Il a fait remarquer que cet avis a été établi par deux spécialistes en chirurgie qui ne sont pas spécialistes de l'épaule et de plus « non inscrits sur le registre ». Ils ne l'ont pas ausculté non plus. Le recourant a déclaré que la SUVA devait l'aider à trouver un travail adapté à son état de santé, que le rapport de la clinique de réadaptation avait fait état de l'impossibilité pour lui d'exercer son activité antérieure et, enfin, que son assurance-maladie lui a renvoyé toutes les factures que la SUVA refusait de payer. Le représentant de la SUVA a relevé que si le Dr B_____ parle d'une rechute dans son dernier rapport, le Dr D_____ quant à lui ne se prononce pas.!

15. La chambre de céans a ouvert les enquêtes et procédé à l'audition du docteur D_____, le 6 juillet 2016. Le médecin a expliqué avoir traité le recourant pour une fracture de l'acromion pour laquelle il l'avait opéré aux HUG en 2009 et l'avoir suivi durant huit ans. Il a confirmé que la fracture de l'acromion de l'épaule gauche était la suite d'un accident. Il avait revu régulièrement le patient jusqu'en 2015. Il a constaté une omarthrose gléno-humérale de l'épaule gauche qui existait déjà en 2009. Le patient présentait depuis de nombreuses années des luxations de l'épaule gauche ; dans la mesure où elles étaient récidivantes, il a subi une stabilisation en Allemagne. Avec le temps, le patient a développé une omarthrose, c'est-à-dire une arthrose gléno-humérale, liée au phénomène de l'instabilité. Il s'agit d'une lésion dégénérative et ce type d'arthrose survient dans un contexte traumatique. L'instabilité de l'épaule entraîne des micros lésions qui à la longue conduisent à une omarthrose. La fréquence de ce type de lésion, qu'il a beaucoup étudié, conduit à une prévalence de 36 % à plus de dix ans. Et à plus de vingt-cinq ans, un de ses collègues a publié une étude selon laquelle on retrouve une omarthrose dans plus de 60 % des cas. Suite à l'opération pratiquée en 2009, la fracture a bien consolidé, l'assuré n'a plus de matériel et la fracture est guérie. Il a continué à suivre le

patient parce qu'il avait toujours une épaule douloureuse. En 2015, il a été opéré par le Dr B_____ qui a constaté « beaucoup de petites choses », listées dans son rapport opératoire du 25 mars 2015. Selon le Dr D_____, il y a beaucoup de choses que l'on retrouve chez des patients qui sont asymptomatiques, telles que les lésions du tendon du sous-épineux. Les synovites sont des inflammations, de même que les bursites. Pour le Dr D_____, aucune des trouvailles constatées n'est en relation avec les deux pathologies du patient, à savoir l'instabilité de l'épaule et la fracture. Les lésions cartilagineuses sont en relation avec l'instabilité de l'épaule. Il n'y a en effet pas eu de complication suite à la fracture de l'épaule gauche. Selon la littérature, il est difficile de prouver que les lésions trouvées sont en relation avec la fracture de 2009. Il n'y a pas de diagnostic nouveau et il n'y a pas de corrélation possible entre la lésion de la coiffe des rotateurs et la fracture de 2009. À son avis, tout ce tableau est compatible avec des problèmes dégénératifs. Il avait d'ailleurs déjà trouvé des problèmes dégénératifs à l'épaule lorsqu'il avait enlevé la plaque et pratiqué en même temps une arthroscopie. Il n'a quant à lui pas vu, en 2015, une affection qui serait une rechute de l'accident de 2009. En 2010, lors de l'arthroscopie, il avait constaté la perte de cartilage et sur l'IRM de 2015, l'arthrose a continué à évoluer. Le patient n'a plus de cartilage, il a été opéré à cinq reprises de cette épaule. Le médecin a répété que la fracture de 2009 a été consolidée, mais le patient a une épaule faible qui a toujours connu des problèmes.!

16. Par pli du 31 juillet 2016, le recourant a contesté les déclarations du Dr D_____.!

17. Le 21 septembre 2016, la chambre de céans a procédé à l'audition du docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Le médecin a expliqué avoir vu le patient pour la première fois le 5 janvier 2010, pour des douleurs à l'épaule gauche. Il l'a opéré le 25 mars 2015, en pratiquant une suture du tendon sous-épineux de l'épaule gauche. Le patient lui avait expliqué avoir subi le 5 juin 2009 une fracture à l'épaule gauche, prise en charge à l'Hôpital cantonal. Il avait également déclaré qu'il avait été opéré en 1994 pour un problème de luxation de cette épaule gauche ; depuis lors, elle était stable et il n'avait pas de problème. De l'avis du témoin, la rupture de la coiffe des rotateurs est en relation de causalité adéquate avec le traumatisme du 5 juin. En effet, le patient lui avait affirmé que depuis l'accident de 1994, son épaule allait bien ; en revanche, depuis l'accident de juin 2009 il se plaint de douleurs constantes. L'arthro-CT de 2010 montrait une petite ulcération du sus-épineux, lésion qui a pu évoluer et être responsable de l'instabilité. Il a confirmé que la fracture de juin 2009 a été traitée et consolidée. Selon le Dr B_____, le patient ne présente cependant pas de lésion dégénérative de l'épaule gauche. Il ne présente ainsi pas une omarthrose gléno-humérale, mais une lésion localisée de la glène. Le praticien a expliqué que l'acromion est l'os de l'épaule, tandis que la rupture de la coiffe des rotateurs concerne les tendons. Il était possible que la lésion de la coiffe des rotateurs n'ait pas été identifiée tout de suite, parce qu'elle était petite et que l'intervention n'avait pas été faite par arthroscopie. Or, à l'arthroscopie, il n'a pas trouvé de trace d'arthrose, mais une lésion cartilagineuse. L'arthrose acromio-claviculaire ne peut entraîner de rupture de la coiffe des rotateurs. Selon le praticien, le mécanisme de l'accident a été violent et a pu entraîner plus de dégâts que ceux constatés à première vue. Il n'est pas significatif que le patient ait subi une intervention de l'épaule en 2003, plutôt qu'en 1994. Il est probable que la lésion du sous-épineux soit en relation avec l'événement traumatique de juin 2009. Il n'avait pas de preuve scientifique, mais c'est l'historique de l'événement traumatique qui lui faisait penser cela. Il n'avait pas eu connaissance du rapport du Dr D_____ et n'avait plus revu le patient depuis janvier 2016. Lors de sa consultation, il y avait une amélioration de la mobilité, mais

les douleurs n'avaient pas disparu. ![/endif]>[/if> 18. Le 4 octobre 2016, le recourant a déposé un courrier d'Assura selon lequel, compte tenu des règles de coordination entre assurances sociales, l'assureur admettait devoir avancer les prestations à titre provisoire dans l'attente d'une décision définitive. ![/endif]>[/if> 19. Par écriture du 10 octobre 2016, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'audition du Dr D_____ qui a également exclu toute causalité entre l'accident du 5 juin 2009 et les troubles litigieux et expliqué n'avoir observé chez l'assuré aucune affection qui serait une rechute de cet événement. Ses déclarations corroborent ainsi l'appréciation des Dresses E_____ et G_____. L'avis du Dr B_____ ne saurait contredire leur position. ![/endif]>[/if> 20. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger. ![/endif]>[/if> EN DROIT 1. 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) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, 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). ![/endif]>[/if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge l'intervention pratiquée le 25 mars 2015 sur la coiffe des rotateurs du recourant, lésion annoncée le 25 mars 2015 comme une rechute de l'accident du 5 juin 2009. ![/endif]>[/if> 3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). ![/endif]>[/if> 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191, U 93/96, consid.1c; arrêt 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique

de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. [endif]> [if> Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car

l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 5. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA mentionne les déchirures de tendons (let. f). La jurisprudence considère qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.). 6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 7. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi en juin 2009 un accident qui a entraîné une fracture de l'acromion de l'épaule gauche, qui a été opérée et consolidée. Le recourant a annoncé une rechute de l'accident de 2009, en l'absence de tout nouvel évènement. Selon le rapport du Dr B_____ du 23 avril 2015, il a opéré le patient de l'épaule gauche le 25 mars 2015 et a diagnostiqué notamment une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Cette lésion constitue une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il s'agit toutefois d'examiner si cette lésion peut être rattachée à l'accident du 5 juin 2009. Le Dr B_____ considère que la rupture de la coiffe des rotateurs est en relation de causalité adéquate avec le traumatisme de juin 2009. En effet, le patient lui a déclaré que depuis l'opération de l'épaule en Allemagne l'épaule était stable et qu'il n'avait pas de problème. Il soutient que le recourant ne présente pas de lésion dégénérative de l'épaule gauche, mais une lésion localisée de la glène. Il était possible que la lésion de la coiffe des rotateurs n'ait

pas été identifiée tout de suite, parce qu'elle était petite et que l'intervention n'a pas été faite par arthroscopie. Or, à l'arthroscopie, il n'a pas trouvé de trace d'arthrose, mais une lésion cartilagineuse. Tel n'est pas l'avis des médecins-conseils de l'intimée et du Dr D_____. En effet, l'évènement traumatique de juin 2009 a entraîné une fracture de l'acromion de l'épaule gauche, qui a été opérée et ré-ostéosynthésée le 2 septembre 2009. L'ablation du matériel a été faite le 13 janvier 2011. La fracture a bien consolidé et elle était guérie. La coiffe des rotateurs n'était pas touchée. Il convient de relever que le recourant est connu depuis de nombreuses années pour des luxations récidivantes de l'épaule gauche et qu'il avait déjà été opéré en Allemagne en 2004 (ou 2003 ?). En 2009, le Dr D_____ avait déjà constaté une omarthrose gléno-humérale de l'épaule gauche, c'est-à-dire une lésion dégénérative liée au phénomène de l'instabilité qui entraîne des microlésions. Il avait également constaté à l'arthroscopie de 2010 la perte de cartilage et sur l'IRM de 2015, l'arthrose a continué à évoluer. Il apparaît que l'ensemble des trouvailles listées par le Dr B_____ dans son rapport opératoire n'est pas en relation avec la fracture de l'épaule gauche suite à l'accident de juin 2009. Dans leur avis circonstancié du 1^{er} avril 2016, les médecins-conseils de l'intimée partagent cet avis. Reprenant tout l'historique du dossier, ils relèvent que l'omarthrose débutante dans le cadre de l'ancienne instabilité avait déjà été constatée à l'arthroscopie par le Dr D_____ et mentionnée en tant que facteur étranger. Selon la littérature, le tendon du sus-épineux ne peut pas présenter une rupture suite à une chute ou à un choc direct sur l'épaule, mais seulement lors de mouvements de traction non physiologique, c'est-à-dire que la charge va à l'encontre de la force musculaire, comme par exemple une chute avec réception sur la main, le bras en extension. Par ailleurs le diagnostic de SLAP ne peut être retenu. Quoi qu'il en soit, il n'existe pas de relation au degré de vraisemblance prépondérant entre les diagnostics évoqués par le Dr B_____ et l'accident du 5 juin 2009. La chambre de céans relève que les conclusions du Dr B_____ ne peuvent être suivies lorsqu'il soutient qu'avant l'accident, l'épaule du recourant était asymptomatique. On ne saurait en effet retenir l'existence d'un lien de causalité du seul fait de l'absence de plainte avant un événement accidentel. De plus, il a admis n'avoir pas de preuve scientifique de ce qu'il avançait. Partant, la chambre de céans n'a pas de motif pour s'écarter des conclusions convaincantes des médecins-conseils de l'intimée et du Dr D_____, à savoir qu'il s'agit d'une lésion exclusivement malade ou dégénérative qui ne peut être rattachée à l'accident du 5 juin 2009 cause (cf. arrêts 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 8. Mal fondé, le recours doit être rejeté. 9. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :