

## **GE\_GERICHTE A/4171/2008 vom 3. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4171\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4171_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/4171/2008 du 3 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/4171/2008 del 3 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

ème Chambre En la cause Monsieur L \_\_\_\_\_, domicilié à Saint-Julien-en-Genevois, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Benoît CHARBONNET recourant contre SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE, sise boulevard Haussmann 86, 75380 Paris, France AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11, 1002 Lausanne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN intimées EN FAIT Monsieur L \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en 1966, est assuré auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après : l'assureur-accident) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 22 novembre 2006, l'employeur du recourant a déclaré à l'assureur-accident un accident-bagatelle survenu le 20 novembre 2006. Alors que l'assuré transportait des lits en ferraille, il avait basculé en avant et avait heurté la bordure d'un lit avec son épaule droite. Une échographie de l'épaule droite réalisée le 8 février 2007 montra des séquelles d'un décollement partiel du ligament huméral transverse provoquant une tendance à luxation interne du long chef du biceps. Le tout entraînait une ténosynovite réactionnelle de voisinage. Une arthrographie IRM de l'épaule droite effectuée le 29 mars 2007 montra des remaniements compatibles avec des séquelles de micro impactions du versant supéro-externe du trochin, correspondant à la berge interne de la gouttière bicipitale ; une tendinopathie et subluxation associée, interne de la partie supérieure du tendon de la portion du biceps, au sein d'un clivage localisé du sous-scapulaire ; une désinsertion associée partielle du labrum réalisant une lésion SLAP de type 2, se prolongeant largement au versant postérieur et surtout antéro-inférieur pour devenir par endroits complète, n'épargnant que le quadrant postéro inférieur, un kyste synovial polylobulé au versant antérieur et interne de l'apophyse coracoïde ; et une arthrose acromio-claviculaire relativement marquée. Le 3 avril 2007, l'employeur du recourant a, à nouveau, déclaré l'accident du 20 novembre 2006, précisant qu'une incapacité de travail aurait lieu dès le 7 mai 2007. Le 10 avril 2007, l'assureur-accident a garanti l'hospitalisation du recourant en clinique privée dès le 7 mai 2007, de manière illimitée s'agissant des frais de traitement, mais sous réserve de renseignements à venir. Le Dr C \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, procéda, le 7 mai 2007, à une arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie ténodèse du long chef du biceps. Le recourant repris son travail à 50% dès le 29 mai 2007 et à plein temps dès le 9 juillet 2007. Le 3 juin 2007, le Dr C \_\_\_\_\_, décrit le déroulement de l'accident comme suit : « Violent choc de son épaule droite contre une ferrure de lit avec perception d'un craquement et impotence douloureuse persistante ». L'assureur-accident demanda au Dr D \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, de procéder à un examen médical, lequel eut lieu le 13 septembre 2007. Un rapport d'expertise daté du même jour fut remis à l'assureur. Le Dr D \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : status 10 mois après contusion antérieure bénigne de l'épaule droite et contusion bénigne de l'hémi-face droite ; tendinopathie de la coiffe des

rotateurs de l'épaule droite (sus-épineux, sous-scapulaire et LCB) ; status 4 mois après ténotomie/ténodèse du LCB et débridement labral antéro-supérieur de l'épaule droite. Selon le Dr D \_\_\_\_\_, l'évènement du 20 novembre 2006 fut tout au plus à l'origine d'une contusion de la face antérieure de l'épaule droite et aucune action vulnérante susceptible d'engendrer une lésion labiale en zone antéro-supérieure, voire une lésion du LCB n'avait été caractérisée. Les photographies per-opératoires avaient montré une lésion labrale dégénérative caractéristique qui n'avait rien d'exceptionnel chez un patient de 41 ans sollicitant passablement ses épaules, particulièrement du membre dominant. Une « désinsertion » partielle du labrum n'était clairement pas manifeste sur les photos. Quoiqu'il en soit, la lésion SLAP décrite par le Dr C \_\_\_\_\_ ne trouvait clairement pas de relation causale avec l'évènement assuré. Enfin, une instabilité du LCB visualisée à l'IRM corroborait parfaitement une lésion consécutive à l'usure et l'insuffisance de la coiffe des rotateurs. En conséquence, le Dr D \_\_\_\_\_ était d'avis que le status quo ante/respectivement sine aurait dû être considéré comme atteint après un mois au maximum. Le 2 novembre 2007, dans le cadre du droit d'être entendu et se fondant sur l'avis du Dr D \_\_\_\_\_, l'assureur-accident indiqua au recourant qu'il ne pouvait être octroyé de prestations d'assurances au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Faute de réaction de l'assuré sous 20 jours, une décision formelle interviendrait. Le 16 novembre 2007, le Dr C \_\_\_\_\_ indiqua à l'assureur-accident ne pas partager les conclusions du Dr D \_\_\_\_\_, précisant : « Sa rhétorique sur les lésions dégénératives sur la base desquelles il refuse quasi systématiquement des traumatismes établis devient un peu lassante ». Le recourant s'opposa à la fin des prestations, par courrier du 21 novembre 2007 (qu'il compléta le 14 décembre 2007). Il contestait l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ et se fondait sur l'avis du Dr C \_\_\_\_\_. Il sollicitait l'intervention d'un expert neutre. Selon un avis du Dr C \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2008, il existait clairement des éléments objectifs à l'IRM démontrant la nature traumatique de la subluxation du biceps, alors qu'il n'existait pas de lésion dégénérative décrite au niveau de la coiffe des rotateurs, comme sous-entendu par le Dr D \_\_\_\_\_. Le recourant n'avait jamais souffert de l'épaule auparavant. Il précisait que l'imputation par le Dr D \_\_\_\_\_ de la symptomatologie présentée par un patient à des troubles dégénératifs était répétitive dans la plupart de ses expertises. Il indiquait aussi que le Dr D \_\_\_\_\_ avait fait l'objet de plusieurs plaintes lors d'assemblées de la Société Genevoise d'Orthopédie. Dans le cadre d'un complément d'expertise du 20 juin 2008, le Dr D \_\_\_\_\_ apporta différentes réponses médicales, notamment s'agissant de l'interprétation d'imageries pour défendre son point de vue exprimé dans l'expertise du 13 septembre 2007. Par décision du 25 juillet 2008, l'assureur-accident mis fin à ses prestations au 31 décembre 2006, expliquant que l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément de nature à modifier sa position. Le recourant forma opposition contre cette décision le 3 septembre 2008. Il était notamment relevé que selon l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2008, l'attente avant l'intervention chirurgicale se justifiait et qu'il existait des éléments objectifs démontrant la nature traumatique de l'atteinte. Le recourant relevait également qu'il n'avait jamais souffert de l'épaule avant l'évènement du 20 novembre 2006 et que, désormais, il se portait parfaitement bien. Dans un avis du 30 septembre 2008, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'assureur-accident, confirma le point de vue du Dr D \_\_\_\_\_. Par décision sur opposition du 17 octobre 2008, l'assureur-accident rejeta l'opposition et retira l'effet suspensif à un éventuel recours. Il se fonda sur les opinions concordantes des Drs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_. Le recourant contesta cette décision

sur opposition par acte du 19 novembre 2009 adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales. Il concluait préalablement à ce que le Tribunal sursoie à statuer dans l'attente d'un rapport d'expertise sollicité après du Prof. F \_\_\_\_\_ des HUG, et à ce que la comparution personnelle et l'audition de différents médecins soient ordonnées. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision entreprise et à la condamnation de l'assureur à la couverture des frais de traitements, au versement d'indemnités journalières, et au remboursement des frais d'expertises, sous suite d'intérêts (pour les indemnités journalières), de frais et dépens. En substance, il critiquait l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_, laquelle était contraire à l'avis de l'ensemble des médecins consultés par le recourant. Quant à l'avis du Dr E \_\_\_\_\_, il se bornait à reprendre l'avis du Dr D \_\_\_\_\_. Il indiquait que même sur la base du rapport du Dr D \_\_\_\_\_, les prestations LAA auraient dû être octroyées, car sans l'évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou pas de la même manière. Le 4 décembre 2008, l'assureur-accident s'opposa à la suspension de la procédure dans l'attente de l'avis du Prof. F \_\_\_\_\_. Par arrêt incident du 13 janvier 2009, l'instance fut suspendue jusqu'à réception du rapport du Prof. F \_\_\_\_\_. Ladite expertise fut finalement réalisée le 8 mai 2009 par, le Dr G \_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG et le Dr H \_\_\_\_\_, médecin adjoint du même service. Ces médecins ont retenu les diagnostics suivants : arthroscopie de l'épaule droite avec ténotomie/ténodèse du long chef du biceps le 7 mai 2007 ; tendinopathie du tendon sus-épineux ; subluxation antérieure avec tendinopathie du long chef du biceps ; lésion de la partie haute du sous-scapulaire ; lésion labrale antéro-inférieure droite ; arthrose acromio-claviculaire droite ; et septoplastie nasale en 1987. Ces experts ont expliqué que le Dr D \_\_\_\_\_ s'était focalisé principalement sur la littérature médicale ayant décrit les pathologies, sans faire d'analyse et de développement quant à l'éventualité d'une origine traumatique. Des lésions infra-cliniques de la coiffe des rotateurs pouvaient effectivement intervenir dans un cadre dégénératif, mais c'était rarement le cas aux alentours de 40 ans, alors que cela était très fréquent chez la personne âgée. Se fondant, par ailleurs, sur le résultat de différentes études, il apparaissait aux Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ que l'évènement du 20 novembre 2006 était tout à fait apte à générer la lésion litigieuse. Selon eux : « Il existe clairement, et ceci ne repose pas sur une impression ou une quelconque expérience personnelle mais sur l'analyse d'articles publiés dans des revues chirurgicales de références, une action vulnérante susceptible d'engendrer les lésions retrouvées chez [le recourant] ». Par acte du 28 mai 2009, le recourant persista dans ses conclusions. L'expertise du 8 mai 2009 revêtait une pleine valeur probante et confirmait la relation de causalité naturelle entre l'accident et les lésions subies. Il ajoutait qu'une partie des lésions dont il souffrait entraient dans le champ des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Ainsi, les critères d'appréciation des preuves s'en trouvaient modifiés, en ce sens qu'une origine dégénérative devait être exclusive et manifeste pour exclure l'octroi des prestations. Dans un deuxième rapport complémentaire, daté du 27 juin 2009, le Dr D \_\_\_\_\_ maintenait que le mécanisme lésionnel (qui n'était pas un accident « violent » comme indiqué par les Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_) ne s'était pas modifié. Certaines lésions décrites par les experts des HUG n'avaient pas été objectivées. Les études auxquelles il était fait référence portaient sur le traitement des lésions et non pas sur leur épidémiologie. L'expertise ainsi réalisée n'apportait aucun élément nouveau pouvant modifier ses conclusions du 13 septembre 2007. Dans sa réponse du 27 août 2009, l'assureur-accident a conclu préalablement à ce que le recourant fournisse les

renseignements utiles quant à une éventuelle prise en charge des frais de traitement par l'assureur-maladie du recourant. Principalement, il concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 17 octobre 2008. Il se fondait sur l'expertise du Dr D \_\_\_\_\_, rejoint, s'agissant de l'analyse de l'arthrographie-IRM par les Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ (contrairement à l'avis du Dr C \_\_\_\_\_). Le Dr E \_\_\_\_\_ avait confirmé l'absence de lien de causalité naturelle retenue par le Dr D \_\_\_\_\_. Les avis des Drs G \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ ne valaient pas expertise, car ces médecins étaient mandatés par le recourant. S'agissant spécifiquement des frais de traitement, ceux-ci avaient pu être déjà pris en charge par l'assureur-maladie du recourant. Quant aux intérêts réclamés en lien avec les indemnités journalières, les conditions de l'art. 26 al. 2 LPGA n'étaient pas réalisées. Convoqués en comparution personnelle, les parties furent entendues le 10 décembre 2009. Elles persistèrent dans leurs conclusions respectives. Le recourant a expliqué le déroulement de l'évènement du 20 novembre 2006. Il a notamment indiqué que le choc avait été assez fort, tout son poids ayant basculé et ses pieds ayant été levés du sol. Il avait senti immédiatement un craquement et une grosse brûlure, ce qui ne l'avait pas empêché de poursuivre son activité ce jour-là. Les douleurs très fortes avaient commencé le soir. Son employeur lui avait confié un travail plus administratif et il avait eu plusieurs arrêts de travail, mais pour de courtes périodes à partir des mois de février ou mars 2007 jusqu'à la convalescence d'une intervention du mois de mai 2007. Il a précisé avoir repris le travail à 50% trois semaines après l'intervention et à plein temps encore trois semaines plus tard. Il avait désormais repris son travail habituel d'intendant, faisait les mêmes tâches qu'auparavant, allait bien et n'avait plus de problèmes de santé. L'assureur-accident a indiqué avoir pris en charge les frais médicaux jusqu'à la fin de l'année 2006, année durant laquelle il n'y avait pas eu d'incapacité de travail. Il n'y avait pas d'éléments au dossier faisant état d'une incapacité de travail avant le 7 mai 2007. Les parties ont convenu que restaient litigieux le droit aux indemnités journalières pour les périodes d'incapacité de travail en 2007 et la prise en charge des frais de traitement. Le recourant a indiqué que son employeur avait continué à lui verser son salaire durant ses périodes d'incapacité de travail, de sorte qu'il n'avait pas subi de perte de salaire. Les factures reçues pour ses frais de traitement ascendaient approximativement à 19'000 fr. Les prestataires médicaux attendaient l'issue de la présente cause pour être payés, étant précisé que l'assureur-maladie transfrontalier, SWISS LIFE en France avait été informé et avait déclaré par courrier du 5 septembre 2006 qu'il interviendrait sur simple présentation du refus de la caisse accident, sans toutefois former recours. L'assureur-accident a indiqué n'avoir pas notifié sa décision à l'assureur-maladie. Un délai fut fixé aux parties pour se déterminer sur l'appel en cause de l'assureur-maladie. Par écriture du 21 décembre 2009, l'assureur s'opposa à l'appel en cause de l'assureur-maladie. Par écriture datée par erreur du 28 mai 2009, mais expédiée par pli postal le 21 décembre 2009, le recourant conclut à l'appel en cause de son assureur-maladie. Le recourant fut encore invité, par ordonnance du 4 janvier 2010, à produire une attestation de son assurance-maladie, ce qui fut fait le 18 janvier 2010. Il ressort de la production de ces documents que SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE (ci-après : l'assureur-maladie) assure le recourant pour l'éventualité maladie, en France comme en Suisse, selon un catalogue de prestations. L'assureur-maladie fut appelé en cause par ordonnance du Tribunal du 3 février 2010 et invité à se déterminer. Par courrier du 21 juin 2010, ce dernier s'en rapporta à justice quant à la qualification de l'évènement du 20 novembre 2006. Le Dr D \_\_\_\_\_ fut entendu en qualité de témoin le 1er juillet 2010. Il

expliqua consacrer environ 40% de son activité aux expertises, étant mandaté tant par des assurances que par des tribunaux ou des avocats pour le compte de leurs clients. Il a critiqué l'avis des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, car ces derniers n'avaient pas choisi la littérature médicale appropriée pour déterminer le lien de causalité, mais une littérature intéressante uniquement du point de vue du traitement. Les lésions de la coiffe des rotateurs dans un cadre dégénératif aux alentours de 40 ans étaient rares mais possibles. Il était possible, puisque la coiffe des rotateurs n'avait pas été traitée lors de l'intervention chirurgicale, que les troubles dégénératifs soient restés asymptomatiques et que l'accident ait provoqué d'autres troubles. La contusion de l'épaule avait permis de découvrir une lésion du complexe bicipito-labral au niveau duquel le chirurgien avait finalement trouvé une lésion. Un lien de causalité entre l'accident, tel qu'il lui avait été décrit, et la lésion, telle qu'elle lui avait été décrite, était clairement exclu. La description de l'action vulnérante était un élément important de l'expertise et il avait tenu compte d'un choc bénin. Si le choc avait été violent, cela modifierait son avis. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait découvert des lésions du tendon typiquement de nature dégénérative (couches de tendons à des niveaux d'évolution différents). Les lésions de la coiffe des rotateurs d'origine dégénérative étaient plus fréquentes chez les personnes exerçant un travail lourd comme celui du recourant. Le Dr C\_\_\_\_\_ fut entendu en qualité de témoin le 7 octobre 2010. Il confirma qu'une arthro-IRM de l'épaule pratiquée le 29 mars 2007 avait montré un œdème et des micro fractures de la région du trochiter parlant en faveur d'une lésion traumatique. Il n'avait pas constaté la présence de couches de tendons à des niveaux d'évolution différents, au contraire du Dr D\_\_\_\_\_. L'arthro-IRM avait mis en évidence un choc au niveau du trochiter, choc qui avait abîmé la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire, qui avait lui-même permis la luxation du tendon du biceps. Une telle interprétation de l'arthro-IRM était confirmée par le radiologue. Ce type de lésion était peu fréquent. L'arthroscopie avait confirmé ce qui avait été vu à l'arthro-IRM. Il indiqua que son expérience au sujet des avis du Dr D\_\_\_\_\_ était qu'ils seraient orientés et souvent critiqués, mais il ne pouvait mentionner aucun élément objectif à ce sujet. Les parties furent entendues le même jour. Le recourant expliqua avoir un CFC de mécanicien pour cycles et cyclomoteurs. Il avait travaillé deux ans dans cette activité avant de prendre un travail administratif dans une banque, puis d'exercer une activité de vente et de facturation. Il travaillait pour son employeur actuel depuis 2002, tout d'abord à l'accueil, puis comme chauffeur, puis, depuis novembre 2005, à son poste actuel consistant principalement à effectuer des états des lieux de logements et de la manutention. La manutention lourde était effectuée par des contre-prestataires. Les parties renoncèrent à l'audition de témoins complémentaires et considérèrent que la cause était en état d'être jugée. Le Tribunal donna alors aux parties l'occasion de s'exprimer par écrit. Le recourant se détermina par écriture du 30 novembre 2010, qui ne fut communiquée à l'assureur-accident qu'après que la détermination dudit assureur ne soit connue. Il expliquait qu'avant l'accident, il ne souffrait d'aucune affection de l'épaule droite qu'il ne sollicitait pas particulièrement. Il avait subi un événement traumatique évident remplissant les conditions juridiques permettant de le qualifier d'accident. Le recourant se référait principalement à l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ et relevait que l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas probante car abstraite et sans motivation réelle. Elle partait de prémisses fausses, à savoir que le choc n'avait pas été violent et que l'activité du recourant serait lourde. Au contraire, l'expertise des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante. Il modifia ses conclusions, en ce sens qu'il ne réclamait plus le versement d'indemnités journalières et qu'il sollicitait la couverture

intégrale des frais de traitement, soit différents montants portant intérêts, pour un total de 19'507 fr. 40, hors intérêts. Il produisit différentes factures médicales, dont celles du Dr C \_\_\_\_\_, à l'appui desdites conclusions. L'assureur-accident se détermina par écriture du 6 janvier 2011. Ce dernier se référa à l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ qu'il qualifiait de précis et bien motivé, et qui était confirmé par son médecin-conseil. Quant à l'avis des Dr G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_, il émanait de médecins non dirigeants au sein du service orthopédique des HUG, alors qu'il avait été annoncé une expertise du Prof. F \_\_\_\_\_, chef dudit service. Le Dr C \_\_\_\_\_ était quant à lui intéressé à l'issue de la procédure, puisqu'il attendait son issue pour savoir qui allait le payer. Il releva que le droit aux prestations devait être nié lorsque le lien de cause à effet entre l'accident et le dommage paraissait possible, mais ne pouvait être qualifié de probable, ce qui était le cas à teneur des avis des Drs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_, lesquels avaient une plus grande valeur probante que l'avis des Drs G \_\_\_\_\_ et DE H \_\_\_\_\_. En effet, l'avis des experts mis en œuvre par un tribunal ou un assureur-accident dans le respect des règles de procédure applicables avaient plus de valeur que celui d'un expert privé. Enfin, le versement d'intérêts ne pouvait en tout cas pas intervenir avant le 1 er janvier 2009.

L'assureur-accident persista dans ses précédentes conclusions. L'assureur-maladie ne fit parvenir aucune détermination au Tribunal. La cause fut gardée à juger le 18 janvier 2011.

EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1 er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, le 19 novembre 2008, le recours contre la décision de l'assureur du vendredi 17 octobre 2008 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige ne porte plus que sur la prise en charge des frais de traitement du recourant suite à l'évènement du 20 novembre 2006, et en particulier les frais de l'intervention chirurgicale (arthroscopie) du 7 mai 2007. Singulièrement, il convient de déterminer si il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 20 novembre 2006 et les lésions ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 7 mai 2007.

L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte

à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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 no U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., 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. 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 OLAA, qui prévoit que 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147). D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 ). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne

également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351, consid. 3c). Quant au médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, il s'avère que les lésions corporelles du recourant ne font pas partie des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionne une désinsertion partielle, soit un décollement (expertise du Dr D\_\_\_\_\_ du 13.09.2007, page 9), du labrum. Le Dr D\_\_\_\_\_ ne retient pas un tel décollement, mais une lésion dégénérative caractéristique, soit un effilochage. Quant aux Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ils rejoignent l'analyse de l'arthro-IRM effectuée par le Dr D\_\_\_\_\_ et décrivent les lésions constatées sur les imageries, sans d'ailleurs retrouver la lésion de type SLAP II décrite par le Dr C\_\_\_\_\_. Ainsi, aucun médecin ne se prononce en faveur d'une déchirure de tendons ou de la coiffe des rotateurs. Il s'ensuit qu'il convient de ne pas faire application de l'art. 9 al. 2 OLAA en l'espèce. Les avis médicaux divergent au sujet du lien de causalité naturelle. Il sera retenu que l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ est complet, détaillé et convainquant, de telle sorte qu'il peut lui être accordé une pleine valeur probante. A ce sujet, les réserves évoquées par le Dr C\_\_\_\_\_ et les plaintes dont il a fait état ne peuvent en aucune façon être retenue, dès lors qu'il n'a pas été démontré que lesdites plaintes existent réellement, ni qu'elles soient bien fondées. Il n'est pas non plus démontré que le Dr D\_\_\_\_\_ aurait un point de vue systématiquement orienté et favorable aux assureurs. Il n'y a pas non plus lieu de retenir que l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ est fondé sur de fausses prémisses. En effet, ce médecin a précisé lors de son audition par le Tribunal ce qu'il entendait au sujet de la violence du choc. Il a notamment indiqué que le recourant n'était pas tombé. Il n'apparaît ainsi pas que le Dr D\_\_\_\_\_ se soit fondé sur un état de fait erroné, puisqu'à aucun moment le recourant n'a prétendu être tombé. Au contraire, il a expliqué lors de son audition du 10 décembre 2009 avoir continué à travailler. Quant au caractère lourd du travail effectué par le recourant, l'on ne saurait considérer que le Dr D\_\_\_\_\_ s'est fondé sur une prémisse erronée. D'une part, l'activité du recourant comprend de la manutention. D'autre part, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé lors de son audition du 1<sup>er</sup> juillet 2010 que d'autres éléments entraient en considération. Or, sur le fond, le Dr D\_\_\_\_\_ retient que le lien de causalité entre l'évènement du 20 novembre 2006 et l'intervention chirurgicale est seulement possible. Le rapport d'expertise des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ revêt une moindre valeur probante, dès lors qu'elle est présentée par une partie, conformément à la jurisprudence citée plus haut. De surcroît, elle ne permet pas de remettre en doute les conclusions de l'expert. En effet, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ indiquent notamment : « Nous

estimons, pour notre part, que la lésion du tendon sous-scapulaire, la subluxation du long chef du biceps et la lésion labrale présentées par [le recourant] ont pu avoir une origine traumatique » (expertise du 8 mai 2009, p. 8). Ils ajoutent : « Il existe clairement [...] une action vulnérante susceptible d'engendrer les lésions retrouvées chez [le recourant] » (page 9), avant de considérer « On notera, par ailleurs, qu'une fois les lésions qui avaient vraisemblablement une origine traumatique ont été prises en charge chirurgicalement, la symptomatologie s'est très rapidement amendée » (page 9). Les mots « ont pu » et « susceptibles d'engendrer » annoncent une simple possibilité, par la suite envisagée au degré de la simple vraisemblance. Or, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 p. 88 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322). L'appréciation des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_, tout comme celle du Dr D \_\_\_\_\_ ne permet ainsi pas de retenir un lien de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante requis pour l'octroi de prestations. Enfin, l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, qui a moindre valeur probante puisqu'il est le médecin-traitant, ne saurait à lui seul infirmer les conclusions tirées des appréciations des trois experts médicaux précités. A vrai dire, compte tenu du fait que l'avis des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ corrobore en partie celui du Dr D \_\_\_\_\_ et permet de tirer la même conclusion juridique, le point de vue du Dr C \_\_\_\_\_ ne mène pas le Tribunal à douter, de sorte que la mise sur pied d'une expertise ne se justifie pas. Il ne saurait ainsi être retenu que l'évènement du 20 novembre 2006 est en lien de causalité naturelle avec les lésions ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 7 mai 2007. Ainsi, l'une des conditions permettant l'octroi des prestations fait défaut. Le recours s'en trouve mal fondé, de sorte qu'il sera rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Isabelle CASTILLO Le président Thierry STICHER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le