

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1071/2013

ATAS/880/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 septembre 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BALE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1978, médecin de profession, s'est blessé à l'épaule droite le 1^{er} juin 2011 en soulevant une très lourde valise à l'aéroport de Cointrin. Il a alors ressenti un craquement et une vive douleur au niveau de l'épaule droite. X_____, qui emploie l'assuré, a signalé cet événement à BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée) le 14 juin 2011 au moyen du formulaire ad hoc ("déclaration d'accident-bagatelle LAA").
2. Le 21 juin 2011, l'assuré a subi une IRM de l'épaule droite au service de radiologie des HUG. Dans leur rapport établi le même jour, les Drs L_____ et M_____ ont posé le "diagnostic différentiel d'une tendinopathie versus des altérations post traumatiques". Ils ont également diagnostiqué une bursite sous-acromiale et indiqué que le tendon du sus-épineux présentait un aspect hétérogène.
3. Invité à donner des précisions à l'assurance, l'assuré a rempli un questionnaire en date du 29 juin 2011. Il y a confirmé la version des faits donnée le 14 juin 2011 en précisant qu'il avait soulevé la valise d'une seule main, la droite et que hormis une impression qu'il décrit comme un "kraaak", rien de particulier (heurt, choc, etc.) ne s'était produit. L'assuré a ajouté qu'il n'avait jamais dû suivre de traitement médical pour son épaule droite avant l'événement du 1^{er} juin 2011, mais qu'à la suite de ce dernier, il était suivi par le Dr N_____, médecin orthopédiste aux HUG.
4. Par courrier du 3 décembre 2012, l'assurance a annoncé à l'assuré que l'événement décrit dans la déclaration d'accident du 14 juin 2011 et dans le questionnaire du 29 juin 2011 ne pouvait pas être considéré comme un accident au sens légal du terme et qu'il était invité à s'adresser à sa caisse-maladie.
5. Le 10 décembre 2012, l'assuré a contacté l'assurance par téléphone pour exprimer son désaccord avec le refus de prise en charge du cas.
6. Par pli du 14 décembre 2012, l'assuré a réagi au courrier de l'assurance du 3 décembre 2012 en déclarant qu'il contestait la qualification de l'événement donnée par l'assurance.
7. En date du 21 décembre 2012, le Dr N_____ a complété son rapport médical initial en indiquant que lors de la consultation du 2 juin 2011, il avait constaté une douleur à la palpation de la face latérale de l'humérus proximal droit en regard du deltoïde et du sus-épineux et qu'il avait posé le diagnostic provisoire (suspicion avant IRM) de déchirure musculaire du deltoïde ou du sus-épineux.
8. Consulté par l'assurance pour une appréciation médicale du cas, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a fait savoir le 16 janvier 2013 par retour de courriel que la suspicion de déchirure du muscle deltoïde mentionnée par le Dr N_____ n'était pas confirmée par l'IRM qui décrivait un

système musculaire normal. Il a ajouté que si l'assuré présentait bien une pathologie tendineuse, il n'y avait pas de déchirure. Se référant à "la liste de l'ordonnance", il a précisé que cette dernière indiquait seulement les déchirures de tendons comme lésion assimilée et qu'en conséquence, une lésion assimilée au sens légal du terme n'était pas donnée.

9. Par décision du 6 février 2013, l'assurance a déclaré qu'elle ne versait aucune prestation pour les frais relatifs à l'événement du 7 novembre 2012 [recte: 1^{er} juin 2011], motif pris qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une lésion assimilée. Une copie de cette décision a été adressée à ASSURA, la caisse-maladie de l'assuré.
10. Expédiée par courrier recommandé du 6 février 2013, la décision précitée n'a pas été retirée par l'assuré dans les limites du délai de garde postal qui courait jusqu'au 14 février 2013.
11. Le 12 mars 2013, l'assuré a contacté l'assurance par téléphone pour signaler qu'il n'avait pas pu prendre réception du courrier recommandé du 6 février 2013 parce qu'il se trouvait en vacances à ce moment précis. Aussi a-t-il invité l'assurance à lui faire parvenir un duplicata de la décision.
12. Par courrier du 14 mars 2013, l'assurance a adressé une nouvelle fois à l'assuré la décision du 6 février 2013 en indiquant que le non retrait du premier envoi à l'office postal ne prolongeait pas le délai d'opposition.
13. Par pli du 16 mars 2013, l'assuré a formé opposition à la décision en faisant valoir qu'il était absent de Genève au moment où la décision lui a été notifiée. À l'appui de ses dires, il produit une copie de billets d'avion libellés à son nom. Il en ressort qu'il s'est rendu aux Etats-Unis le 2 février 2013 et qu'il en est revenu le 17 février 2013. Il considère en conséquence que le délai d'opposition n'a commencé à courir qu'à réception du courrier du 14 mars 2013 qu'il déclare avoir reçu le lendemain.

Sur le fond, il a affirmé que la version qu'il avait donnée de l'événement du 1^{er} juin 2011 n'avait pas été décrite avec suffisamment de précision. Il a précisé qu'en attendant sa valise, il s'était placé en face du tapis roulant descendant qui amène les bagages de l'étage du dessus, à l'endroit où se trouve une petite barrière. Il a ajouté que sa valise était arrivée, placée au-dessus d'un autre bagage et qu'au moment où elle avait fini sa descente et s'était engagée dans le tapis roulant circulaire horizontal, il avait réussi à attraper sa sangle avec sa main droite. Il a déclaré que la valise du dessous, entraînée par le tapis roulant, s'était progressivement désolidarisée de la sienne qu'il tenait toujours par la sangle; sa valise, très lourde, a donc finalement été précipitée dans le vide au moment où il essayait de l'attirer vers lui et c'est à ce moment-là qu'elle a exercé une forte traction sur son épaule et qu'il a ressenti un "crac".

L'assuré a soutenu qu'il avait subi une atteinte à son corps qui avait compromis sa santé physique par une cause extérieure, imprévisible et extraordinaire, à savoir la chute de sa valise par l'action de la gravité. À la lumière de ces éléments, il a déclaré avoir été victime d'un accident.

S'agissant de l'IRM du 21 juin 2011 qui avait confirmé un aspect hétérogène du tendon du sus-épineux posant le diagnostic différentiel d'une tendinopathie versus des altérations post-traumatiques et une bursite sous-acromiale, l'assuré a soutenu que le terme "tendinopathie" implique une affection d'un tendon sans présupposer de son caractère accidentel ou non. Il a ajouté que si l'IRM n'avait pas révélé de déchirure complète du tendon, le rapport d'IRM permettait, aux dires de l'assuré qui est lui-même médecin, de conclure à une lésion siégeant sur le tendon ou à toute autre altération post-traumatique. L'assuré a développé son argumentaire en ajoutant que même si la supposition initiale du Dr N_____ avait été une déchirure musculaire, l'absence de déchirure musculaire à l'IRM ne constituait pas une raison suffisante de ne pas considérer l'événement du 1^{er} juin 2011 comme un accident dans la mesure où les muscles et les tendons sont liés (d'où l'appellation médicale "d'appareil musculo-tendineux") et qu'à la suite d'une traction sur cet appareil, ce peut être le muscle ou le tendon qui se font endommager, les deux affections étant post-traumatiques. Enfin, l'assuré a précisé qu'il n'avait jamais souffert d'une quelconque affection de l'épaule jusqu'à ce jour et qu'il ne pratiquait pas de sports connus pour spécialement abîmer les épaules (promenades et déplacements à vélo, ski en hiver).

14. Par courrier du 19 mars 2013, l'assuré a envoyé à l'assurance le CD-Rom contenant l'IRM de son épaule effectuée le 21 juin 2011. Commentant les images envoyées, l'assuré a indiqué qu'il les avait montrées à deux médecins radiologues aux HUG dont la spécialiste de la radiologie ostéo-articulaire, et que tous deux avaient expliqué que l'aspect IRM d'une tendinose dégénérative telle qu'on peut la voir chez une personne âgée est le même qu'en cas de lésion traumatique. L'assuré a ajouté que selon les explications reçues, c'est l'histoire et l'âge du patient qui expliquent le mécanisme et qu'en conséquence, chez un patient jeune et dépourvu d'antécédents à l'épaule comme lui, l'étiologie est traumatique. Enfin, il a précisé que les médecins radiologues précités avaient noté à l'intention du Dr O_____ les coupes sur lesquelles la tendinose était bien visible, soit les séquences MPR-COR-DESS, image 34/55, BLADE-FS-SAG, image 6/19 et BLADE-FS-COR, image 9/19.
15. Par décision sur opposition du 25 mars 2013, l'assurance a considéré que l'opposition de l'assuré datée du 16 mars 2013, reçue le 19 mars 2013, était formée hors délai et que partant, la décision du 6 février 2013 était entrée en force de chose jugée. L'assurance a ajouté que même en supposant que l'opposition fût recevable, la décision querellée méritait d'être confirmée. À l'appui de cette solution, l'assurance a considéré que l'assuré devait s'attendre à recevoir une décision et qu'il lui incombait dès lors de prendre toute disposition utile pour sauvegarder ses droits.

L'assurance a ajouté que le fait de s'être rendu aux USA pour des vacances en famille n'entraîne pas dans les empêchements permettant de justifier une restitution du délai d'opposition. Par ailleurs, l'assurance a considéré qu'un accident ne pouvait pas être retenu en l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire – le fait de se pencher en avant pour soulever une très lourde valise n'en étant pas un – et qu'une lésion assimilée à un accident n'était pas donnée non plus, faute de cause extérieure, le fait de soulever une valise de 20 kilos ne présentant pas un risque de lésion accru. De plus, l'assurance a fait valoir que selon le Dr O_____, il y avait une pathologie tendineuse mais pas de déchirure au sens de la liste exhaustive de l'ordonnance sur l'assurance-accidents. Enfin, l'assurance a souligné que la caisse maladie de l'assuré, ASSURA, n'avait pas formé opposition à la décision du 6 février 2013, reconnaissant par là le caractère maladif de la problématique présentée par l'assuré.

16. Par acte du 31 mars 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision de l'assurance du 25 mars 2013, concluant à son annulation et à la prise en charge par l'assurance de l'ensemble des frais liés à l'événement du 1^{er} juin 2011, ce dernier devant être qualifié d'accident.

À l'appui de ses conclusions, le recourant reprend les arguments développés dans son opposition du 16 mars 2013. S'agissant du caractère éventuellement tardif de cette dernière, il fait valoir en outre que les délais de garde postal et d'opposition sont arrivés à échéance le 14 février 2013, respectivement le 16 mars 2013, date à laquelle il a formé opposition. Le recourant soutient en outre qu'au moment d'acheter ses billets d'avion pour les Etats-Unis, il était sans nouvelles de l'événement du 1^{er} juin 2011 depuis plus de 16 mois et que rien ne laissait présager la notification d'une décision en février 2013, soit plus de 20 mois après l'événement.

Sur le fond, le recourant ajoute que le déroulement naturel du mouvement consistant dans le soulèvement de la valise a été interrompu par la chute de cette dernière. Il précise avoir effectué un mouvement réflexe pour empêcher la chute, tant de sa valise que de lui-même au-dessus de la barrière. Il considère également que le fait de rattraper sa valise par mouvement réflexe représente une sollicitation supra-normale en ajoutant que le poids de 20 kg a été inventé par l'assurance et que pour sa part, il est simplement en mesure d'affirmer que ce bagage était inhabituellement lourd. Enfin, le recourant conteste l'appréciation médicale du Dr O_____ en rappelant l'avis divergent de deux médecins qu'il a mentionnés dans son courrier à l'assurance du 20 mars 2013 [recte: 19 mars 2013]. Il affirme que la pathologie tendineuse et l'absence de déchirure mentionnée par ce médecin-orthopédiste n'est pas compatible avec son histoire clinique caractérisée par l'absence d'une quelconque affection à l'épaule jusqu'à ce jour et par l'absence de sport ou d'une activité professionnelle pouvant entraîner une sollicitation particulière de l'épaule.

17. Par acte du 1^{er} mai 2013, l'intimée a indiqué qu'elle s'en rapportait à l'appréciation de la Cour de céans sur la recevabilité du recours. Sur le fond, elle a conclu au rejet de ce dernier et à la confirmation de la décision sur opposition du 25 mars 2013.

À l'appui de ses conclusions, elle fait valoir que le recourant a varié dans ses déclarations, le simple soulèvement de la valise mentionné dans la déclaration d'accident-bagatelle du 29 juin 2011 s'étant mué par la suite en une valise précipitée dans le vide au moment où il tentait de la tirer à lui. Sur le fond, elle conteste l'existence d'un accident, notamment en énumérant sept cas dans lesquels l'existence d'un accident a été niée par les tribunaux lors d'événements impliquant que la victime d'une atteinte à la santé soulève ou retienne des charges souvent notablement supérieures à 20 kg sans qu'il y ait glissade, coup ou chute. L'intimée conteste également l'existence d'une lésion assimilée à un accident en se fondant sur l'appréciation du Dr O _____ qui mentionne une pathologie tendineuse et l'absence de déchirure du tendon. Elle relève à cet égard que les critiques émises par le recourant à l'encontre de cette appréciation ne reposent sur aucune preuve.

18. Par courrier du 7 mai 2013, l'intimée a adressé à la Cour de céans l'original du CD-Rom des images de l'IRM de l'épaule pratiquée le 21 juin 2011 (pièce 2 intimée),
19. Par réplique du 22 mai 2013, le recourant a repris en substance son argumentation développée dans ses précédentes écritures.

S'agissant de sa valise, il affirme au surplus ne pas savoir quel en était le poids, tout en indiquant que les compagnies aériennes prévoient la possibilité d'une surtaxe en cas de dépassement de la limite de poids qui n'est pas fixée uniformément à 20 kg. Prenant position au sujet de la casuistique citée par l'intimée, le recourant soutient que la caractéristique commune aux sept arrêts mentionnés est de concerner vraisemblablement le dos dans le cadre de professions favorisant l'apparition de dégénérescences disco-vertébrales. Il ajoute qu'en ce qui le concerne, ce n'est pas le dos mais l'articulation de l'épaule qui est en cause et qu'au vu de l'absence d'activité sportive ou professionnelle sollicitant particulièrement cette région du corps, il soutient qu'il n'y a aucune raison de penser que son épaule ait pu souffrir d'un quelconque dommage préexistant à l'événement du 1^{er} juin 2011.

20. Par courrier du 21 juin 2013, l'intimée a annoncé qu'elle renonçait à dupliquer et qu'elle persistait intégralement dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 1^{er} mai 2013.
21. Par courrier du 10 juillet 2013, la Cour de céans a invité le recourant à bien vouloir indiquer à quelle date précisément il avait posté son opposition datée du 16 mars 2013 et à quel endroit (poste, boîte aux lettres, avec l'adresse précise), en produisant tout élément de preuve à ce sujet. La Cour de céans a également requis de l'intimée la production de l'enveloppe contenant l'opposition de l'assuré, datée du 16 mars

2013 et, si celle-ci n'a pas été conservée, de produire l'original de cette opposition. Un délai au 20 août 2013 a été imparti au recourant et à l'intimée pour s'exécuter.

22. L'assuré a répondu le 23 juillet 2013 que l'opposition datée du samedi 16 mars 2013 avait été rédigée à la première heure dès son réveil. Il n'avait pas songé à l'expédier par pli recommandé, et l'avait simplement envoyée en courrier prioritaire A. Il ne se rappelle pas à quel moment précis il l'a mise dans une boîte aux lettres, mais il imagine que c'était le samedi après-midi. Il ne sait plus non plus dans laquelle des quatre boîtes aux lettres qu'il utilise usuellement il a glissé l'opposition et précise la localisation de ces quatre boîtes aux lettres. Il rappelle ensuite les circonstances de la notification de la décision.

L'assurance a exposé le 13 août 2013 qu'elle n'avait conservé ni l'original de l'opposition, scannée à réception puis détruite, ni l'enveloppe contenant cette opposition.

23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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; RS 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).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et art. 38 al. 3 et 4 let. a LPGA p.a.).
4. Il convient dans un premier temps d'examiner la recevabilité de l'opposition.

a) L'art. 61 LPGA prévoit que la procédure devant la Chambre des assurances sociales est réglée par le droit cantonal, sous réserve de ce que celui-ci respecte les exigences minimales requises par la LPGA.

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

En vertu de l'art. 59 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), le recours n'est pas recevable contre les décisions que la loi déclare définitives ou non sujettes à recours.

La procédure d'opposition est une condition préalable au dépôt ultérieur d'un recours contre la décision attaquée. S'il y renonce ou laisse s'écouler le délai d'opposition sans l'utiliser, il perd donc le droit de déposer ultérieurement un recours sauf s'il a été empêché sans sa faute de procéder (BOVAY, Procédure administrative, p. 319).

Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche. Le délai fixé par semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois. Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit. Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (cf. art. 38 à 39 LPGA et art. 17 LPA).

Le délai légal ne peut être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA et 16 al. 1 LPA). En effet, la sécurité du droit exige que certains actes ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps : un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181).

Selon la jurisprudence, une décision ou une communication de procédure est considérée comme étant notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Point n'est besoin que celui-ci ait eu effectivement en mains le pli qui contenait la décision. Il suffit ainsi que la communication soit entrée dans sa sphère de puissance de manière qu'il puisse en prendre connaissance (ATF 122 III 319 consid. 4 et les références; GRISEL, Traité de droit administratif, p. 876 et la jurisprudence citée; KNAPP, Précis de droit administratif, 4^{ème} éd., n° 704 p. 153; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^{ème} éd., n°341 p. 123).

Lorsque la notification intervient par pli recommandé, elle est réputée parfaite lorsque l'intéressé ou toute personne qui le représente ou dont on peut légitimement penser qu'elle le représente (cf. ATF 110 V 37 consid. 3) a reçu le pli ou l'a retiré au guichet postal en cas d'absence lors du passage du facteur (ATFA non publié du 11 avril 2005, C 24/05 consid. 4.1). Lorsque l'envoi n'est pas retiré dans le délai de garde de 7 jours, il est réputé avoir été communiqué le dernier jour du délai (cf. ATF 117 V 131).

b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c) La preuve qu'un acte a été déposé en temps utile résulte en principe de la date de l'oblitération postale (ATF 109 Ia 183 consid. 3 b p. 184 ; arrêt 2C_711/2008 du 7 novembre 2008 consid. 3.1), même s'il est possible de l'établir par d'autres moyens de preuve, notamment en faisant appel à des témoins (ATF 109 Ib 343 consid. 2b p. 345; arrêt 2C_711/2008 du 7 novembre 2008 consid. 3.1 ; ATA/800/2010 du 16 novembre 2010).

d) En l'occurrence, la Cour de céans constate que la décision du 6 février 2013 a été notifiée au recourant par pli recommandé du même jour. Non retiré à l'échéance du délai de garde postal échu le 14 février 2013, selon l'enveloppe produite par l'intimée, ce pli a été retourné consécutivement à l'intimée. Compte tenu du délai de garde de sept jours, la décision litigieuse est réputée avoir été notifiée au recourant le 14 février 2013. Il s'ensuit que le délai de recours a commencé à courir le 15 février 2013 et qu'il est parvenu à échéance le samedi 16 mars 2013 et non pas le vendredi 15 mars 2013 comme le soutient l'assurance. En l'espèce, si l'opposition est bien datée du 16 mars 2013, le recourant ne démontre pas que l'opposition aurait été remise à un bureau de poste ou déposée dans une boîte aux lettres le 16 mars 2013 également. Ses explications sont tellement peu précises sur le moment et le lieu où il aurait posté son courrier ce jour-là qu'il est douteux que tel soit le cas. Au demeurant, il ressort de l'opposition que l'assuré l'a envoyée à l'assurance par le courrier interne des HUG, et non pas en le glissant dans l'une des boîtes aux lettres citées. Cela n'est toutefois pas déterminant, car le délai, échu un samedi, a été reporté au lundi 18 mars 2013, date à laquelle l'opposition a effectivement été postée, puisqu'elle a été reçue le mardi 19 mars 2013, selon l'inscription manuscrite

faite par l'intimée. Ainsi, l'opposition a été formée en temps utile, de sorte que c'est à tort que l'assurance l'a déclarée irrecevable.

5. L'opposition étant recevable, la Cour doit examiner la décision sur le fond.

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations LAA en raison des troubles dont il a souffert à l'épaule droite suite à l'événement du 1^{er} juin 2011. Il ressort cependant des développements qui suivent que même dans l'hypothèse l'opposition avait été recevable, le recours devrait tout de même être rejeté.

6. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPG). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2).

b) Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2).

La jurisprudence a admis l'existence d'un accident dans le cas d'une infirmière qui empêche un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (RAMA 1994 n° U 185, p. 79); du port d'une charge exceptionnelle par une personne en position penchée et pressée par le temps (RAMA 1994 n° U 180, p. 37); Elle a par contre nié la survenance d'un accident dans le cas d'un transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier (ATF 116 V 138 consid. 3); d'une fracture par tassement de vertèbres chez un ouvrier qui soulève un poids de 60 à 80 kg (Extr. CNA 1984 n° 3, p. 5); d'un agent de police, doté d'une excellente forme physique, qui enfonce un porte avec une épaule au cours d'une arrestation (RDAT 2003 I no 79, p. 313; cf. la casuistique

établie par FRESARD et MOSER SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, p. 861, n. 73).

Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

7. a) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; ATF non publié 8C_118/2011 du 9 novembre 2011, consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les

conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). 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 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

b) Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 2). La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur qui, sans être de caractère extraordinaire, doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid.

4.2.2; ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATFA non publié U 362/06 du 4 juillet 2007, consid. 3).

Le Tribunal fédéral a nié l'existence d'une cause extérieure au sens défini plus haut pour un homme qui avait soulevé une valise d'environ 20 kg, ce qui avait entraîné la déchirure d'un tendon à son épaule droite (ATF non publié 8C_656/2008 du 13 février 2009, consid. 3.3). Dans le cas précis, la Haute Cour n'a pas discerné de risque accru ("Schädigungspotenzial") dans une telle action. Elle a rappelé qu'un tel risque peut résulter d'une sollicitation du corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique ou d'un changement de position incontrôlé du corps sous l'influence de phénomènes extérieurs dans le cadre de l'accomplissement d'un geste du quotidien (ATF 8C_656/2008 précité, consid. 3.2). Enfin, le Tribunal fédéral a précisé dans le même arrêt qu'un risque accru ne peut être admis en se fondant sur la présence d'une lésion préexistante et l'existence d'une cause extérieure doit être appréciée en fonction de l'événement en tant que tel et non d'après les particularités physiques de chaque assuré (ATF 8C_656/2008 précité, consid. 3.3).

8. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe 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).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1; ATF non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements

portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

9. En l'espèce, le fait de se pencher pour soulever sa propre valise, même lourde, dans la zone de réception des bagages d'un aéroport ne représente assurément pas un effort extraordinaire pour un homme âgé de 33 ans au moment des faits et ayant affirmé à plusieurs reprises sans être contredit que ses épaules étaient en parfaite santé jusqu'à l'événement du 1^{er} juin 2011. Aussi, le caractère extraordinaire de l'atteinte et partant, l'existence d'un accident doivent-ils être niés, étant rappelé que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même.

En date du 29 juin 2011, le recourant a confirmé la version des faits donnée à l'intimée le 14 juin 2011 en indiquant expressément que rien de particulier (heurt, choc, etc.) ne s'était produit. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance du refus de l'intimée de verser la moindre prestation pour les faits relatifs à l'événement du 1^{er} juin 2011 que le recourant a précisé sa version des faits dans son courrier d'opposition daté du 16 mars 2013. Dans ce pli, il a déclaré que la valise qui se trouvait sous la sienne sur le tapis roulant, s'était progressivement désolidarisée de la sienne qu'il tenait par sa sangle avant qu'elle ne soit précipitée dans le vide. Enfin, le recourant donné une troisième version des faits dans son mémoire du 31 mars 2013 en déclarant avoir effectué un mouvement réflexe pour empêcher la chute tant de sa valise que de lui-même au-dessus d'une barrière.

En l'occurrence, il tombe sous le sens que les explications données par le recourant dans les deuxième et troisième versions de l'événement du 1^{er} juin 2011 ont été influencées par les développements juridiques figurant dans la décision de refus du 6 février 2013, respectivement la décision sur opposition du 25 mars 2013. Dans cette dernière en effet, le recourant a surligné les termes "mouvement réflexe pour éviter une chute" que l'on retrouve aussitôt après dans son écriture du 31 mars 2013, adaptés à un scénario très mouvementé qui ne ressemble plus guère à la première version des faits. Dans ces conditions, il apparaît que la description de l'événement du 1^{er} juin 2011 a été rectifiée a posteriori à la lumière des critères jurisprudentiels permettant de définir un accident et une lésion assimilée. Aussi la Cour de céans s'en tiendra-t-elle aux déclarations dites "de la première heure" qui ne permettent pas de conclure à la survenance d'un accident.

Selon le recourant, il convient de retenir à tout le moins l'existence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Il se fonde à cet égard sur les déclarations de deux médecins radiologues aux HUG qui ne figurent cependant dans aucune pièce versée à la procédure. Aussi n'existe-t-il aucun élément qui puisse mettre en doute la valeur probante de l'appréciation du Dr O_____ qui, après examen de l'IRM, conclut à une pathologie tendineuse et à l'absence de déchirure du tendon au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Par surabondance, l'existence d'une lésion assimilée

à un accident doit être de toute manière écartée étant donné que le soulèvement d'une lourde valise ne constitue pas une cause extérieure (ATF non publié 8C_656/2008 du 13 février 2009 consid. 3.3 au sujet d'une valise de 20 kg) et que l'existence d'une telle cause ne saurait être admise du simple fait que le recourant allègue n'avoir jamais souffert de son épaule auparavant (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1).

10. En conséquence, le recours est rejeté et la procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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