

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/121/2015

ATAS/990/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 novembre 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à DOUVAIN (F), comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc LIRONI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1981, a travaillé en tant que conducteur de B\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).
2. Selon une déclaration de sinistre du 9 août 2011, l'assuré a subi un accident le 7 août 2011. Son vélo a glissé dans un virage et il a chuté sur le côté droit, ce qui a entraîné une contusion de l'épaule.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a attesté d'une incapacité de travail du 7 au 13 août 2011 par certificat du 8 août 2011.
4. Le 27 septembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 26 septembre 2011 pour une durée indéterminée. Il a par la suite régulièrement prolongé l'arrêt de travail de l'assuré.
5. Une IRM de l'épaule droite de l'assuré a été pratiquée le 5 octobre 2011. Elle a mis en évidence une tuméfaction du muscle petit rond et de l'infra-épineux, un signal discrètement hyperintense en suppression de la graisse traduisant un œdème et pouvant être secondaire à une contusion musculaire, une réaction de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire avec lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne, pas d'image de rupture de la coiffe des rotateurs, pas de lésion du tendon du sous-scapulaire ni du long chef du biceps, et pas de trajet fracturaire.
6. Les radiographies de la colonne cervicale et de l'épaule droite réalisées le 24 novembre 2011 ont notamment révélé une discrète scoliose à convexité gauche de la colonne cervicale, une bonne congruence articulaire gléno-humérale, l'absence de diminution de l'espace sous-acromial et de calcification pathologique s'agissant de l'épaule, et l'absence de diastasis significatif à l'articulation acromio-claviculaire. Une infiltration avec arthrographie partielle avait été réalisée et la capacité articulaire était conservée.
7. Dans son rapport du 5 décembre 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état de douleurs persistantes associées à une incapacité de travail complète chez l'assuré. Les amplitudes articulaires étaient conservées avec des signes de souffrance du sus-épineux, une acromio-claviculaire très douloureuse et un cross arm test positif. Le bilan radiologique de l'épaule et de la colonne cervicale était totalement normal. Une infiltration-test avait amélioré les douleurs de manière significative durant deux heures. Le médecin proposait une arthroscopie avec résection de la clavicule distale et vraisemblablement une acromioplastie de complément. Il sollicitait la décision de la Suva quant à la prise en charge de cette intervention.

8. Le 2 février 2012, l'assuré a subi une arthroscopie gléno-humérale, une bursoscopie, une bursectomie, une acromioplastie et une résection du centimètre distal de la clavicule droite, pratiquées par le Dr D\_\_\_\_\_. Les diagnostics indiqués dans le rapport opératoire étaient ceux d'entorse acromio-claviculaire avec incongruence articulaire droite, de tendinite de coiffe et de lésion acromio-claviculaire de type II douloureuse.
9. Dans son rapport du 18 avril 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une instabilité acromio-claviculaire et une contusion de l'épaule. L'évolution était lentement favorable. L'incapacité de travail persistait.
10. Le 9 juillet 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré lui avait permis une reprise du travail à 50 % depuis le 18 juin 2012. Ce dernier ne pouvait pas conduire plus de quatre heures par jour.
11. Par deux certificats datés du 16 juillet 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail totale dès le 18 août 2012 et d'une capacité de travail de 50 %, soit 4 heures par jour, du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2012.
12. Le 5 septembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé la reprise du travail à 100 % dès le 18 août 2012.
13. Dans son courrier du 16 octobre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la reprise du travail avait dû être interrompue le jour même en raison de l'impossibilité pour l'assuré de réaliser ses activités professionnelles. Une capacité de travail était généralement attendue six mois après une acromioplastie avec résection de la clavicule, mais tel n'était pas le cas chez l'assuré. Malgré la fonction complète, des douleurs sans explication somatique pour l'heure subsistaient.
14. Lors d'un entretien téléphonique avec la Suva le 31 octobre 2012, l'assuré a confirmé avoir travaillé à 50 % entre le 18 juin et le 15 octobre 2012. Il était gêné dans la conduite des bus et des trolleys. Il avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés à l'étranger (OAIE).
15. Une échographie de l'épaule droite réalisée le 18 octobre 2012 s'est révélée normale.
16. Le 7 novembre 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a diagnostiqué un discret syndrome du tunnel carpien à droite et une entorse scapho-lunaire bénigne du poignet droit. L'assuré avait des douleurs à cette articulation et des paresthésies positionnelles, avec des signes cliniques modérés. Le pronostic était bon, et aucun arrêt de travail n'était associé à ces atteintes.
17. Dans son rapport du 25 octobre 2012, la doctresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'électroneuromyographe (ENMG) avait révélé une neuropathie des nerfs médians, prédominant à droite, sensitivo-motrice myélinique légère à droite et purement sensitive myélinique légère à gauche.

18. Le 27 novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic d'instabilité acromio-claviculaire. L'évolution était défavorable et le pronostic réservé. La capacité de travail restait nulle et un dommage permanent était à craindre.
19. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 9 janvier au 20 février 2013.

Dans leur rapport du 28 février 2013, les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et H\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont notamment posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes de l'épaule droite et les diagnostics supplémentaires de chute à vélo le 7 août 2011 avec traumatisme de l'épaule droite et du poignet droit, de status après une entorse acromio-claviculaire droite et déchirure partielle non transfixiante du ligament scapho-lunaire du poignet droit, d'arthroscopie avec bursectomie, acromioplastie et résection du centimètre distal de la clavicule droite, de probable syndrome du défilé thoracique droit de type neurologique secondaire, d'infiltration au niveau postérieur de l'articulation acromio-claviculaire droite le 30 janvier 2013, d'ébauche de hernie discale paramédiane gauche en C5-C6 sans extension foraminale compressive et sans répercussion sur les dimensions du canal cervical, de lombalgies chroniques, et d'hypercholestérolémie. L'assuré se plaignait de douleurs continues à l'épaule droite, accentuées à l'effort, irradiant à la face dorso-ulnaire de la main et de l'os semi-lunaire du carpe droit. L'assuré décrivait des sensations de fourmillement avec des décharges électriques des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts irradiant jusqu'au coude, et des lombalgies basses.

À l'issue de leur status, complété par plusieurs examens paracliniques et consultations spécialisées, les médecins de la CRR ont noté que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives et les diagnostics d'œdème de l'extrémité distale de la clavicule avec discrets remaniements inflammatoires de l'acromio-claviculaire et possible conflit acromio-claviculaire persistant, de probable syndrome du défilé thoracique droit de type neurologique secondaire, et de lésion partielle du ligament scapho-lunaire. Les limitations fonctionnelles durables suivantes étaient retenues : activités mettant en jeu les mouvements de rotation lorsque les bras se trouvaient en position de flexion vers 60° de flexion (conduite bus), port de charges lourdes, travail prolongé au-dessus de l'horizontale, travail avec les membres supérieurs en porte-à-faux. La situation n'était pas stabilisée au plan médical, la physiothérapie devant se poursuivre bien qu'aucune intervention ne soit préconisée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en raison de facteurs médicaux liés aux douleurs lors de la reprise à temps partiel. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce pronostic était favorable. L'infiltration pratiquée n'avait pas amené d'amélioration de la symptomatologie. Une résection complémentaire pourrait être discutée, mais il n'était pas certain qu'elle amène une amélioration. Le syndrome du défilé thoracique ne posait pas d'indication opératoire, seuls des exercices de physiothérapie étaient nécessaires. Selon l'avis du

---

chirurgien de la main de la CRR, les douleurs du poignet droit, sans instabilité, ne devaient pas mener à une opération. Il ne semblait pas y avoir de facteurs psychosociaux délétères chez l'assuré, désireux de reprendre une activité professionnelle. L'activité habituelle de chauffeur serait difficile à reprendre à plein temps, et un reclassement interne avec moins de contraintes au niveau de l'épaule était proposé. Dans cette activité adaptée, la capacité de travail serait complète. L'incapacité de travail était complète du 9 janvier au 4 mars 2013.

Les documents suivants étaient notamment joints au rapport de la CRR :

- a. rapport d'IRM de l'épaule droite du 16 janvier 2013, concluant à une morphologie et un signal normaux de la coiffe des rotateurs, à l'absence de bursite sous-acromiale et de lésion ostéo-chondrale ou labrale et à un œdème de l'extrémité distale de la clavicule avec discret remaniement inflammatoire de l'acromio-claviculaire ;
  - b. rapport de consilium psychiatrique du 11 janvier 2013, relevant que l'assuré était sous traitement antidépresseur depuis huit ans environ à la suite d'une surcharge professionnelle, ne retenant pas de diagnostic psychiatrique malgré quelques préoccupations et angoisses liées à l'avenir professionnel, sans caractère pathologique. Un suivi individuel pourrait aider l'assuré à mieux gérer sa frustration et son impulsivité ;
  - c. rapport d'arthro-scanner du poignet droit du 29 janvier 2013, concluant à une déchirure transfixiante de la composante palmaire proximale du ligament scapho-lunaire s'étendant en regard de son versant moyen, et à une arthrose radio-scaphoïdienne associée à un amincissement cartilagineux du versant articulaire de l'os scaphoïde ;
  - d. rapport d'examen neurologique du 30 janvier 2013 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, diagnostiquant une souffrance au niveau du défilé costo-claviculaire droit sans explication claire, du moins orthopédique, et préconisant un bilan angiologique et électromyographique ;
  - e. rapport de radiographie du 30 janvier 2013 de la colonne lombaire, révélant un début de lombarthrose avec ostéophytose antérieure au niveau L2-L3 ;
  - f. rapport d'ultrason de l'épaule droite du 30 janvier 2013, mettant en évidence une arthropathie acromio-claviculaire avec status après résection distale de la clavicule ;
  - g. rapport d'IRM de la colonne cervicale du 18 février 2013 révélant une ébauche de hernie discale paramédiane gauche en C5-C6, sans extension foraminale et sans répercussion sur les dimensions du canal cervical.
20. Le 14 mars 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse acromio-claviculaire et un syndrome douloureux chronique. La capacité de travail restait nulle.

21. Le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de son rapport du 14 mars 2013 dans son rapport du 4 juin 2013, en précisant que l'état de l'assuré était stabilisé.
22. Le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré en date du 9 juillet 2013. Après avoir résumé son dossier et relaté ses plaintes, il a procédé au status clinique. Il a noté dans son appréciation que subjectivement, l'assuré évoquait des gênes à l'épaule droite mais que la mobilité était complètement récupérée. Les tests musculaires étaient objectivement normaux, et il n'y avait pratiquement pas de déficit des capacités fonctionnelles en mobilité active. L'état de l'épaule droite ne justifiait pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assuré pourrait mettre en valeur une capacité de travail à 50 % dans son activité précédente pour évaluation à titre thérapeutique pendant 6 mois. Ceci devait être entrepris avec l'accord des médecins-conseils de B\_\_\_\_\_. Les 50 % restants pourraient consister en une activité plus légère. Pour tout emploi à l'avenir, les limitations en lien avec le seul problème de l'épaule droite étaient le port de charges de plus de 25 kg, le maniement d'outils lourds, les travaux répétitifs au-dessus de la tête et les sollicitations de charges répétées.
23. Dans son rapport du 24 septembre 2013, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de B\_\_\_\_\_, s'est référé aux investigations réalisées par le docteur L\_\_\_\_\_, pneumologue. À l'issue de son propre examen, il considérait que l'assuré pourrait reprendre la conduite des autobus, d'abord à 50 %. Sa faculté à conduire des tramways devrait être entière, mais un contrôle annuel auprès du Dr L\_\_\_\_\_ était nécessaire. Le Dr K\_\_\_\_\_ souhaitait revoir l'assuré quatre mois plus tard.
24. Le 15 octobre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dans la conduite d'autobus dès le 1<sup>er</sup> novembre suivant.
25. Lors d'un entretien téléphonique avec la Suva en date du 6 janvier 2014, l'assuré a exposé que la situation de son épaule se dégradait. Il avait rendez-vous avec le Dr D\_\_\_\_\_ et un arrêt de travail à 75 % était déjà prévu dès le 13 janvier 2014.
26. Par certificat du 6 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 75 % dès le 13 janvier 2014, qu'il a régulièrement prolongée par la suite.
27. Dans son rapport du 24 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un polytraumatisme (main, dos, épaules). Le pronostic était très réservé. Il préconisait une expertise de l'assuré, polyplaintif, pour faire la part du traumatisme et de la maladie.
28. Le 10 mars 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué au médecin-conseil de B\_\_\_\_\_ que l'échographie réalisée récemment mettait en évidence une bursite sous-acromiale à droite et une bursite plus importante sans lésion de la coiffe au niveau gauche. La situation restait stationnaire avec des douleurs importantes, et l'assuré se sentait incapable de travailler à plus de 25 % en tant que chauffeur. Le pronostic était extrêmement défavorable, le médecin ne pouvant améliorer les capacités

professionnelles de l'assuré. On ne pouvait même pas garantir que la capacité de travail de 25 % serait durable.

29. Dans son rapport du 30 avril 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail nulle depuis le 3 avril 2013. Il préconisait une expertise.
30. La Suva a confié une expertise bidisciplinaire aux docteurs M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
31. Dans son rapport du 20 mai 2014, l'expert neurologue a rappelé l'anamnèse de l'assuré et résumé son dossier, avant de relater ses plaintes. Les douleurs apparues dans les suites de l'accident s'étaient rapidement compliquées de troubles neurologiques, avec des phénomènes d'endormissement intéressant actuellement les trois derniers doigts. Ces phénomènes intermittents survenaient non seulement en élévation du bras, mais également dans des activités telles que téléphoner, éplucher des pommes de terre, travailler sur l'ordinateur. L'assuré déclarait qu'il pouvait lever les bras sans apparition immédiate de paresthésies, mais que ces dernières survenaient lorsqu'il laissait le bras en l'air de façon prolongée et également après avoir abaissé le bras. La force avait toujours été bonne. Depuis quelque temps, des douleurs étaient apparues au niveau de l'épaule gauche en relation avec une surutilisation du membre supérieur gauche.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a complété son status par un ENMG et un examen myographique du membre supérieur droit. Il a conclu à une très discrète atteinte à la limite du significatif du nerf médian au niveau du canal carpien des deux côtés, à l'absence d'arguments électrophysiologiquement significatifs en faveur d'un syndrome du défilé thoracique droit (TOS), à l'absence d'atteinte électro-physiologiquement significative du nerf ulnaire droit sur tout son trajet depuis le creux sus-claviculaire, notamment au passage du coude et du Guyon, et à l'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique actuellement significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit et dépendant des myotomes C5 à D1. Le Dr M\_\_\_\_\_ a également pris connaissance des documents radiologiques.

L'examen clinique révélait une nuque de mobilité modérément limitée, avec une mobilisation un peu sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze n'étaient ni contracturés ni sensibles. L'examen du rachis dorso-lombaire ne révélait pas de syndrome dorso-lombo-vertébral chez un assuré présentant une certaine surcharge pondérale. La flexion latérale et antérieure lombaire était bonne et tout au plus un peu sensible localement. Les points de Valleix et la manœuvre de Lasègue étaient bilatéralement négatifs. L'examen des paires crâniennes était entièrement normal. Au niveau des membres supérieurs, on notait des manœuvres à la recherche d'un TOS provoquant apparemment immédiatement des paresthésies au niveau de la main droite, néanmoins sans nette diminution du pouls ni souffle sus-claviculaire. La recherche des signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien était bilatéralement douteuse.

L'examen du nerf ulnaire au passage du coude et du poignet était sans particularité bilatéralement. La trophicité, les réflexes tendineux et la force brute des deux membres supérieurs étaient intacts. À l'examen de la sensibilité, l'assuré avait une hypoesthésie tactile douloureuse sans topographie franchement radiculaire ou tronculaire, avec une hypoesthésie tactile douloureuse plus ou moins globale du bras et de l'avant-bras droits, se poursuivant à la face interne de la main et au niveau des trois derniers doigts. À l'examen des membres inférieurs, alors que la trophicité, les réflexes tendineux et la force musculaire étaient intacts, l'assuré signalait une hypoesthésie tactile douloureuse globale à droite, à nouveau sans topographie radiculaire ou tronculaire. L'examen neurologique clinique était sans atteinte somatique clairement objectivable, avec des troubles sensitifs nouveaux et atypiques. L'IRM cervicale effectuée à la CRR en février 2013 révélait des troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés modérés, avec une ébauche de hernie discale C5-C6 gauche, mais pas d'évidence d'une compression radiculaire à quelque niveau que cela soit et surtout du côté droit, ni d'atteinte médullaire. Cet examen n'apportait pas d'explications aux plaintes formulées par l'assuré, pas plus que le scanner lombaire effectué en 2005, ni l'écho-doppler artériel du membre supérieur droit, lequel n'avait pas révélé d'éléments en direction d'un TOS. Au plan strictement neurologique, on se trouvait face à un assuré se plaignant d'une part de douleurs et de troubles sensitifs au niveau du membre supérieur droit, et d'autre part de douleurs lombaires. En ce qui concernait le membre supérieur droit, l'examen clinique n'apportait pas la preuve d'une atteinte neurologique. La description par l'assuré de paresthésies lors de l'élévation du bras droit pouvait effectivement suggérer un syndrome du défilé costo-claviculaire, en relation ou non avec l'événement accidentel de 2011. Néanmoins, l'anamnèse n'était pas typique d'un tel syndrome puisque les troubles pouvaient également intervenir dans des positions où le bras droit n'était pas en élévation. De plus, les différents ENMG et l'écho-doppler artériel n'apportaient pas d'arguments clairement indicateurs d'un syndrome du défilé costo-claviculaire significatif sur le plan artériel et neurologique. L'éventualité d'un discret syndrome du défilé costo-claviculaire ne pouvait être totalement écartée, mais ce diagnostic paraissait peu probable. Au vu de la description des troubles par l'assuré, restait l'éventualité d'un syndrome du tunnel carpien un peu atypique dans son expression, comme pourrait le suggérer la positivité des ENMG et, compte tenu de la topographie des troubles sensitifs, l'éventualité d'une irritation du nerf ulnaire au passage du coude malgré la normalité des deux ENMG. En l'absence d'éléments cliniques et paracliniques clairement indicateurs de l'un ou l'autre de ces diagnostics, et compte tenu de l'atypie des troubles sensitifs superficiels rapportés, il n'était pas possible de poser un diagnostic de certitude quant à la réalité et la nature exacte de l'atteinte. Il apparaissait en revanche évident qu'il n'y avait pas de lésion structurelle significative. Dans une telle situation, outre l'impossibilité d'affirmer l'existence d'une lésion neurologique et sa nature, on ne pouvait pas non plus déterminer la relation de causalité entre les troubles et l'événement accidentel, la relation de

causalité pouvant tout au plus être considérée comme possible, mais en tous les cas ni probable ni certaine en l'absence d'un mécanisme lésionnel clairement imputable à l'accident.

Sur le plan de la capacité de travail, en dehors d'une activité nécessitant un travail en élévation prolongée des bras, il n'y avait pas du point de vue neurologique d'incapacité de travail significative, tant dans l'activité exercée préalablement que dans d'autres activités potentiellement exigibles. S'il existait une compression du nerf ulnaire au passage du coude/poignet ou du nerf médian au niveau du canal carpien, il était possible que l'assuré puisse être gêné ultérieurement dans le cadre de son activité de chauffeur de bus, mais les éléments objectifs étaient pour l'heure insuffisants pour l'affirmer et considérer ces atteintes potentielles comme une cause d'incapacité de travail. En cas d'aggravation de ces troubles, une intervention chirurgicale pourrait régler le problème. En ce qui concernait les problèmes neurologiques du membre supérieur droit, la relation de causalité entre les troubles et l'événement accidentel n'étant que possible au plus, il n'y avait pas d'incapacité de travail potentiellement envisageable en tant que conséquence de l'événement accidentel, quelle que soit la cause exacte des troubles neurologiques. En l'absence de lien de causalité, il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité secondaire aux troubles neurologiques au niveau du membre supérieur droit. Les plaintes au niveau lombaire n'avaient aucune conséquence neurologique, et il n'y avait actuellement pas de syndrome lombovertébral ni de signes d'irritation radiculaire. Ces troubles ne représentaient actuellement pas une cause d'incapacité de travail, ni dans l'activité antérieure ni dans aucune autre activité potentiellement exigible. Enfin, en ce qui concernait la relation de causalité avec l'évènement accidentel, au vu de la préexistence de lombalgies à l'évènement accidentel, on pouvait considérer que l'accident avait tout au plus aggravé momentanément les lombalgies pour une période de trois mois au maximum, avec retour au *statu quo ante* ou *sine* au terme de cette période. Il n'y avait pas non plus d'incapacité de travail ni d'atteinte à l'intégrité à retenir en relation avec cette composante des troubles.

S'agissant des limitations fonctionnelles, et bien que l'ensemble des éléments à disposition ne permette pas de retenir avec probabilité ou certitude le diagnostic de syndrome du défilé costo-claviculaire, si l'on admettait les plaintes de l'assuré, il convenait d'éviter une activité nécessitant un travail bras en l'air de façon prolongée.

La capacité de travail était entière sans diminution de rendement au plan neurologique.

32. Le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 27 mai 2014.

Dans l'anamnèse, il a notamment indiqué que l'assuré présentait des lombosciatalgies droites depuis le début des années 2000. En 2005, il avait dû arrêter le travail pendant un mois. L'évolution avait été stationnaire avec des lombalgies chroniques en station assise prolongée. En septembre 2010, un scanner

lombaire n'avait pas montré d'aggravation anatomique du canal lombaire étroit. L'assuré avait de nouveau dû arrêter son travail quelques semaines. Ses plaintes actuelles étaient les suivantes : lombosciatalgies droites avec épisodes d'endormissement et de faiblesse dans le membre inférieur droit, souvent insomniantes ; sensation permanente de chaleur dans la partie supérieure de son épaule droite « comme une fournaise », associée à des sensations d'engelures de tout le membre supérieur droit et des fourmillements dans les trois derniers doigts de la main droite, à l'effort comme au repos et de façon régulièrement insomniante. L'assuré ne décrivait cependant pas de limitation fonctionnelle de l'épaule droite ni de limitation de la force du membre supérieur droit. L'effort entraînait une exacerbation des douleurs en fin de journée. L'assuré signalait également de fréquentes cervicalgies tendant à irradier dans le membre supérieur droit, amplifiées à la mobilisation de la colonne cervicale, mais pouvant aussi survenir au repos ainsi que la nuit ; de fréquentes céphalées et douleurs dans l'hémiface droite, des douleurs de type brûlure à la face supérieure de son épaule gauche survenant dans les efforts, notamment en élévation, mais également au repos ainsi que la nuit. Les douleurs de l'épaule gauche étaient moindres que celles de l'épaule droite. En résumé, l'assuré estimait qu'il était atteint sur tout son hémicorps droit. Il considérait que son problème à l'épaule gauche était également lié à l'accident, vu qu'il s'agissait d'une sursollicitation de cette dernière par compensation. Il se sentait actuellement totalement inapte à reprendre une quelconque activité professionnelle, même légère.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a procédé au status de l'assuré, avant de poser les diagnostics de bursite sous-acromio-deltoïdienne bilatérale minime à droite et importante à gauche, d'état dépressif chronique traité depuis 2005, de syndrome subjectif douloureux insomniant et invalidant de l'hémicorps droit, sans substrat anatomique objectivable, de bursite sous-acromiale gauche dégénérative depuis fin 2013, de status après syndrome du tunnel carpien droit bilatéral prédominant à droite en été 2012, incohérent avec les plaintes résiduelles, de status après acromioplastie et résection de l'épiphyse distale de la clavicule droite, guéries sans complication anatomique objectivable, de status après bursite sous-acromiale droite depuis la mi-septembre 2011, de status après contusion bénigne de la face latérale de l'épaule droite le 7 août 2011, guérie sans séquelles en moins d'un mois ; de lombalgies et cervicalgies chroniques depuis une dizaine d'années sur troubles dégénératifs débutants ; de status après arthralgies du poignet droit en été 2012 sans substrat anatomique cohérent (possible perforation banale du ligament scapho-lunaire) ; et de status après excision d'une tumeur maligne dorsale droite en 2006.

Dans le chapitre « Réponses aux questions », l'expert a noté que les bursites sous-acromiales bilatérales, notamment dégénératives, reposaient probablement sur un substrat, ce qui n'était pas le cas des autres diagnostics. L'assuré avait fait une chute à vélo avec contusion bénigne de la face latérale de son épaule droite, comme il en avait déjà subies précédemment lors d'autres chutes. Les douleurs initiales

étaient modestes, sans limitation fonctionnelle. Après un arrêt de travail de cinq jours, elles avaient quasiment disparu pendant ses vacances d'été. En septembre 2011, il avait pu reprendre son travail sans problème particulier. Les douleurs réapparues à partir de la mi-septembre 2011 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'événement du 7 août 2011. En effet, les investigations médicales poussées n'avaient pas montré de lésion traumatique. L'IRM de l'épaule droite et l'arthrographie acromioclaviculaire droite avaient permis d'exclure formellement une lésion traumatique fraîche à ce niveau, en l'absence de lésion ligamentaire, d'instabilité, de fuite du liquide de contraste et même d'œdème de l'os sous-chondral. L'IRM avait essentiellement permis de retenir le diagnostic de bursite sous-acromiale droite, ce qui était classiquement une maladie purement dégénérative pouvant survenir ou non dans le cadre de mouvements répétitifs des membres supérieurs. L'action vulnérante, soit un choc latéral sur l'épaule, était inappropriée pour entraîner un pincement significatif de l'espace sous-acromial susceptible d'entraîner une bursite sous-acromiale, contrairement par exemple à un choc axial du bras par chute sur la pointe du coude. De plus, il n'y avait pas eu de limitation fonctionnelle initiale et même tardive de l'épaule droite, ce qui excluait également une éventuelle capsulite rétractile. Les douleurs avaient rapidement régressé dans un premier temps. L'intervention chirurgicale de février 2012 concernait essentiellement les troubles dégénératifs de la région péri-acromiale droite, notamment la bursite sous-acromiale et les troubles dégénératifs débutants acromioclaviculaires symptomatiques depuis la mi-septembre 2011. Dans un premier temps, l'évolution post-opératoire avait été suffisamment bonne. Malheureusement, en été 2012, l'assuré avait développé une extension inexplicable des plaintes sous forme de névralgies sans substrat anatomique objectivable, hormis un syndrome du tunnel carpien bilatéral débutant prédominant à droite. Des douleurs du poignet droit étaient également apparues à cette époque, sans substrat anatomique objectivable. En effet, une perforation de la partie membraneuse du ligament scapho-lunaire sans dissociation de celui-ci ni instabilité de la première rangée des os du carpe était à considérer comme une découverte fortuite et normale dans la tranche d'âge de l'assuré. De plus, il n'y avait pas de notion initiale de contusion ou d'entorse du poignet. Finalement, le syndrome douloureux s'était étendu tardivement au membre inférieur droit et d'une façon plus générale dans tout l'hémicorps droit, sans substrat anatomique objectivable, en particulier pas par les examens radiologiques du rachis, devant faire suspecter l'intervention de troubles non somatiques, peut-être dans le cadre de ceux traités depuis 2005. La bursite sous-acromiale de l'épaule contro-latérale gauche, apparue depuis décembre 2013, n'était bien évidemment pas non plus en lien de causalité naturelle avec celle de l'épaule droite, apparue en septembre 2011, ni avec la contusion de cette épaule droite le 7 août 2011. Le caractère bilatéral des bursites sous-acromiales était un argument supplémentaire pour une origine dégénérative. Pour ces motifs, le Dr N\_\_\_\_\_ considérait que le *statu quo sine* de l'accident avait dû être retrouvé au plus tard après un mois, délai maximal dans lequel l'immense majorité des

contusions bénignes guérissent sans séquelles, comme c'était d'ailleurs pratiquement le cas chez l'assuré. La suite du traitement à partir de mi-septembre 2011 n'était certainement plus en lien de causalité naturelle avec l'accident et incombait à son assurance-maladie.

33. Le 8 juillet 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Il a précisé que l'assuré avait eu un arrêt de travail d'une semaine dès le 7 août 2011. Il avait demandé une reprise d'activité à son médecin traitant afin de pouvoir partir en vacances. Les douleurs ayant persisté dans l'intervalle, une IRM avait été réalisée. La symptomatologie douloureuse de l'acromio-claviculaire était absente avant le traumatisme d'août 2011. Compte tenu de la nature de la chute, il était certain que l'atteinte acromio-claviculaire était la conséquence de l'accident d'août 2011. Ce type de lésion était fréquemment observé après une chute de vélo. L'infiltration locale avait d'ailleurs instantanément résolu le problème. Les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ lui paraissaient excessivement interprétatives s'agissant de la nature dégénérative des troubles traités chirurgicalement, car ni les radiographies ni l'IRM d'octobre 2011 ne montraient de signes dégénératifs. Le radiologue décrivait une tuméfaction et un œdème de l'articulation acromio-claviculaire qui semblait compatible avec une atteinte traumatique récente. Le Dr D\_\_\_\_\_ pensait donc que le traumatisme était la cause principale de la pathologie. Quant à l'évolution défavorable et à l'aggravation récente, la situation était moins clairement liée au traumatisme et les plaintes multiples s'étendaient bien au-delà du problème d'épaule. Il était fort possible que dans un contexte dépressif préexistant, le traumatisme et son évolution aient eu un impact psychologique important sur un assuré relativement fragile.
34. Selon une note d'entretien téléphonique avec l'assuré du 11 juillet 2014, la Suva a confirmé qu'elle ne mettrait pas un terme à ses prestations de manière rétroactive.
35. Par courrier du 17 juillet 2014, la Suva a informé l'assuré qu'elle suspendait ses prestations dès le 1<sup>er</sup> août 2014.
36. Invité à se prononcer sur les observations du Dr D\_\_\_\_\_, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué par courrier du 27 août 2014 que son anamnèse avait été dictée devant l'assuré. Le Dr D\_\_\_\_\_ estimait que l'atteinte acromio-claviculaire était de nature traumatique car elle avait bien réagi à l'infiltration, alors qu'il en serait de même dans le cas d'une atteinte d'origine dégénérative. L'IRM du 5 octobre 2011 ne montrait aucun signe d'arthrose avancée de l'articulation acromio-claviculaire, mais elle ne montrait pas non plus de signe de lésion traumatique fraîche, notamment de lésion ligamentaire, œdème de l'os sous-chondral ou contusion des parties molles. Le Dr N\_\_\_\_\_ n'avait relevé que des troubles dégénératifs débutants à sa lecture. Il maintenait les conclusions de son expertise.
37. La docteure O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de la Suva, s'est déterminée sur les contradictions entre les avis des Drs D\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ dans une note du 8 septembre 2014. Selon son appréciation, l'IRM

---

d'octobre 2011 ne révélait aucune contusion osseuse, aucune lésion de la coiffe des rotateurs, une très légère accumulation de liquide dans la région de la bourse sous-deltoïdienne, une articulation acromio-claviculaire congruente sans signe de luxation type II de Tossy, mais en revanche un début de lésion dégénérative avec épaissement de la capsule articulaire dans la région de l'articulation acromio-claviculaire droite. La tuméfaction décrite par le radiologue devait être qualifiée de très légère. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait mentionné le diagnostic de luxation de l'articulation acromio-claviculaire avec lésion de type II dans le rapport opératoire du 2 février 2012. Or, l'IRM d'octobre 2011 ne révélait aucun substrat anatomique objectivable pour ce diagnostic. En dehors d'une très légère tuméfaction discutable du muscle petit rond et de l'infra-épineux, guérie au plus en quatre semaines, cette IRM ne révélait aucune lésion structurelle d'origine traumatique objectivable. L'assuré avait repris son activité à début septembre et avait été asymptomatique durant deux semaines selon l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Par ailleurs, son épaule était parfaitement mobile et comparable au côté gauche. Ces éléments plaidaient en faveur d'un *statu quo sine* un mois après l'accident. Le raisonnement du Dr D\_\_\_\_\_ se fondait sur le principe *post hoc, ergo propter hoc*. De plus, contrairement à ce qu'il avançait, le radiologue n'avait pas évoqué de tuméfaction ni d'œdème de l'articulation en tant que telle dans son rapport d'IRM du 5 octobre 2011. Partant, la Suva pouvait se fonder sur les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_.

38. Par décision du 9 septembre 2014, la Suva a mis fin au versement des prestations au 31 juillet 2014 en ce qui concernait les suites de l'accident et nié le droit à toute autre prestation. Elle a noté que selon les expertises, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident avait été recouvré au plus tard trois mois après l'accident du 7 août 2011. Partant, elle ne devait plus allouer de prestations.
39. Par décision du 8 août 2014, l'OAIE a refusé l'octroi de prestations à l'assuré. Il a retenu que ce dernier disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée dès le 17 juin 2012. Le degré d'invalidité s'élevait à 36 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 82'375.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 52'884.-, correspondant au revenu statistique dans des activités simples et répétitives après abattement de 15 %. De plus, l'assuré ne remplissait pas les conditions subjectives pour la mise en place de mesures d'ordre professionnel dès lors qu'il pensait ne pas pouvoir travailler.
40. L'assuré s'est opposé à la décision de la Suva le 16 octobre 2014. Il a allégué qu'il avait immédiatement souffert de son épaule après l'accident, même si cette douleur était supportable. À la reprise du travail, la gêne était devenue manifeste. Il y avait ainsi une causalité naturelle entre l'accident et ses douleurs. Il sollicitait à tout le moins une expertise complémentaire. Il contestait la teneur des expertises médicales. Il a requis un délai pour consulter un avocat afin de compléter son opposition.
41. Par écriture du 14 novembre 2014, l'assuré, par son mandataire, a complété son opposition. Il a relevé que l'IRM d'octobre 2011 avait révélé un œdème qui pouvait

---

être consécutif à une contusion musculaire selon le radiologue. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait signalé des douleurs en décembre 2011, ce qui démontrait que la souffrance de l'assuré était bien réelle. Rappelant l'évolution de son état de santé, il a affirmé que les douleurs étaient clairement en lien de causalité avec l'accident du 7 août 2011. Dès lors que le Dr D\_\_\_\_\_ avait remis en cause l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, il incombait à la Suva d'ordonner une nouvelle expertise. L'assuré avait pris contact avec un spécialiste pour obtenir un tel rapport, qu'il transmettrait à la Suva dès qu'il l'aurait obtenu.

42. Par décision du 28 novembre 2014, la Suva a écarté l'opposition. Rappelant la jurisprudence en matière de force probante des rapports médicaux ainsi que les conclusions des expertises des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, elle a souligné que la maxime inquisitoire ne conférait pas à l'assureur le droit de se procurer une deuxième expertise lorsque les constatations de la première ne lui convenaient pas, et que l'assuré ne disposait pas non plus de cette possibilité. La Dresse O\_\_\_\_\_ avait par ailleurs exposé de manière claire et convaincante pour quels motifs il fallait se rallier aux conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. L'assuré présentait des troubles qui ne pouvaient s'expliquer du point de vue organique. Selon la jurisprudence, il était admissible de laisser ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes qui ne pouvaient s'expliquer au plan organique lorsque la causalité adéquate devait être niée. Dans ces cas, le lien de causalité adéquate s'examinait sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident. En l'espèce, la causalité adéquate entre les troubles sans substrat anatomique et l'éventuelle aggravation de troubles psychiques préexistants devait être niée dans la mesure où l'assuré avait été victime d'un accident banal, voire peu grave.
43. Par écriture du 13 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 28 novembre 2014. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la suspension de la procédure dans l'attente du rapport d'expertise établi par le professeur Q\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), à son audition, et à ce qu'il soit autorisé à compléter, modifier et amplifier ses conclusions, principalement à l'annulation de la décision sur opposition, à ce que son droit aux prestations d'assurances soit reconnu, et subsidiairement au renvoi à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a fait grief à l'intimée de ne pas avoir ordonné d'expertise complémentaire alors que les rapports des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ étaient incomplets et critiquables. Certains faits pertinents quant à l'existence d'un œdème consécutif à une contusion n'avaient pas été retenus par l'intimée malgré le courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2014. Le recourant n'avait du reste jamais été asymptomatique. Une nouvelle expertise aurait conduit l'intimée à retenir un lien de causalité entre les douleurs du recourant et l'accident du 7 août 2011. Revenant sur le rapport d'IRM du 5 octobre 2011, il a affirmé que le radiologue n'aurait pas manqué de signaler des troubles dégénératifs de la région péri-acromiale. De plus, les expertises ne renaient pas

certaines éléments relatés par la CRR. Les éléments avancés par le recourant dans son opposition étaient de nature à susciter un doute sur la fiabilité des rapports des Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et de l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_. L'intimée aurait dès lors dû ordonner une nouvelle expertise. Le déroulement des événements, notamment l'apparition des douleurs, n'avait pas été établi de manière complète par l'intimée. En outre, le Dr M\_\_\_\_\_ avait noté que la réalité et la nature exacte des plaintes restait indéterminée, de sorte qu'il ne disposait pas des éléments nécessaires pour poser un diagnostic clair et précis. On ne pouvait par conséquent suivre sa conclusion selon laquelle le *statu quo sine* était atteint trois mois après l'accident.

44. Le recourant a complété son recours par écriture du 27 février 2015. Il a persisté dans ses conclusions du 13 janvier 2015 en concluant en outre à l'audition du Pr Q\_\_\_\_\_.

Le recourant a allégué que le Pr Q\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué une très grande souplesse de l'épaule droite du recourant et avait diagnostiqué une laxité à la suite de l'IRM réalisée le 12 janvier 2015. L'accident du 7 août 2011 avait créé un étirement de l'épaule droite et la clavicule n'était pas suffisamment soutenue, ce qui entraînait les douleurs et l'instabilité. Le Pr Q\_\_\_\_\_ avait exclu toute origine dégénérative des douleurs. Une intervention devait prochainement avoir lieu. Partant, il était indéniable que les douleurs du recourant étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 août 2011.

Le recourant a produit un rapport du Pr Q\_\_\_\_\_ établi en date du 27 janvier 2015. Ce spécialiste a indiqué que le recourant avait été victime d'un accident ayant entraîné des douleurs à l'épaule droite, puis qu'il avait eu de la peine à mouvoir son bras le 26 septembre 2011. Il se remettait assez mal de l'intervention pratiquée par le Dr D\_\_\_\_\_. Le recourant était hyperlaxe avec un coude présentant une mobilité exagérée en flexion/extension et à la pronosupination, de même que de l'autre côté. L'arthro-IRM mettait en évidence une grande poche axillaire avec peut-être une désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur sur l'humérus. L'accident avait causé un étirement de l'épaule droite et il souffrait depuis d'une épaule douloureuse et instable. Un capsular shift était prévu, afin de réduire le volume articulaire et stabiliser l'épaule.

45. Dans sa réponse du 24 avril 2014, l'intimée a contesté les allégations du recourant selon lesquelles le dossier n'aurait pas été suffisamment instruit. Il avait en effet fait l'objet de nombreux examens médicaux et ses plaintes avaient été entendues et investiguées. Elle a affirmé que les rapports des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ étaient concluants et devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'avis divergent du Dr D\_\_\_\_\_ se fondait sur le fait que le recourant était asymptomatique avant la chute. Ce dernier n'avait toutefois pas le droit d'obtenir une seconde expertise au motif que les résultats de la première ne lui convenaient pas.

46. Dans sa réplique du 26 mai 2015, le recourant a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'admission du recours, à son audition et à l'audition du Pr Q\_\_\_\_\_, à l'annulation de la décision du 28 novembre 2014, à ce que son droit aux prestations d'assurances soit reconnu, et subsidiairement au renvoi à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a notamment allégué que l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_, diamétralement opposée à celle du Dr N\_\_\_\_\_, était surprenante et justifiait des mesures d'instruction complémentaires dès lors que celui-ci l'avait opéré. Aucun des médecins consultés n'avait du reste fait état de lésions dégénératives de l'épaule. Quant à l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_, il se fondait sur l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, et il était douteux qu'un tel document puisse être considéré comme une mesure d'instruction satisfaisante. Le Pr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas signalé d'atteinte dégénérative. Les éléments anamnestiques retenus par le Dr N\_\_\_\_\_ étaient faux, car il retenait que les douleurs n'avaient pas perduré durant les vacances et n'étaient réapparues que le 26 septembre 2011, alors qu'elles n'avaient en réalité pas cessé. L'opinion de cet expert était en parfaite contradiction avec les constatations de tous les médecins consultés jusqu'alors.

47. L'intimée a dupliqué le 10 juin 2015 en persistant dans ses conclusions. Elle a réaffirmé que les investigations médicales n'avaient pas montré de lésion traumatique mais uniquement des altérations dégénératives sans lien avec l'événement du 7 août 2011. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait également tenu compte de la nature de l'action vulnérante et de l'absence de limitation fonctionnelle initiale.

48. Par observations du 3 juillet 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété que ses douleurs n'avaient jamais disparu après son accident. L'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ se fondait ainsi sur un élément erroné pour nier le lien de causalité entre l'accident et les complications dont il souffrait encore. En outre, les contusions et chocs sur les épaules faisaient partie des causes les plus fréquentes de bursite sous-acromiale, et il était arbitraire de retenir qu'il s'agissait d'un état maladif préexistant.

Le recourant a joint un rapport du Pr Q\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015, signalant une hyperlaxité claire mise en évidence lors de l'examen du 22 décembre 2014. L'IRM mettait en évidence une poche axillaire qui pourrait être une désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur. Le capsular shift préconisée dans son précédent rapport pourrait améliorer les douleurs du recourant au niveau de l'épaule droite.

49. Le 26 février 2016, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI.

50. L'OAIE s'est exécuté le 10 mars 2016.

Les éléments suivants ressortent notamment du dossier constitué par cet office:

a. Le recourant a déposé une demande de prestations en date du 1<sup>er</sup> novembre 2012 auprès de l'OAIE.

- b. Dans son avis du 21 mars 2014, le docteur R\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), se référant aux conclusions de la CRR, a retenu que la date du début de capacité à la réadaptation était le 18 juin 2012, date de la reprise à 50 % de son poste habituel.
  - c. Dans son avis du 15 août 2014, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que les expertises des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de s'écarter des conclusions du SMR du 21 mars 2014.
  - d. Par décision du 8 octobre 2014, l'OAIE a nié le droit du recourant à une rente et à des mesures professionnelles.
  - e. Le recourant a interjeté recours contre la décision de l'OAIE auprès du Tribunal administratif fédéral en date du 17 novembre 2014.
51. Le recourant s'est déterminé le 11 avril 2016. Il a derechef requis son audition et celle du Pr Q\_\_\_\_\_. En présence de deux évaluations médicales contradictoires, dont celle du Pr Q\_\_\_\_\_, expert reconnu, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'imposait. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions en précisant qu'il ne s'opposerait pas à la suspension de la cause jusqu'à droit jugé dans la procédure pendante devant le Tribunal administratif fédéral.
52. Dans ses déterminations du 11 avril 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que les conclusions de l'OAIE étaient superposables aux siennes. S'agissant du calcul de l'invalidité, l'assurance-invalidité devait tenir compte de l'ensemble des problèmes de santé alors que l'assureur-accidents ne répondait que des conséquences de l'accident. La décision de l'intimée mettant un terme aux prestations au 31 juillet 2014 était généreuse, eu égard à la date d'exigibilité retenue par l'OAI.
53. À la demande de la chambre de céans, l'OAIE lui a précisé par courrier du 7 septembre 2016 que le Tribunal administratif fédéral n'avait pas encore statué sur le recours interjeté contre sa décision du 8 octobre 2014, et lui a transmis les pièces versées à son dossier depuis le 10 mars 2016.
54. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture aux parties le 13 septembre 2016.

---

**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), 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

On précisera en particulier que des conclusions uniquement constatatoires sont en principe irrecevables, faute d'intérêt digne de protection au recours, lorsque la partie recourante peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore ou formateur; en ce sens, le droit d'obtenir un jugement en constatation de droit est subsidiaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_876/2010 du 19 mai 2011 consid. 1.2 et les références). En l'espèce, il faut voir dans la conclusion du recourant tendant à ce que son droit aux prestations soit reconnu une conclusion condamnatore tendant à la prise en charge par l'intimée des prestations au-delà du 31 juillet 2014, et non pas à la simple constatation de son droit, et ce malgré son libellé.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2014, plus précisément sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles qu'il présente à partir de cette date et l'accident du 7 août 2011.
5. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

6. 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 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 se présente 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1)

Si l'on peut admettre qu'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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA - RS 832.202]). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1).

7. 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).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).
9. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

- 
10. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement de prestations, en arguant que le *statu quo sine* avait été atteint trois mois après l'accident d'août 2011, se fondant notamment sur l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_.

Cette expertise satisfait au plan formel aux exigences développées par le Tribunal fédéral. Elle a en effet été établie en parfaite connaissance du dossier, contient une anamnèse et relate les plaintes du recourant. De plus, les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ ont été émises à l'issue d'un examen clinique complet. Ces conclusions sont par ailleurs claires et exemptes de contradictions. Il n'existe en outre aucun rapport médical susceptible de remettre en cause l'avis du Dr N\_\_\_\_\_. S'agissant en particulier des rapports précédents, aucun des médecins ne s'est formellement prononcé sur le lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule et l'accident. Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler que les radiographies de l'épaule droite du 24 novembre 2011 n'ont mis en évidence aucun élément pathologique de cette articulation et que le Dr D\_\_\_\_\_ qualifiait lui-même le bilan radiologique de totalement normal dans son rapport du 5 décembre 2011. L'échographie réalisée en octobre 2012 était elle aussi normale. Si l'IRM pratiquée durant le séjour du recourant à la CRR a certes révélé un œdème de l'extrémité distale de la clavicule avec discret remaniement inflammatoire de l'acromioclaviculaire, rien ne permet de conclure en l'absence d'indication du radiologue que celui-ci est d'origine traumatique plutôt que dégénérative.

Quant aux éléments médicaux recueillis après l'expertise, la Dresse O\_\_\_\_\_ a abondé dans le sens du Dr N\_\_\_\_\_ dans son avis du 8 septembre 2014, en fournissant des arguments supplémentaires tirés de la lecture des documents radiologiques. En ce qui concerne la position du Dr D\_\_\_\_\_ exprimée dans son courrier du 8 juillet 2014, elle semble se fonder essentiellement sur le fait que l'épaule droite du recourant était asymptomatique avant l'accident. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_178/2010 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Quant à la continuité des douleurs, force est de constater que le Dr C\_\_\_\_\_ n'a effectivement attesté que d'une incapacité de travail du 7 au 13 août 2011, et qu'aucun élément ne vient étayer la thèse selon laquelle le recourant aurait demandé une reprise du travail afin de pouvoir partir en vacances. S'agissant de l'effet positif de l'infiltration, le Dr N\_\_\_\_\_ a exposé pour quel motif il ne s'agissait pas d'un élément pertinent. Le Dr D\_\_\_\_\_ ne peut pas non plus être suivi lorsqu'il affirme que le radiologue ayant réalisé l'IRM de l'épaule droite d'octobre 2011 a décrit une tuméfaction et un œdème de l'articulation acromioclaviculaire. En effet, le rapport du 5 octobre 2011 mentionne une tuméfaction du muscle petit rond et de l'infra-épineux, soit une tuméfaction des muscles et non de l'articulation. Le radiologue a certes relevé un œdème, en précisant qu'il était

secondaire à une contusion musculaire. Or, une telle contusion est admise par le Dr N\_\_\_\_\_, qui en limite toutefois les effets à un mois après sa survenance. Comme on l'a vu, la Dresse O\_\_\_\_\_ a également analysé cette IRM et a elle aussi conclu à un début de lésion dégénérative. Enfin, il sied de souligner s'agissant du lien de causalité entre l'accident d'août 2011 et les troubles du recourant à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 – qui est seul litigieux eu égard aux conclusions prises dans le cadre de la présente procédure – que le Dr D\_\_\_\_\_ ne semble lui-même pas exclure que ceux-ci aient pour origine à tout le moins partielle une maladie, puisqu'il préconisait en janvier 2014 une expertise pour faire la part du traumatisme et de la maladie.

Les rapports du Pr Q\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus de remettre en cause l'absence de lien de causalité entre les troubles subsistant à l'épaule et l'accident d'août 2011. Contrairement à ce que le recourant affirme dans son écriture du 27 février 2015, le rapport du Pr Q\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2015 n'exclut nullement une origine dégénérative des douleurs et il ne se prononce pas non plus formellement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'hyperlaxité constatée et l'accident. Le fait que cette hyperlaxité soit bilatérale ne plaide au demeurant pas en faveur d'une origine traumatique. Le rapport du Pr Q\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015 n'amène pas non plus d'éléments permettant de conclure à une origine traumatique des troubles du recourant.

Quant à l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, elle est également en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Ses conclusions sont en effet claires et motivées, et elles se fondent sur une connaissance approfondie du dossier, sur l'interrogatoire du recourant au sujet de ses plaintes et sur un status clinique fouillé, complété par des examens paracliniques. En tant que le recourant semble vouloir nier la valeur probante du rapport du neurologue au motif que ce dernier a indiqué ne pas disposer des éléments nécessaires à un diagnostic précis, sa critique tombe à faux. En effet, l'impossibilité de poser un diagnostic clair n'est pas imputable au caractère incomplet des investigations du Dr M\_\_\_\_\_ mais bien à l'absence d'éléments objectifs concluants au plan scientifique.

Enfin, dès lors que les troubles du recourant sont d'ordre physique, il n'est pas nécessaire, conformément à la jurisprudence citée plus haut, d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident survenu en août 2011.

Par conséquent, l'état de fait déterminant pour la solution du litige étant établi au degré de la vraisemblance prépondérante, il est inutile d'ordonner une nouvelle expertise. En effet, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (*second opinion*) sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1). C'est pour les mêmes motifs que l'audition du recourant et celle du Pr Q\_\_\_\_\_ s'avèrent superflues, de sorte

que la chambre de céans y renoncera par appréciation anticipée des preuves. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d).

11. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA),

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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