

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1400/2014

ATAS/1063/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 octobre 2014**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Scientrier, FRANCE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître VON FLÜE Andrea

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1960, était engagé à titre de travailleur temporaire par B\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré à la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 12 août 2013, il a subi un accident à 15h30, en travaillant sur un chantier en tant que plaquiste. Dans la déclaration de sinistre du 13 août 2013, le déroulement de l'accident est décrit comme suit :  

« M. A\_\_\_\_\_ montait les escaliers en transportant une plaque de Placo, laquelle s'est coincée contre le mur. Il a glissé et cela lui a fait perdre un peu l'équilibre. »

La lésion consistait en une déchirure des ligaments à l'épaule droite. Les premiers soins avaient été prodigués par le docteur C\_\_\_\_\_ à Arpigny en France. L'incapacité de travail était totale à partir du 13 août 2013.
3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.
4. Dans le questionnaire rempli par l'assuré le 30 août 2013, il a déclaré avoir glissé le 12 août 2013 à 15h30 dans les escaliers et avoir reçu une plaque de Placo sur l'épaule droite. A ce jour, il souffrait toujours d'une tendinite et suivait des séances de physiothérapie. Il sera de nouveau apte à travailler à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013. Le traitement médical n'était pas achevé.
5. Le rapport relatif à un examen de l'épaule droite à l'Imagerie médicale du Léman du 14 août 2013 a conclu à ce qui suit :  

« Diminution de l'espace sous acromio-delhoïdien avec un aspect crochu de l'acromion entraînant un conflit sous-acromial et un aspect très remanié du grand tubercule.

Aspect ascensionné de la tête humérale.

L'interligne gléno-huméral apparaît respecté.

Pas de trait de fracture individualisable. »

Le résultat de l'échographie était le suivant :

« Epaissement fusiforme de la longue portion du biceps sans individualiser de déchirure mais on retrouve la présence de fines calcifications dont l'aspect pouvant être en rapport avec une tendinopathie.

Fine lame de liquide intra-articulaire.

Pas d'anomalie significative du tendon du sous scapulaire.

Aspect très irrégulier de la corticale osseuse à la hauteur de l'insertion du tendon du supra épineux et qui présente un aspect très hétérogène avec des calcifications à l'intérieur en rapport avec une tendinopathie.

Pas de signe de bursite sous acromio-delhoïdienne.

Tendinopathie du tendon infra-épineux mais sans signe de rupture. »

6. Par la suite, le Dr C\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 octobre 2013.
7. Selon l'entretien téléphonique du 22 octobre 2013 de la SUVA avec l'épouse de l'assuré, ce dernier était toujours en incapacité totale de travailler et le prochain rendez-vous avec son médecin était prévu pour fin octobre. Il persistait à souffrir de douleurs et l'évolution était lente.
8. Dans le questionnaire du 31 octobre 2013, l'assuré a indiqué être de nouveau apte à travailler et que le traitement médical était terminé.
9. Le Dr C\_\_\_\_\_ a cependant prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 15 décembre 2013.
10. Le 26 novembre 2013, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée. La qualité de l'examen était dégradée en raison de nombreux artefacts de mouvements chez un patient peu collaborant. Le rapport a conclu comme suit :  
  
« Rupture complète du tendon supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux au sommet de la tête humérale associée à une atrophie volumique du muscle supra-épineux. Rupture partielle étendue de tout le versant profond du tendon subscapulaire prédominant au niveau de sa portion distale et supérieure associée à des signes de tendinopathie marquée du tendon du long chef du biceps et du tendon infra-épineux. Lésion fissuraire à la jonction myotendineuse des tendons infra-épineux. Subluxation médiale du long chef du biceps. »
11. Après avoir été informée par l'assuré d'une opération de l'épaule projetée en février 2014, entraînant six mois d'incapacité de travail, la SUVA lui a communiqué le 30 décembre 2013 qu'elle formulait des réserves totales dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, mais qu'elle examinerait si sa responsabilité était engagée dès réception du rapport médical du chirurgien.
12. Dans son rapport du 30 décembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a répondu à la SUVA qu'une arthroscopie de l'épaule sera effectuée le 27 janvier 2014 en raison d'une rupture traumatique du sus-épineux à droite. Actuellement, l'assuré présentait une impotence douloureuse de l'épaule droite. L'incapacité de travail était de 100 % pour les six mois suivants. Un changement de profession n'était pas nécessaire. L'état n'était pas stabilisé et il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.
13. Selon le rapport relatif à l'entretien de la SUVA avec l'assuré en date du 23 janvier 2014, celui-ci n'avait aucun antécédent à l'épaule droite. Quant au déroulement de l'accident, il a précisé qu'il se trouvait sur un chantier et devait transporter des plaques de plâtre mesurant 2,6m de long sur 1,2m de large et pesant une vingtaine de kilos. Il avait pu déplacer la première plaque sans problème. En tenant la deuxième plaque avec la main droite par en-dessous et la main gauche par-dessus, il avait monté des escaliers étroits en colimaçon. Ce faisant, il avait glissé sur une marche et perdu l'équilibre. Afin d'éviter que la charge lui tombe dessus, il avait

essayé de retenir la plaque de toutes ses forces avec sa main droite mais n'y était pas arrivé complètement, puisque la plaque était tombée sur les marches. L'assuré n'était pas en mesure de préciser quel genre de mouvement il avait fait pour retenir la charge. Il n'avait pas ressenti de douleur sur le moment et avait pu continuer à travailler. Ce n'était que le lendemain qu'il avait ressenti des douleurs au niveau du biceps droit et consulté son médecin traitant. L'opération programmée pour le 21 janvier 2014 avait dû être annulée, à cause de problèmes assécurologiques. En attendant, l'assuré continuait à prendre des médicaments antalgiques et restait en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

14. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son appréciation médicale du 28 janvier 2014, celui-ci a considéré que les éléments constatés lors de l'échographie, à savoir les calcifications, la tendinopathie et les anomalies des muscles de l'épaule, ne pouvaient être mis en relation de causalité pour le moins probable avec un traumatisme survenu 48 heures auparavant. En effet, les calcifications se développaient après plusieurs mois d'évolution. Il était surpris que, selon l'assuré, il n'y avait aucun antécédent de l'épaule droite, dès lors que l'échographie avait mis en évidence de nombreux éléments pathologiques. Les constatations observées trois mois après à l'IRM étaient relativement similaires à celles observées à l'échographie. Cet examen ne faisait que confirmer l'existence de lésions complexes de la coiffe des rotateurs. Compte tenu également du fait que l'assuré avait affirmé ne pas avoir ressenti immédiatement des douleurs lors de l'accident et avoir continué à travailler le jour de l'évènement, Dr E\_\_\_\_\_ ne pouvait retenir un lien de causalité pour le moins probable entre les lésions, nécessitant une prise en charge chirurgicale, et le traumatisme du 12 août écoulé.
15. Dans son rapport du 28 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'au vu de la nature traumatique, une réinsertion chirurgicale rapide était nécessaire.
16. Par décision du 5 février 2014, la SUVA a clos le dossier avec effet au 31 décembre 2013 et a mis fin à ses prestations à cette date, au motif que les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, selon son service médical.
17. Par acte du mars 2014, l'assuré a formé opposition à cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en contestant que les troubles qui subsistaient fussent de nature malade, et en affirmant qu'ils étaient la conséquence directe et unique de son accident professionnel.
18. Par décision du 31 mars 2014, la SUVA a rejeté l'opposition, dès lors qu'il n'y avait pas d'éléments permettant de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par son médecin d'arrondissement. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il n'avait fourni aucun argument pour conclure à une lésion post-traumatique.
19. Par acte du 16 mai 2014, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la constatation que

l'atteinte à l'épaule droite résultait de l'accident du 12 août 2013, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a fait valoir ne pas avoir souffert de problèmes à l'épaule droite avant l'accident en cause. Il était par ailleurs faux qu'il avait continué à travailler après cet accident. Il a ainsi contesté avoir tenu de tels propos. Quant à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_, elle était trop sommaire, de sorte qu'il n'était pas possible d'exclure, sur la base de cette seule appréciation, que les problèmes actuels ne fussent pas uniquement dus au choc.

20. Dans sa réponse du 16 juin 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure. Elle a par ailleurs relevé que le recourant avait paraphé le procès-verbal de l'entretien du 23 janvier 2014, au cours duquel il avait indiqué ne pas avoir ressenti de douleurs au moment de l'accident et avoir pu continuer à travailler.
21. A la demande de la chambre de céans, le Dr D\_\_\_\_\_ l'a informée le 28 juillet 2014 que, selon son rapport de consultation, le recourant lui avait rapporté avoir chuté le 12 août 2012 et avoir ressenti immédiatement de vives douleurs dans son épaule associées à une impotence, en essayant de rattraper une plaque lourde. L'arthro-IRM a montré une rupture totale de la coiffe supérieure associée à une tendinopathie diffuse de la coiffe dans un contexte de conflit sous-acromial que l'on retrouve chez la plupart des patients travailleurs manuels lourds de son âge. Dans ce contexte, une cause traumatique à cette rupture tendineuse pouvait être retenue. Ce médecin a toutefois considéré qu'il ne lui appartenait pas de contester l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ et qu'il était du ressort d'un expert de faire la part des choses.
22. Dans ses écritures du 25 août 2014, l'intimée a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ confirmait l'origine pathologique des plaintes du recourant et, d'autre part, qu'il s'agissait en l'occurrence d'une affection tout à fait habituelle dans une profession du type de celle exercée par le recourant. Par ailleurs, ce dernier médecin n'avait émis aucune critique à l'égard de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, considérant qu'il appartenait à un expert de trancher la question de la causalité.
23. Par écriture du 18 août 2014, le recourant a fait valoir qu'une expertise lui paraissait inévitable.
24. Entendu le 17 septembre 2014 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :

« Je n'ai pas repris à ce jour le travail. Je subviens à mon entretien grâce au salaire de ma copine. Je n'ai pas songé à me faire opérer en France, s'agissant d'un accident subi en Suisse. Je n'ai par ailleurs consulté qu'un chirurgien suisse.

Après l'accident, je n'ai pas pu continuer à travailler. J'ai posé la plaque et je suis parti du travail. De toute façon, mon horaire de travail se terminait à 16h30. En effet, j'étais tout de suite très handicapé à l'épaule et dans l'impossibilité de transporter quoi que ce soit. J'avais également de la peine à conduire pour rentrer à la maison. Grâce à la direction assistée de ma voiture, j'ai pu la conduire avec une

seule main. Lors de l'accident, j'ai immédiatement ressenti une vive douleur à l'épaule.

Je précise par ailleurs que je travaillais seul dans une villa, de sorte que personne n'a pu observer l'accident. Je ne me rappelle pas du nom du responsable du chantier, à qui j'ai annoncé mon départ prématuré. L'entreprise en cause s'appelait F\_\_\_\_\_.

Je ne m'explique pas comment la SUVA a pu consigner dans son procès-verbal du 23 janvier 2014 que j'aurais déclaré n'avoir ressenti aucune douleur sur le moment et avoir pu continuer à travailler. Je n'ai pas pu faire une telle déclaration, car après l'accident, je suis resté un moment assis, terrassé par la douleur, et je ne pouvais plus bouger mon bras. Je pense d'ailleurs que je n'ai pas relu le procès-verbal avant de le signer ».

25. Par la suite, le dossier a été gardé 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<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieux en l'occurrence de savoir si la rupture du sus-épineux de l'épaule droite est en relation de causalité avec l'accident survenu le 12 août 2013, de sorte que l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les frais de traitement y relatifs, ainsi que les indemnités journalières pendant la durée de l'incapacité de travail.

4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

---

c. 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*). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2).

5. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 let. f de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. En vertu de cette disposition, les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence 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 139 V 327 consid. 3.1 p. 328; 123 V 43 consid. 2b).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008).

Lorsque le *statu quo ante vel sine* est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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).

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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

d. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

7. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une rupture complète du tendon supra-épineux, dès lors que cela résulte de l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée en date du 26 novembre 2013. Partant, il s'agit d'une lésion assimilée à un accident, en vertu de la jurisprudence précitée, pour autant qu'il faille admettre que les symptômes ont été déclenchés par un facteur extérieur soudain et involontaire.

Il n'est par ailleurs guère contestable qu'une telle lésion engendre une impotence fonctionnelle importante du bras du côté de la lésion. Or, en l'occurrence, une impotence douloureuse de l'épaule droite a été constatée par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 décembre 2013. C'est la raison pour laquelle ce médecin juge nécessaire de procéder à une arthroscopie de cette articulation et que le recourant est en incapacité de travail.

b. Néanmoins, dans son appréciation médicale du 28 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ du service médical de l'intimée a considéré qu'il n'y avait pas un lien de causalité pour le moins probable entre les lésions nécessitant une prise en charge chirurgicale proposée par le Dr D\_\_\_\_\_ et le traumatisme du 12 août 2013. Ce faisant, ce médecin s'est fondé, d'une part, sur le fait que les anomalies résultant de l'échographie et de l'IRM étaient à considérer comme anciennes et, d'autre part sur les déclarations du recourant lors de son entretien avec un inspecteur de l'intimée en date du 23 janvier 2014, selon lesquelles il n'avait pas ressenti immédiatement des douleurs lors de l'accident et avait continué à travailler le jour de l'événement.

En ce qui concerne l'ancienneté des lésions, il y a lieu de distinguer entre les calcifications, la tendinopathie et les anomalies des muscles de l'épaule constatées lors de l'échographie du 14 août 2013, et la rupture du tendon supra-épineux. Il ne paraît guère contestable que ces premières lésions sont probablement anciennes, dès lors que les calcifications se développent seulement après plusieurs mois d'évolution, selon le Dr E\_\_\_\_\_. Tel ne peut toutefois pas être admis pour la rupture de la coiffe des rotateurs. En effet, une telle lésion engendre une impotence fonctionnelle et ne permet ainsi pas de travailler, du moins dans un métier de force. Elle a pour résultat une diminution de force de l'épaule avec une impossibilité de tenir un objet à bout de bras et, à terme, de lever le bras, selon la littérature médicale (cf. [www.epaule.com/page/php/fr/18\\_187.htm](http://www.epaule.com/page/php/fr/18_187.htm)). La douleur peut gêner les gestes de la vie courante, comme se coiffer, s'habiller ou dormir sur son épaule (cf. [www.clinique-arthrose.fr/epaule-rupture-des-tendons.html](http://www.clinique-arthrose.fr/epaule-rupture-des-tendons.html)). La rupture soudaine de la coiffe des rotateurs provoque une douleur aiguë à la face antérieure de l'épaule qui irradie le long du bras (cf. [www.canorth.org/fr/patienteeducation/Default.aspx?pagename=R%C3%A9paration%20de%20la%20coiffe%20des%20rotateurs](http://www.canorth.org/fr/patienteeducation/Default.aspx?pagename=R%C3%A9paration%20de%20la%20coiffe%20des%20rotateurs)). Or, le recourant a travaillé jusqu'au 12 août 2013, de sorte que la rupture du tendon sus-épineux a dû intervenir forcément entre la fin du jour de travail à cette date et le moment où il a pris rendez-vous avec le Dr C\_\_\_\_\_ qui l'a mis en arrêt dès le jour de la consultation, soit le 13 août 2013. En effet, avec une telle lésion, le recourant aurait été dans l'incapacité de porter de lourdes charges, comme il l'a fait le jour de l'accident. Par conséquent, la rupture de la coiffe des rotateurs constitue une lésion récente qui a dû se produire soit lors de l'accident, soit dans les 24 heures qui ont suivi.

Quant aux déclarations du recourant, il ressort certes du rapport relatif à l'entretien du 23 janvier 2014 qu'il a signé, qu'il n'a pas ressenti des douleurs lors de l'accident et a continué à travailler après cet événement. Dans la présente procédure, le recourant conteste cependant avoir tenu de tels propos et allègue au contraire avoir ressenti immédiatement des douleurs et être rentré à la maison prématurément, étant précisé que sa journée de travail finissait de toute manière une heure plus tard. Entendu par la chambre de céans, il déclare qu'il a été terrassé par la douleur, de sorte qu'il était resté assis pendant un bon moment après l'accident. Il avait des difficultés à conduire sa voiture pour rentrer à la maison après l'accident, ne pouvant tenir le volant qu'avec le bras gauche. Ce n'est que grâce à la direction assistée de son véhicule qu'il a pu conduire dans cet état.

Cela étant, il convient d'apprécier au degré de la vraisemblance prépondérante laquelle de ces versions des faits est plausible.

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 3.2).

En l'occurrence, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté le 28 juillet 2014 que, selon son rapport de consultation, le recourant lui avait déclaré avoir ressenti lors de l'accident immédiatement de vives douleurs dans son épaule associées à une impotence. Or, le recourant avait consulté ce chirurgien avant l'entretien du 23 février 2014 avec l'intimée, dès lors que le premier rapport du Dr D\_\_\_\_\_ est daté du 30 décembre 2013. En vertu du principe précité, la préférence doit ainsi être donnée à la déclaration du recourant à ce médecin.

Il ne peut non plus être exclu que le recourant n'ait pas relu ses déclarations à l'inspecteur de l'intimée, dès lors qu'il n'est pas de langue française et a de ce fait éventuellement des difficultés pour lire dans cette langue. Ce fait pourrait également expliquer que le recourant n'ait éventuellement pas bien compris la question de l'inspecteur de l'intimée.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un malentendu a dû se produire lors de l'entretien précité et que les propos du recourant ont été retranscrits de façon erronée. Par conséquent, il sied d'admettre que le recourant a ressenti immédiatement des douleurs lors de l'accident et présenté une impotence fonctionnelle, et que c'est donc cet événement qui a déclenché les symptômes. Il n'est par ailleurs pas établi que le recourant s'est déjà plaint de douleurs au niveau des épaules avant son accident et il n'y a pas lieu de mettre en doute sa déclaration, selon laquelle il n'a pas souffert de cette articulation avant l'accident. En tout état de cause, comme relevé ci-dessus, même s'il avait déjà ressenti des douleurs au niveau des épaules, cela ne signifie pas pour autant qu'il souffrait déjà d'une rupture de la coiffe des rotateurs avant l'accident, dans la mesure où une telle lésion ne lui aurait pas permis de travailler dans son métier de plaquiste.

Selon l'intimée, le Dr D\_\_\_\_\_ aurait confirmé, dans son rapport du 28 juillet 2014, l'origine pathologique des plaintes du recourant dans une profession du type de celle exercée par celui-ci. Cela ne résulte cependant pas de ce document. En effet, la déclaration de ce médecin est la suivante:

"L'arthro-IRM effectuée le 26 novembre 2013, limitée par les artefacts de mouvement, a montré néanmoins une rupture totale de la coiffe supérieure associée à une tendinopathie diffuse de la coiffe dans un contexte de conflit sous-acromial que nous retrouvons chez la plupart des patients travailleurs manuels lourds de son âge. Dans ce contexte, nous pouvons retenir une cause traumatique à cette rupture tendineuse."

Il ressort de ce rapport que seul le conflit sous-acromial peut être retrouvé chez la plupart des patients travailleurs manuels lourds de l'âge du recourant et a donc une origine pathologique. Du reste, le Dr D\_\_\_\_\_ affirme immédiatement après que la rupture tendineuse a une cause traumatique. L'interprétation de l'intimée ferait

apparaître les propos du chirurgien comme contradictoires. Celui-ci a en outre toujours attesté dans ses rapports antérieurs qu'il s'agissait d'une rupture de la coiffe traumatique.

Dans la mesure où les symptômes ont été selon toute vraisemblance déclenchés lors d'un accident au sens de la loi (glissement), il convient ainsi d'admettre que le recourant présente une lésion assimilée à un accident. Une origine malade ou dégénérative de la rupture tendineuse n'est pas manifeste, même si des atteintes dégénératives ont probablement aussi exercé une influence déterminante.

Compte tenu des considérations qui précèdent, la chambre de céans ne juge par ailleurs pas nécessaire de procéder à une expertise.

Par conséquent, conformément à la jurisprudence en la matière, la responsabilité de l'intimée est engagée, de sorte qu'il lui appartient de prendre en charge les frais relatifs à la réinsertion chirurgicale de l'épaule droite, ainsi que de payer les indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2013 jusqu'au rétablissement du recourant.

8. Le recours sera par conséquent admis, la décision annulée et l'intimée condamnée au paiement des frais de traitement de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ainsi que des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.
9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 31 mars 2014.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais de traitement de la rupture de la coiffe des rotateurs, notamment de l'arthroscopie de l'épaule droite, et à verser au recourant les indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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