

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2321/2013

ATAS/615/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2014

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric

recourant

contre

AXA WINTERTHUR SA, sis Chemin de Primerose 11; Case
postale, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente ; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1961, salarié de l'entreprise B_____ SUISSE SA, est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA).
2. Le 26 janvier 2012, M. A_____ a été victime d'un accident de ski. Il a été heurté par un surfeur.
3. La déclaration LAA du 29 janvier 2012 fait état d'une chute à ski sur l'épaule droite, puis dos après avoir été percuté par un surfeur inconnu. La partie du corps touchée consistait dans l'épaule droite. La nature de la lésion était décrite comme une contusion forte. Sous indications complémentaires, il était mentionné « épaule droite, plus douleurs violentes bas du dos.
4. Le 28 janvier 2012, M. A_____ a consulté la permanence de l'Hôpital de la Tour. Selon le rapport, rédigé plusieurs mois plus tard car daté du 14 décembre 2012, par le Dr C_____, médecin spécialiste en radiologie FMH, il n'y avait pas de lésion osseuse visible sur les clichés de l'épaule droite de face, en rotations interne et externe et axiale effectués le jour même. En rotation externe, « on note une petite calcification projetée près de l'insertion humérale du sus-épineux (coiffe des rotateurs) ».
5. Le même jour, la Dresse D_____ de la permanence de l'hôpital de la Tour a mentionné comme motif de la consultation un trauma de l'épaule le 26 janvier 2012 sur chute à ski. Elle concluait qu'une lésion de la coiffe des rotateurs ne pouvait être exclue à ce stade. Un examen complémentaire était à prévoir en ambulatoire selon l'évolution.
6. Les conclusions de l'échographie de l'épaule droite du 1^{er} février 2012 effectuée par le Dr E_____, spécialiste FMH en radiologie, décrit la présence de minimes calcifications dans la partie distale et supérieure du tendon sub-scapulaire et au niveau de la partie distale et antérieure du tendon supra-épineux traduisant des signes de tendinopathie sans déchirure décelable. Le médecin concluait à des signes de tendinopathie des tendons supra-épineux et sub-scapulaire mais pas de déchirure évidente ainsi que d'une bursite sous-acromiale.
7. Le 2 février 2012, M. A_____ a consulté le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a posé le diagnostic de lombalgies basses post chute. Etabli le 11 août 2012, le premier certificat médical du Dr F_____ fait état de chute accidentelle avec réception sur les fesses. Un arrêt de « sport » de 100% a été ordonné pour la période du 1^{er} février 2012 au 1^{er} mars 2012. La reprise était fixée au 2 mars 2012.
8. M. A_____ a suivi un traitement de physiothérapie du 23 avril au 4 juillet 2012. Les douleurs à l'épaule droite ont subsisté, notamment lors de l'élévation.

9. Par courrier du 7 septembre 2012, le Dr F_____ a recommandé le patient au Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie. L'impotence fonctionnelle de l'épaule droite depuis l'accident de ski faisait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs. Sous physiothérapie, il y avait une amélioration des douleurs, cependant sans normalisation. Une impotence fonctionnelle à certains mouvements persistait et des dysthésies diffuses dans toute la main droite étaient apparues.
10. Le 14 septembre 2012, le Dr G_____ a effectué un examen neurologique avec électroneuromyographe (ENMG). L'anamnèse mentionnait que le patient signalait la persistance de douleurs de l'épaule droite, surtout lors de l'utilisation du membre supérieur, associée à des acroparesthésies de la main au repos. A signaler l'absence de symptôme nocturne, de cervicalgie, de diminution de la force de préhension ou de trouble du côté gauche. En conclusion, le patient présentait une symptomatologie de douleur de l'épaule droite d'origine tendineuse et de syndrome du tunnel carpien droit. L'ENMG des membres supérieurs confirmait la présence d'une neuropathie d'enclavement du médian au carpe bilatéral, modérée, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices. Le médecin signalait l'absence d'évidence pour une compression plexulaire ou une atteinte radiculaire cervicale. Compte tenu du degré modéré de l'atteinte électroneuromyographique, il avait proposé au patient de suivre l'évolution. En cas d'aggravation un avis de chirurgie de la main serait indiqué. Un rapport ENMG était joint à son propre rapport.
11. Par avis du 19 mars 2013, le médecin conseil d'AXA Winterthur, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que le patient avait chuté de façon peu claire. La déclaration LAA mentionnait une chute sur l'épaule droite alors que la déclaration médicale initiale parlait de réception sur les fesses. L'accidenté signalait en tous les cas des lombalgies et des douleurs de l'épaule droite pour lesquelles il avait consulté le 28 janvier 2012 à l'hôpital de la Tour. Des radiographies de l'épaule droite avaient été faites qui montraient une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs sans autres lésions traumatiques visibles. Le 1^{er} février 2012, une échographie avait confirmé ce diagnostic.

Les rapports des Dr F_____ et G_____ étaient cités ainsi que le traitement de physiothérapie. L'Examen du Dr G_____ avec EMG était mentionné.

Le Dr H_____ considérait que le patient présentait certainement déjà une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs de son épaule droite qui avait été contusionnée lors d'un accident de ski le 26 janvier 2012 sans que l'on puisse retenir d'éléments pour une aggravation anatomique significative. L'évolution avait été favorable permettant une reprise du travail après un mois. Le *statu quo sine* avait vraisemblablement été retrouvé après trois mois maximum, délai dans lequel les contusions simples guérissaient généralement sans séquelles. Les suites de la tendinopathie calcifiante de l'épaule et du syndrome du tunnel carpien bilatéral étaient clairement à la charge de son assurance maladie.

12. Par décision du 25 mars 2013, AXA WINTERTHUR a stoppé ses prestations versées au titre de l'assurance-accidents obligatoire avec effet au 26 avril 2012. Elle renonçait à demander la restitution des prestations versées « jusqu'ici ». L'effet suspensif était retiré pour toute opposition.
13. Par courrier du 23 avril 2013, M. A_____ a fait opposition à la décision. L'assuré concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à la constatation de son droit aux prestations légales de l'assurance accident, notamment en relation avec la prise en charge des traitements évoqués, se rapportant à son épaule droite.

Un rapport du Dr F_____ du 18 avril 2013 était joint. Il signalait une erreur de sa part lors de l'établissement du certificat médical. Le patient avait chuté à ski. Après réception directe sur l'épaule droite, puis sur le dos, le patient avait présenté de violentes douleurs, tant de l'épaule droite que du dos (lombalgies aiguës). Le premier bilan fait en urgence à l'hôpital de la Tour, n'avait pas montré de fracture objectivable. La suite du traitement avait été effectuée à sa consultation. A noter que le patient n'avait aucun antécédent de l'épaule droite avant. Sous traitement d'AINS, de repos et de physiothérapie, les lombalgies basses se normalisaient mais les douleurs de l'épaule droite persistaient lors d'efforts ou de certains mouvements. Le bilan neurologique du Dr G_____ n'avait pas objectivé d'atteinte nerveuse à l'épaule droite mais une impotence fonctionnelle à l'effort (post-trauma). Un traitement de physiothérapie ainsi que de nouvelles cures d'AINS avaient été reprises début octobre 2012. De plus amples investigations, voire un avis spécialisé était en évaluation, selon l'évolution. L'arrêt de travail (pratique du sport) concernant les lombalgies était de 100% du 1^{er} février 2012 au 1^{er} mars 2012 avec une reprise à 100% le 2 mars 2012.

Son rapport devait permettre de corriger le refus de prise en charge de l'assurance accident.

14. Par décision sur opposition du 17 juin 2013, AXA WINTERTHUR a rejeté l'opposition de M. A_____. La caisse-maladie de l'assuré n'avait pas fait opposition à leur décision et semblait partager l'avis du Dr H_____ selon lequel l'accident incriminé n'avait aucune incidence sur les troubles postérieurement au 26 avril 2012. L'avis du Dr H_____ remplissait les critères jurisprudentiels dans la mesure où il était concluant, exempt de contradictions, qu'il n'existait pas d'indices à l'encontre de sa fiabilité et qu'il était établi en pleine connaissance de l'anamnèse. L'assuré avait tort lorsqu'il déduisait du fait qu'un traitement de physiothérapie s'était avéré nécessaire que le lien de causalité perdurait.
15. Le 10 juillet 2013, M. A_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition d'AXA du 17 juin 2013. Il a conclu, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, et principalement à ce qu'il soit dit et constaté que M. A_____ avait droit aux prestations légales de l'assurance-accident en relation avec son accident du 26 janvier 2012, à ce qu'il soit dit et constaté que ce droit ne s'éteignait pas après trois mois et comprenait notamment la prise en charge des soins prescrits par les Drs

F_____ et G_____ en relation avec la tendinopathie et les symptômes liés au syndrome du tunnel carpien. AXA ASSURANCES SA devait être condamnée à prester en conséquence, sous suite de frais et dépens.

Le Dr H_____ n'avait même pas rencontré l'assuré.

Les rapports relatifs aux prétendues radiographies évoquées par le Dr H_____ n'étaient pas dans le dossier. Seul s'y trouvait le rapport relatif à l'échographie pratiquée le 1^{er} février 2012.

Le médecin-conseil de l'assurance intimée tirait prétexte de la présence d'une « minime calcification » selon le rapport d'échographie du 1^{er} février 2012 pour prétendre à un état antérieur et à un retour du statut quo sine après trois mois. Aucun élément du dossier ne permettait de soutenir que l'assuré aurait développé des symptômes douloureux liés à une tendinopathie et syndrome du tunnel carpien sans l'accident. Bien au contraire les minimes calcifications n'étaient pas propres à développer, à terme, des troubles tels que présentés par l'assuré. Une expertise devait être ordonnée, les rapports des Dr F_____ et G_____ étant propres à susciter plus qu'un simple doute sur le bien-fondé de l'avis du médecin-conseil de l'intimée. Né en 1961, l'assuré atteignait un âge où il était fréquent que des calcifications soient présentes. Si l'on devait suivre l'approche normative et non pas scientifique du Dr H_____, cela reviendrait par principe à les exclure de l'assurance en relation avec toute atteinte à la santé qui pourrait être mise en lien avec de telles calcifications.

Le recourant a produit un rapport du 24 juin 2013, du Dr F_____, lequel contestait les conclusions d'AXA. Le patient n'avait jamais présenté aucune plainte, ni impotence fonctionnelle de l'épaule droite, ni consulté pour son épaule avant l'accident du 26 janvier 2012. Les symptômes douloureux chroniques ainsi que l'impotence fonctionnelle qui en découlaient étaient apparus à la suite de cet accident. Même si malgré les symptômes douloureux, le patient n'avait pas été mis en arrêt de travail pour cet accident, les plaintes pour ces douleurs avaient persisté et persistaient encore. Contrairement à ce que prétendait le Dr H_____, médecin conseil du SSSR, à savoir que la « relation de causalité avait pris fin après trois mois », ceci uniquement à la lecture d'un ultrason et sans examiner le patient, il apparaissait clairement que huit mois plus tard les symptômes étaient toujours les mêmes. Cette situation avait alors motivé une consultation spécialisée chez le neurologue, le Dr G_____, qui avait conclu à une tendinopathie, ainsi qu'à des symptômes liés au syndrome du tunnel carpien. Il était à relever que cette situation médicale n'existait pas avant l'accident et que les symptômes présentés par M. A_____ n'avaient pas changé de caractéristiques depuis cet événement. En conclusion, il ne pouvait que contester ces conclusions et affirmer une nouvelle fois que c'était bien l'accident qui avait été à l'origine des signes et symptômes douloureux présentés depuis lors par le patient et actuellement toujours présents.

16. Par réponse du 12 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'assurance reprenait les arguments développés dans la décision sur opposition. Elle contestait le grief de partialité du médecin-conseil. Le recourant se limitait à exprimer un avis divergent, non justifié médicalement. Le rapport du Dr F_____ n'était pas réellement motivé. Il ne contenait pas d'explications sur la persistance des douleurs. Les médecins qui avaient suivi le patient semblaient se limiter au principe « post hoc ergo propter hoc » auquel le Tribunal fédéral n'accordait aucune valeur. De par le lien thérapeutique privilégié, les médecins-traitant étaient enclins à trancher dans le doute en faveur de leur patient. La caisse-maladie n'avait pas contesté leur décision. Une expertise médicale était inutile. Les doutes émis par le recourant n'étaient pas de nature à jeter le trouble sur bien-fondé des conclusions des médecins d'arrondissement, aucune pièce ne venant contredire l'avis du Dr H_____.

Elle indiquait que de nouveaux clichés avaient été effectués à l'hôpital de la Tour le 14 décembre 2012.

17. Par réplique du 23 octobre 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions. Aucun arrêt de travail n'avait été prescrit par le Dr F_____. Seul un arrêt des activités sportives avait été préconisé. Il contestait fermement que de nouveaux clichés radiologiques aient été effectués le 14 décembre 2012 à l'hôpital de la Tour. Aucun nouvel examen radiologique n'avait été pratiqué le 14 décembre 2012, selon lesquels « seule une petite calcification projetée près de l'insertion humérale du sus-épineux en rotation externe ait pu être mise en évidence, à l'exclusion – une nouvelle fois – de toute lésion osseuse. ». L'intimée se fondait sur sa pièce 1. Or, il ressortait clairement de ce document, en l'occurrence l'attestation de l'hôpital de la Tour datée du 14 décembre 2012, qu'elle faisait référence aux radiographies effectuées le 28 janvier 2012. Le recourant maintenait que « le Dr H_____ n'est pas guidé par une approche médicale objective mais qu'il tire systématiquement prétexte, dans sa pratique de médecin subordonné à l'assurance, de la présence de processus dégénératif pour nier le droit aux prestations ». L'assuré précisait qu'au vu de l'enjeu financier de la présente procédure et de sa franchise de CHF 2'500.-, il n'avait strictement aucun intérêt objectif à contester la décision d'AXA. L'intimée se fondait sur d'anciennes jurisprudences. Un assureur social dont l'activité consistait à exercer, sur délégation, une mission publique ne saurait ignorer les principes jurisprudentiels récents. La partialité du Dr H_____ avait déjà été démontrée. Le prétendu retour au *statu quo ante* après trois mois ne relevait pas de la science médicale mais d'une approche normative, un argument d'autorité. Le parti pris du médecin ressortait d'emblée de son rapport. Alors qu'il n'était pas contesté que l'assuré avait été heurté par un surfeur provoquant sa chute, le médecin se livrait à « toutes sortes d'arguties pour prétendre que la dynamique de la chute ne serait pas claire ». Il prétendait que « les radiographies pratiquées le 28 janvier 2012 à l'hôpital de la Tour laisseraient apparaître « une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs sans autre lésions traumatiques visibles » alors

que le rapport y relatif relevait seulement qu' « en rotation externe, on note une petite calcification projetée près de l'insertion humérale du sus-épineux ».

Un rapport du 1^{er} octobre 2013 du Dr F_____ était produit. Il contestait plusieurs points dans le mémoire réponse d'AXA. Ainsi, il n'existait aucun examen radiologique datant du 14 décembre 2012 à l'hôpital de la Tour. Il n'y avait aucun nouvel examen radiologique d'effectué. Le patient n'ayant pas été mis en arrêt de travail, la conclusion sur l'évolution favorable ne pouvait pas être retenue. Quant à l'explication de la persistance encore actuelle des douleurs de l'épaule, celles-ci étaient attribuées à la caractéristique d'une tendinite, pouvant devenir chronique après un épisode aigu.

18. Par duplique du 21 novembre 2013, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Il n'existait aucune circonstance particulière justifiant objectivement le scepticisme du recourant quant à l'impartialité de l'évaluation du Dr H_____ ou permettant de douter de la fiabilité du médecin. Selon la jurisprudence, un simple rapport de travail avec le médecin ne permettait pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. C'était à juste titre que le Dr H_____ avait relevé deux versions divergentes de l'accident entre la déclaration initiale et celle rapportée par le Dr F_____. L'absence d'arrêt de travail rendait encore plus crédible la position du Dr H_____ selon laquelle la chute du 26 janvier 2012 avait simplement rendu l'épaule passagèrement douloureuse. L'affirmation du Dr F_____ selon laquelle le patient ne présentait aucune plainte avant l'accident revenait bien à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel ne permettait pas d'établir l'existence d'un lien. Il n'était pas question d'exiger de l'assureur accident la preuve négative qu'il ne subsistait plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée était dorénavant en parfaite santé. Le Dr H_____ avait mis en évidence à satisfaction les motifs faisant qu'il convenait d'admettre un *statu quo sine* à trois mois, notamment en raison de la seule existence d'une simple contusion et de l'absence d'une aggravation anatomique significative. L'absence de toute incapacité de travail consécutivement au sinistre et le fait que la caisse-maladie se soit ralliée à l'opinion du médecin-conseil d'AXA étaient bien des éléments venant appuyer les conclusions du Dr H_____.
19. Par courrier du 15 janvier 2014, la chambre de céans a sollicité de l'intimée la production du dossier médical dans son entier.
20. Par courrier du 23 janvier 2014, AXA a confirmé que toutes les pièces médicales avaient été versées à la procédure.
21. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 5 mai 2014.

Le Dr F_____ a confirmé être le médecin traitant de M. A_____ depuis 2005. Il partageait le diagnostic actuel de tendinopathie calcifiante de l'épaule. Le rapport d'échographie du 1^{er} février 2012 mentionnait une tendinopathie, soit une inflammation aiguë. Selon le témoin, elle était clairement consécutive à la chute, avec, peut-être des signes d'une ancienne atteinte, antérieure, asymptomatique. Les

minimes calcifications mentionnées dans le rapport n'auraient, sans l'accident, jamais causé de dommages conséquents. Il était possible que le patient ait présenté un état antérieur, mais que celui-ci ait été décompensé par l'accident. Il préférerait ne pas se prononcer sur l'affirmation du Dr H_____ relative au statu quo sine. Dans sa pratique le dogme des trois mois n'était pas respecté. Certaines tendinites pouvaient être très longues à guérir. Dans le cas d'espèce, selon les dires de M. A_____, celui-ci n'avait pas encore totalement récupéré la mobilité de son épaule droite. Le témoin confirmait qu'il n'y avait pas eu de fracture ni de déchirure. Lors de sa première consultation, il avait traité la problématique lombaire, puisque celle-ci n'avait, dans l'urgence, pas été évaluée à l'Hôpital de la Tour. L'état de santé de M. A_____ aurait pu justifier un arrêt de travail. Le patient ne l'avait pas souhaité. La neuropathie d'enclavement diagnostiquée en septembre 2012 était probablement sans lien avec l'accident. Elle concernait le poignet. La plupart du temps il s'agissait d'une affection non traumatique.

22. Le Dr G_____ a confirmé que l'examen du 14 septembre 2012 avait pu démontrer que le problème des symptômes (exclusivement les fourmillements de la main) ne provenait pas de l'épaule mais exclusivement du poignet. Il était impossible de dire si l'origine en était traumatique ou non. De façon générale il n'y avait pas de lien entre une tendinite calcifiante de l'épaule et un syndrome de tunnel carpien qui était un problème de nerfs sous réserve des cas où il y avait eu une immobilisation (de l'épaule ou du bras). M. A_____ présentait aussi une atteinte du tunnel carpien du côté gauche sans qu'il n'en présente les symptômes. Ceci était ressorti de son examen puisqu'il avait comparé les deux poignets. L'atteinte était même légèrement plus marquée sur le côté gauche. Il n'était pas exclu que l'accident à l'épaule droite ait été révélateur des symptômes. L'immobilisation prolongée d'un membre pouvait révéler quelque chose de sous-jacent qui par hypothèse, sans accident, pouvait même ne jamais se révéler.
23. A l'issue de l'audience la cause a été gradée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 26 janvier 2012 et les troubles présentés par l'assuré à l'épaule droite et à la main droite au-delà de trois mois après l'évènement.

-
3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

4. 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 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

5. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans

l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

6. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).
7. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou

aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

11. En l'espèce, l'intimée considère que le *statu quo sine* a été retrouvé trois mois après l'accident en se fondant exclusivement sur le rapport de son médecin-conseil.

Selon celui-ci, le patient présente une tendinopathie calcifiante de l'épaule et un syndrome du tunnel carpien bilatéral lesquels sont clairement à la charge de l'assurance maladie.

Il se fonde, en premier lieu, sur les radiographies du 28 janvier 2012 lesquels faisaient état, selon lui, de cette tendinopathie calcifiante. Or, tel n'est pas le cas. Les radiographies du 28 janvier 2012 ne mentionnent nullement cette affection. Seule une « petite calcification projetée près de l'insertion humérale du sus-épineux (coiffe des rotateurs) est citée par le Dr C_____.

De surcroît, dans son rapport du même jour, le Dr D_____ ne fait nulle mention d'un diagnostic de tendinopathie calcifiante. Au contraire, elle conclut qu'une lésion de la coiffe des rotateurs ne peut pas être exclue à ce stade et qu'un examen complémentaire est à prévoir en ambulatoire selon l'évolution.

Ainsi, le résumé que fait le Dr H_____ des examens du 28 janvier 2012 est erroné, ou à tout le moins peu précis.

Tel est aussi le cas avec l'échographie du 1^{er} février 2012. Le médecin d'AXA indique que cette pièce confirme la tendinopathie calcifiante sans déchirure de la coiffe des rotateurs. Or, le Dr E_____ ne fait mention que de « signes de tendinopathie ». Il ne relève que la présence de « minimes calcifications ». La conclusion mentionne le diagnostic de tendinopathie, mais ne fait pas mention de tendinopathie calcifiante. Le résumé de l'échographie, tel que fait par le médecin conseil d'AXA, manque de précision et de nuances.

Cumulé avec le compte rendu effectué par ledit médecin des documents du 28 janvier 2012, il en ressort un diagnostic contestable aux yeux de l'assuré.

A ce titre, la chambre de céans ignore quels documents précisément étaient en possession du Dr H_____ et notamment s'il possédait les images des radios du 28 janvier 2012 et de l'échographie du 1^{er} février 2012. Ceux-ci ne sont en tous les cas pas dans le dossier en possession d'AXA comme l'intimée l'a confirmé à la chambre de céans, en indiquant que la totalité des pièces médicales était versée à la procédure.

AXA indique par ailleurs que le médecin s'est fondé sur les radios du 14 décembre 2012. Or, à l'évidence de tels documents n'existent pas. Si le rapport du

Dr C_____ est daté du 14 décembre 2012, il se réfère exclusivement aux radiographies du 28 janvier 2012.

Le Dr H_____ mentionne que « l'évolution a été favorable permettant la reprise du travail après un mois ». Or, le Dr F_____ a expliqué que l'assuré n'avait jamais été en arrêt de travail, mais exclusivement en arrêt d'activités sportives pendant le mois qui a suivi l'accident.

Informé de cette erreur, AXA a indiqué que cela le confortait dans sa position. Toutefois, si l'assuré n'a pas été en arrêt de travail et que seule l'arrêt d'activité sportive a été interrompu pendant un mois, l'intimée ne possède aucun élément déterminant pour conclure à une amélioration de la situation, ce d'autant moins que le recourant n'a eu de cesse de se plaindre de douleurs à son épaule droite principalement et qu'un syndrome du tunnel carpien droit est venu s'ajouter au tableau clinique.

De surcroît il n'est pas exclu que, précisément du fait que l'assuré a refusé un arrêt de travail alors que selon son médecin traitant il était en droit d'en bénéficier, sa guérison en ait été quelque peu ralentie.

Enfin, le Dr H_____ n'a jamais rencontré l'assuré alors même que les deux témoins ont eu l'occasion de l'ausculter, et même de régulièrement le rencontrer pour le Dr F_____.

Dans ces conditions, la chambre de céans considère que le cumul d'imprécisions du rapport du Dr H_____ ne permet pas de lui accorder pleine valeur probante. Le résultat de tendinopathie calcifiante n'est pas convaincant et plusieurs indices permettent de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du médecin-conseil.

La prise de position du Dr H_____ est formellement contestée par le médecin traitant de l'assuré. Entendu en audience celui-ci est venu confirmer qu'à son avis, il ne pouvait pas être retenu de diagnostic de tendinopathie calcifiante quelques jours après l'accident, compte tenu des rapports médicaux établis les 28 janvier et 1^{er} février 2012. L'assuré présentait une tendinopathie, soit une inflammation aigue. Selon le témoin, elle était clairement consécutive à la chute, avec, peut-être des signes d'une ancienne atteinte, antérieure, asymptomatique. Les minimes calcifications mentionnées dans le rapport n'auraient, sans l'accident, jamais causé de dommages conséquents. Aucun des praticiens consultés juste après l'accident ne faisaient état de l'aspect clairement calcifiant et dégénératif de cette affection. L'aspect calcifiant était intervenu depuis l'accident, mais n'était pas présent en janvier 2012. Concernant le statut quo sine, le dogme des trois mois tel qu'énoncé par le Dr H_____ n'était pas respecté. Certaines tendinites pouvaient être très longues à guérir. Dans le cas d'espèce, selon les dires de M. A_____, celui-ci n'avait pas encore totalement récupéré la mobilité de son épaule droite. Le fait que l'assuré ait présenté, en septembre 2012, une atteinte au tunnel carpien tant à droite qu'à gauche, mais que les symptômes ne soient apparus que du côté de l'épaule accidentée, alors même que l'atteinte était légèrement plus marquée du côté non

accidenté, rend vraisemblable, avec le degré imposé par la jurisprudence, que le statu quo sine n'était pas atteint trois mois après l'accident. Le Dr G_____ a confirmé qu'il n'était pas exclu que l'accident à l'épaule droite ait été révélateur des symptômes, ce qui expliquerait pourquoi aucun symptôme n'est ressenti par l'assuré du côté gauche. L'immobilisation prolongée d'un membre pouvait révéler quelque chose de sous-jacent qui par hypothèse, sans accident, pouvait même ne jamais se révéler.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans retient comme établi avec le degré de vraisemblance suffisante selon la jurisprudence que la tendinopathie et les symptômes liés au syndrome du tunnel carpien droit sont des suites de l'accident du 26 janvier 2012. Les traitements effectués par les Dr F_____ et G_____ en relation avec ces deux affections doivent être prises en charge par l'assurance-accident.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 17 juin 2013 sera annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS 5 10.03).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants et annule la décision sur opposition du 17 juin 2013.
3. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais liés aux suites de l'accident du 26 janvier 2012 au sens des considérants.
4. Dit que ce droit aux prestations légales de l'assurance-accident en relation avec l'accident du 26 janvier 2012 ne s'éteint pas après trois mois et comprend la prise en charge prescrite par les Dr F_____ et G_____ en relation avec la tendinopathie et les symptômes liés au syndrome du tunnel carpien droit.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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