

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2435/2017

ATAS/1170/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

recourant

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1959, est employé en qualité d'agent de la police municipale par la mairie de Plan-les-Ouates (ci-après l'employeur). Par l'intermédiaire de cette dernière, il est assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'assurance SA (ci-après la Vaudoise).
2. Par déclaration d'accident du 7 juillet 2015, l'employeur a informé la Vaudoise que l'assuré s'était blessé, le 3 juillet 2015, en glissant sur un tuyau d'arrosage en vélo. Il avait ainsi subi une entorse et des contusions aux genou, bras et côtes. Il était en incapacité de travail depuis le 6 juillet 2015.
3. Le 8 juillet 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué à la Vaudoise qu'il y avait suspicion d'entorse acromio-claviculaire, de lésion méniscale ou ligamentaire et de fracture de côtes. Il mentionnait sous thérapie : « IRM, arrêt de travail et Dafalgan ».
4. Dans un rapport du 14 juillet 2015, le docteur B_____ a indiqué au Dr B_____ avoir procédé à une IRM du genou droit de l'assuré le même jour. L'indication était « bilan de gonalgies droites post-traumatiques ». Il concluait à une entorse du ligament croisé postérieur, des lésions cartilagineuses patellaires profondes, œdémateuses (déjà présentes sur l'examen précédent) et un épanchement intra-articulaire. Il proposait un contrôle IRM afin de réévaluer le ligament croisé postérieur.
5. Le 29 juillet 2015, la Vaudoise a communiqué à l'employeur le décompte des prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour l'incapacité de travail de l'assuré du 6 juillet au 2 août 2015, prise en charge à hauteur de CHF 7'733.60 (28 jours x CHF 276.20).
6. Selon un rapport médical établi le 30 juillet 2015 par le Dr B_____, l'assuré était en incapacité de travail dès le 6 juillet 2015 à 100% et il pouvait reprendre le travail à 100% dès le 31 juillet 2015.
7. Le 5 août 2015, la Vaudoise a transmis à la commune de Plan-les-Ouates un décompte rectificatif en lui demandant le remboursement de CHF 828.60 s'agissant de la LAA, à savoir trois jours à CHF 276.20. Elle tenait ainsi compte du fait que l'assuré avait repris le travail le 31 juillet et non le 3 août 2015.
8. Le docteur C_____, médecin radiologue FMH, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré le 1^{er} octobre 2015. Dans son rapport du 5 octobre 2015, il mentionne sous conclusions : « Forte suspicion d'un conflit entéro-supérieur engendré par une arthrose acromio-claviculaire modérée et un enthésophyte acromial du ligament coraco-acromial engendrant un effet de masse modéré sur le versant bursal des tendons supra et infra-épineux avec une minime déchirure interstitielle de la partie distale du tendon supra-épineux s'étendant sur 5 mm de

diamètre et une bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée sans argument pour une déchirure transfixiante. Lésion de type SLAP III au niveau de la partie entéro-supérieure du labrum avec une anse de seau luxée au niveau intra-articulaire, associée à un kyste paralabral postéro-inférieur de 9 x 12 mm de diamètre ».

9. Le Dr C_____ a procédé le 8 octobre 2015 à une IRM du coude droit de l'assuré. Il concluait dans son rapport du lendemain à : « épicondylite latérale importante, avec une fissuration intra-tendineuse s'étendant sur 7 mm de hauteur ».
10. Le Dr C_____ a procédé le 22 octobre 2015 à une infiltration de PRP au niveau du coude droit de l'assuré.
11. Le 6 novembre 2015, le Dr B_____ a informé la Vaudoise, sur questions de cette dernière, que le diagnostic entraînant l'incapacité de travail de l'assuré à 100% les 22 et 23 octobre 2015 était une épicondylite latérale avec une fissuration intra-tendineuse. Le patient avait été mis au bénéfice d'une infiltration du coude droit qui lui avait été très douloureuse. Le traitement ordonné impliquait 48 heures de repos forcé avant de reprendre l'activité habituelle. Dès le 24 octobre 2015, le patient était apte à 100% au travail.
12. Le 17 novembre 2015, la Vaudoise a informé le Dr B_____ que son médecin-conseil, qui avait pris connaissance de son rapport du 6 novembre 2015, était d'avis que l'infiltration réalisée au coude droit de l'assuré le 22 octobre 2015 n'était pas en relation de causalité avec l'événement du 3 juillet 2015. En conséquence, elle n'interviendrait pas dans la prise en charge de cette infiltration et de l'incapacité de travail y relative. Elle transmettait copie de cette correspondance à l'assuré et à son employeur.
13. Le Dr C_____ a procédé le 17 novembre 2015 à une infiltration sous contrôle échographique continu de la bourse sous-acromio-deltoïdienne droite de l'assuré.
14. Le 15 décembre 2015, le Dr C_____ a procédé à une échographie du coude droit de l'assuré. Dans son rapport du 16 décembre 2015, il indiquait sous description : « on retrouve l'aspect discrètement épaissi en nette amélioration par rapport au comparatif du tendon commun des extenseurs avec persistance d'une minime fissuration intra-tendineuse de 2 mm de diamètre sur le versant profond du tendon commun des extenseurs versus 7 mm auparavant témoignant d'un bon processus de cicatrisation ». Devant une amélioration clinique et radiologique nette de l'épicondylite fissuraire, ils avaient préféré se donner un peu de temps avant la deuxième infiltration du PRP si le Dr B_____ le jugeait nécessaire.
15. Sur la feuille accident LAA remise à la Vaudoise le 12 janvier 2016, le Dr B_____ a indiqué que le traitement médical avait pris fin le 11 janvier 2016.
16. Sur question du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr B_____ a informé ce dernier, le 2 février 2016, que le patient venait ce jour pour un contrôle après avoir eu une infiltration au niveau du coude droit. L'évolution était tout à fait bonne. Il y avait une nette

amélioration des symptômes. Ils organisaient néanmoins une deuxième infiltration, car le patient avait encore des douleurs à la palpation.

17. Le 18 juillet 2016, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration d'accident LAA bagatelle à l'intention de la Vaudoise pour l'informer que l'assuré avait à nouveau des problèmes à l'épaule, en précisant qu'une telle déclaration devait être remplie lorsque la blessure n'entraînait pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci était de trois jours au plus (jour de l'accident et les deux jours suivants).
18. Par courriel du 20 juillet 2016, la Vaudoise a informé l'employeur de l'assuré qu'elle avait bien reçu son avis de rechute du 18 juillet 2016 et que le cas avait été ouvert à nouveau.
19. Le 22 juillet 2016, le Dr B_____ a retenu le diagnostic de « élongation épaule sur trauma en abduction ».
20. L'assuré a indiqué le 25 juillet 2016 dans un questionnaire pour rechute qu'il avait suivi un traitement médical le 19 juillet 2016, soit une infiltration par le Dr B_____. Il avait toujours eu des douleurs. Elles se manifestaient par des lancées, qui le réveillaient la nuit. Il n'avait pas subi de nouvel accident. Le nouveau traitement auprès du Dr B_____ n'était pas terminé. Ce médecin lui avait ordonné du Tramal.
21. Le 31 août 2016, le Dr B_____ a informé la Vaudoise, en lien avec l'événement du 3 juillet 2015, que le diagnostic était une chute avec suspicion d'entorse au niveau acromio-claviculaire plus lésion méniscale ou ligamenteuse au niveau du genou droit. L'évolution était bonne. L'assuré était traité par Sirdalud. La durée du traitement dépendrait de l'évolution.
22. Le 14 septembre 2016, le Dr D_____ a informé le Dr B_____ qu'après avoir pris connaissance de son rapport du 31 août 2016, il conseillait à l'assurance-accidents de ne pas intervenir pour la rechute annoncée le 18 juillet 2016 de l'accident du 3 juillet 2015. L'arthro-IRM réalisée le 1^{er} octobre 2015 mettait en évidence une arthrose acromio-claviculaire d'après le rapport du Dr C_____. Si, comme le laissait suspecter son rapport du 31 août 2016, les douleurs étaient de localisation acromio-claviculaire, elles étaient en rapport avec cette arthrose et non plus avec la banale distorsion acromio-claviculaire du 3 juillet 2015.
23. Par décision du 26 janvier 2017, la Vaudoise a informé l'assuré que l'examen de son dossier médical ne démontrait pas de rapport de causalité naturelle entre l'accident du 3 juillet 2015 et les troubles ayant justifié un traitement médical à partir du mois de juillet 2016. En effet, de l'avis de son médecin-conseil, c'était des atteintes d'origine exclusivement malade qui expliquaient désormais ses plaintes. Son intervention en ce qui concernait son accident du 3 juillet 2015 se limitait aux frais encourus jusqu'au 11 janvier 2016. La suite du cas relevait de l'assurance-maladie.

24. Le Dr B_____ a indiqué dans un certificat médical établi le 13 février 2017 que l'assuré était traité à son cabinet pour des problèmes orthopédiques depuis décembre 2014. Ce dernier connaissait plusieurs problèmes orthopédiques, notamment au niveau des membres inférieurs. Concernant la problématique de l'épaule droite, l'assuré l'avait consulté immédiatement après l'accident survenu le 3 juillet 2015. Jusque-là, il n'avait jamais présenté un quelconque trouble au niveau de cette épaule qui ait justifié une consultation. Immédiatement après la chute, le patient avait dû consulter en urgence en raison d'importantes douleurs au niveau de l'épaule qui étaient apparues immédiatement après sa chute à vélo. Depuis lors, les plaintes étaient restées présentes, même s'il y avait eu des améliorations transitoires avec différents traitements conservateurs, physiothérapie et infiltrations. L'amélioration avait été suffisante pour permettre au patient de poursuivre un travail purement administratif sans toutefois lui obtenir une indolence complète. Le patient consommait donc de manière régulière des antalgiques par rapport à ses douleurs d'épaule. Une prise en charge chirurgicale était très certainement à prévoir et n'avait pas été faite jusqu'à présent afin que le patient puisse poursuivre son travail et en lui évitant une longue absence. Néanmoins, les troubles étaient clairement apparus après l'accident de juillet 2015 et étaient à mettre directement en rapport avec celui-ci, d'autant d'un point de vue de l'apparition subite des symptômes survenus immédiatement après la chute dans une épaule qui n'avait présenté aucun symptôme au préalable. La première consultation effectuée en urgence était bien liée à la principale plainte de cette douleur d'épaule. Cette épaule présentait vraisemblablement une atteinte dégénérative compatible avec l'âge, mais le lien de causalité entre les symptômes et l'accident lui semblait être relativement clair. Au vu de l'histoire de ce patient, si l'on voulait admettre qu'il n'y avait plus de lien de causalité, il faudrait dire que l'assuré avait actuellement un *statu quo sine*. Or, le patient ne présentait aucun symptôme avant cette chute alors même qu'il faisait un travail beaucoup plus physique. Il n'était pas du tout certain qu'on puisse dire que les symptômes actuels seraient survenus de la même façon sans ladite chute accidentelle du 3 juillet 2015.
25. Le 16 février 2017, l'assuré a formé opposition contre la décision rendue par la Vaudoise le 26 janvier 2017, renvoyant au Dr B_____ pour motivation sur le plan médical.
26. Le 16 mars 2017, le Dr D_____ a indiqué au Dr B_____, après avoir pris connaissance de son certificat médical du 13 février 2017, que l'assurance-accidents n'avait jamais contesté la contusion de l'épaule droite. Cependant, le fait que l'assuré n'avait jamais souffert de cette épaule jusqu'à l'accident du 3 juillet 2015 ne justifiait pas que le Vaudoise prenne en charge toutes les pathologies qui surviendraient après cet accident. Son traitement à partir de juillet 2016, un an après l'accident, concernait l'arthrose acromio-claviculaire, soit une pathologie préexistante. L'arthrose rendue symptomatique par l'accident était évidemment prise en charge par l'assurance-accidents, mais de façon limitée, jusqu'à

rétablissement du *statu quo sine*, soit dans un délai raisonnable de quatre à six mois. Dans le cas particulier, les frais avaient été pris en charge pendant six mois, soit jusqu'au 11 janvier 2016.

27. Par décision sur opposition du 2 mai 2017, la Vaudoise a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 janvier 2017. L'assuré présentait des atteintes d'origine malade qui étaient préexistantes à la contusion subie le 3 juillet 2015, même si elles étaient restées relativement, voire totalement, asymptomatiques jusque-là. Si une suspicion d'entorse acromio-claviculaire était mentionnée dans le rapport médical initial établi par le Dr B_____ le 8 juillet 2015, l'épaule droite n'avait fait l'objet d'aucun traitement, notamment par physiothérapie, avant l'infiltration réalisée le 17 novembre 2015. Ainsi, en présence d'un état pathologique préexistant, son devoir d'allouer des prestations prenait fin si l'accident ne constituait pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte. Tel était le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire. En l'espèce, la contusion de l'épaule droite n'était pas contestée. Cependant, le fait que l'assuré n'avait jamais souffert de cette épaule jusqu'à l'accident du 3 juillet 2015 ne justifiait pas la prise en charge de toutes les pathologies survenues après cet accident. L'arthrose acromio-claviculaire, qui était une pathologie préexistante d'origine malade, avait seulement été rendue symptomatique par l'accident du 3 juillet 2015. Ainsi, en se fondant sur l'expérience médicale, le Dr D_____ retenait que le rétablissement du *statu quo sine* avait été atteint dans un délai raisonnable de quatre à six mois. C'était donc à juste titre, qu'elle avait mis fin à son intervention au 11 janvier 2016 et qu'elle avait refusé d'intervenir pour les frais encourus à partir du 18 juillet 2016, faute d'un rapport de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 3 juillet 2015.
28. Le 2 juin 2017, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir que depuis sa chute à vélo le 3 juillet 2015, il avait été mis en arrêt de travail à 100%. Il n'était pas contesté qu'il avait été victime d'un accident au sens de la LAA. Lors de cet accident, il avait lourdement chuté sur toute la partie droite de son corps. Depuis cet accident, il n'avait cessé de ressentir des douleurs aux différents points d'impact de la chute, soit au genou, au coude et à l'épaule droites. Le genou droit avait fait l'objet de deux traitements de physiothérapie. Les douleurs au coude avaient été traitées par une infiltration. Le 17 novembre 2015, l'épaule droite avait également été traitée par une infiltration. Toutes ses douleurs étaient postérieures à l'accident et se situaient exclusivement du côté droit, soit du côté de son corps qui avait subi l'impact de la chute. Si l'arthrose était la cause exclusive de ses douleurs, elle ne toucherait vraisemblablement pas que son épaule droite. Le fait que l'arthrose acromio-claviculaire était restée totalement asymptomatique jusqu'au moment de l'accident et qu'elle s'était soudain révélée à l'occasion de celui-ci, précisément

dans la zone touchée par l'accident, était une coïncidence pour le moins surprenante. L'arthrose dégénérative était clairement présente puisqu'il s'agissait d'une donnée commune à son âge. Au vu de son activité professionnelle plutôt physique, s'il souffrait d'une arthrose impliquant des douleurs telles que celles ressenties après l'accident, celles-ci auraient eu toutes les raisons de se manifester plus tôt. Or, il n'en était rien. Ses douleurs n'étaient apparues qu'après la chute, à l'endroit précis où l'impact avait eu lieu. Il avait pris des antalgiques depuis la date de l'accident pour soulager la douleur liée aux nombreuses lésions survenues à cette occasion, ce qui lui avait permis, dans un premier temps, de supporter la douleur. L'infiltration était venue suppléer cette prise d'antalgiques. Le Dr B _____ jugeait qu'une opération chirurgicale serait nécessaire pour qu'il puisse poursuivre son travail. Le médecin-conseil de la Vaudoise fondait son avis sur un seul document, soit le rapport d'examen arthro-IRM de l'épaule droite. Il ne l'avait pas suivi ni même ausculté. La Vaudoise ne tenait pas compte de l'avis de son médecin, qui pourtant le suivait déjà avant l'accident et avait continué à le suivre depuis. L'avis médical de son médecin devait avoir plus de poids que celui du médecin-conseil, choisi et payé unilatéralement par l'assureur. La Vaudoise n'avait à aucun moment procédé à une expertise digne de ce nom pour fonder sa position. Le rapport opératoire de l'intervention chirurgicale du 16 mai 2017 ne lui était pas encore parvenu, mais sa lecture pourrait éclairer les causes de ses douleurs. Il n'était ainsi pas soutenable d'exclure tout lien de causalité naturelle entre l'accident et ses douleurs à l'épaule survenues après le 11 janvier 2016. De toute évidence, il s'agissait d'une combinaison de facteurs, dont l'arthrose acromio-claviculaire modérée faisait partie. Cependant, exclure catégoriquement l'accident comme cause des troubles médicaux semblait, au vu de tous les éléments disponibles, à la limite de la mauvaise foi. Le lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 juillet 2015 et son atteinte à l'épaule devait être reconnu. En conclusion, la décision sur opposition du 2 mai 2017 devait être annulée, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 3 juillet 2015 et les atteintes à son épaule reconnu et il devait être ordonné à la Vaudoise de prendre en charge l'ensemble de ses frais médicaux découlant de l'accident du 3 juillet 2015, notamment ceux intervenus après le 11 janvier 2016.

29. Par réponse du 22 juin 2017, la Vaudoise a conclu au rejet du recours. Le Dr B _____ fondait son argumentation sur un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* », qui était insuffisant pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident assuré. Son avis n'était donc pas aussi clair que le recourant le soutenait. Son médecin-conseil pouvait parfaitement prendre position sans voir l'assuré, s'il disposait d'un dossier médical étayé, ce qui était le cas en l'espèce. En outre, la jurisprudence avait posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance étaient employés de celle-ci ne permettait pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. En l'occurrence, et cela n'était pas contesté, l'épaule droite de l'assuré présentait bien

une atteinte dégénérative préexistante à la chute du 3 juillet 2015. L'accident ne pouvait plus expliquer les plaintes au-delà d'une période maximum de six mois.

30. Le 14 juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'intimée se focalisait sur son âge et l'éventuelle atteinte dégénérative qui pouvait en découler, perdant de vue les symptômes apparus suite à l'accident. Le médecin-conseil de l'intimée avait lui-même confirmé, le 16 mars 2017, que l'arthrose, rendue symptomatique par l'accident, devait être prise en charge par l'assurance-accidents jusqu'à rétablissement du *statu quo sine*. Or, au regard du rapport du Dr B_____ du 13 février 2017, le *statu quo sine* n'avait manifestement pas été atteint à ce jour, ce qu'aucune autre pièce du dossier ne permettait de remettre en cause.

À l'appui de sa duplique, le recourant a produit à la procédure un rapport opératoire établi le Dr B_____, dont il ressort que celui-ci a procédé, le 16 mai 2017, à une opération sur le recourant, soit « résection du cm distale de la clavicule + décompression sous acromiale + révision et réparation du sus épineux avec réinsertion sur 2 ancras FT 5.5 + ablation du Labrum + ténotomie LCB et ténodèse au niveau de la gouttière bicipital épaule D ». Sous description de l'intervention, le Dr B_____ mentionnait, notamment, une ouverture de l'articulation AC en incisant longitudinalement le ligament acromio-claviculaire qui était préservé et une mise en évidence d'une arthrose de cette articulation avec un processus inflammatoire très important. L'incision avait été ensuite prolongée en trans-deltaïdien. Désinsertion de la partie entéro-latérale du deltoïde. Ablation de la bourse sous acromial. Mise en évidence d'un acromion crochu. Ostéotomie de l'acromion. Mise en évidence d'une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure franche. Ablation en losange de la zone de souffrance. Ceci permettait de bien visualiser le LCB qui était particulièrement rouge et enflammé. Le LCB avait été suivi jusqu'à son origine, ce qui permettait de visualiser le labrum, où il y avait une déchirure en anse de seau luxée. Le labrum était en très mauvais état. Il avait été ôté. Ténodèse du LCB. L'exploration de l'articulation avait mis en évidence une chondropathie de grade III à IV sur les deux versants de l'articulation, prédominant en zone postérieure.

31. Selon la lettre de sortie établie par le Dr B_____, les suites post-opératoires avaient été simples et afebriles, permettant de débuter une physiothérapie très douce de mobilisation en pendulaire dès le lendemain de l'intervention.
32. Le 9 août 2017, la Vaudoise a informé la chambre de céans qu'elle renonçait à déposer une duplique.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des frais médicaux pour le traitement de son épaule découlant de l'accident du 3 juillet 2015, notamment ceux intervenus après le 11 janvier 2016.
6. 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 condition est réalisée 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 apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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.

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).

7. 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.
8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de

causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).
10. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

11. 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).
12. 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).

13. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).
14. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).
15. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

16. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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).

17. En l'espèce, l'intimée a pris en charge les suites de l'accident subi par le recourant le 7 juillet 2015 admettant ainsi un lien de causalité entre ce dernier et l'atteinte à la santé du recourant ayant nécessité un traitement médical jusqu'au 11 janvier 2016.

En présence d'un état pathologique préexistant, son devoir d'allouer des prestations prend fin si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte. 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*).

Se prévalant des conclusions de son médecin-conseil le Dr D_____, l'intimée a retenu que le rétablissement du *statu quo sine* avait été atteint dans un délai raisonnable de quatre à six mois, fondé sur l'expérience médicale. Cet avis médical ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux, dès lors qu'il ne contient pas d'anamnèse, ni de résumé du dossier et il n'est pas fondé sur un examen clinique de l'assuré.

Contrairement au Dr D_____, le médecin traitant de l'assuré, le Dr B_____, qui connaît bien le cas puisqu'il suivait déjà le patient avant son accident et qu'il le suit depuis lors, est d'avis, à teneur de son rapport du 13 février 2017, qu'il n'y a pas eu de retour au *statu quo sine*, en expliquant sa position de manière détaillée. Il a notamment indiqué que depuis l'accident, les plaintes du recourant étaient restées présentes, même s'il y avait eu des améliorations transitoires avec différents traitements conservateurs, physiothérapie et infiltrations. L'amélioration avait été suffisante pour lui permettre de poursuivre un travail purement administratif sans toutefois lui obtenir une indolence complète. Le patient consommait donc de manière régulière des antalgiques par rapport à ses douleurs d'épaule. Une prise en charge chirurgicale était très certainement à prévoir et n'avait pas été faite jusqu'à présent afin que le patient puisse poursuivre son travail et en lui évitant une longue absence. Il précisait encore que ce n'était pas du tout certain qu'on puisse dire que les symptômes actuels seraient survenus de la même façon sans la chute accidentelle du 3 juillet 2015.

Ce rapport, qui ne satisfait pas non plus aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux, doit néanmoins se voir reconnaître une certaine force probante. Dans la mesure où il remet en cause les conclusions du Dr D_____ sur lesquelles se fonde la décision querellée, la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis médicaux et il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant, selon la jurisprudence précitée (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la décision du 2 mai 2017 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise, conformément à l'art. 44 LPGA.

18. Le recours est ainsi partiellement admis.
19. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. a LPGA).
20. 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 2 mai 2017 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à la charge de l'intimée.
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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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