

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2845/2010

ATAS/539/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mai 2011

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur L\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourant

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, Service  
juridique, Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane  
CORTHAY, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur L\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1977, a travaillé en qualité de chef de projet auprès de la société X\_\_\_\_\_ SÀRL à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, de maladie professionnelle et d'accident non professionnel auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE (ci-après "LA NATIONALE" ou l'assurance-accidents).
2. Le 15 juillet 2007, l'assuré a chuté et s'est blessé à l'épaule droite. Cet évènement a fait l'objet d'une déclaration d'accident-bagatelle (remplie le 27 août 2007) dont il ressort que l'intéressé a chuté alors qu'il marchait, que les premiers soins ont été donnés à la Permanence de Cornavin et qu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail (pièce M-1 intimée).
3. Sur prescription de la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Permanence de Cornavin, qui a constaté une périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite post-traumatique, l'assuré s'est soumis à six séances de physiothérapie chez Monsieur M\_\_\_\_\_ (cf. prescription du 14 août 2007 : pièce M-7 intimée).
4. En date du 2 octobre 2007, un médecin de la Permanence de Cornavin a indiqué à LA NATIONALE que l'assuré souffrait d'une contusion de l'épaule droite (pièce M-2 intimée).
5. Les frais relatifs à l'accident du 15 juillet 2007 ont été pris en charge par l'assurance-accidents (pièce M-13 intimée).
6. Des examens radiologiques pratiqués le 29 janvier 2009 n'ont montré au niveau de l'épaule droite ni fracture, ni calcification de la coiffe des rotateurs ni signe d'un syndrome d'impingement; les rapports articulaires ont été décrits comme conservés; au niveau des clavicules et en particulier à droite, il n'y avait pas non plus de fracture; les articulations acromio-claviculaires étaient d'aspect normal des deux côtés, étant précisé que l'examen n'a pas été réalisé en charge. Enfin, aucun élargissement de l'articulation ni signe de lésion dégénérative n'étaient visibles (pièce M-14 intimée).
7. Le 21 mars 2009, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et en réadaptation, a retenu les diagnostics de status après entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite et douleurs séquellaires. Le médecin a mentionné l'échec d'une infiltration, mais précisé qu'une nouvelle infiltration sous radioscopie était prévue. Il a émis l'avis qu'un préjudice permanent sous forme de douleurs à l'effort était à craindre (pièce M-3 intimée).
8. Interrogé par l'assurance-accidents, le Dr B\_\_\_\_\_ a établi en date du 4 avril 2009 un rapport complémentaire dont il ressort qu'il n'a jamais traité l'assuré avant

l'évènement du 15 juillet 2007, qu'à sa connaissance, l'intéressé n'avait été victime d'aucun accident par le passé et qu'il n'y avait aucun argument anamnétique ou clinique en faveur d'une PSH antérieure ou postérieure au traumatisme (pièce M-4 intimée).

9. Interrogé à son tour, l'assuré a rempli en date du 9 avril 2009 deux questionnaires. Il y décrivait l'évènement du 15 juillet 2007 de la manière suivante :

« ...un accident bête. J'ai chuté (glissé) alors que je marchais et ai percuté violemment le sol avec mon épaule droite ».

L'assuré a dit avoir ensuite eu très mal à l'épaule, précisant que la douleur s'était atténuée grâce aux premiers traitements anti-inflammatoires prescrits par la Dresse A\_\_\_\_\_ mais qu'une petite douleur avait toujours persisté et s'était peut-être aggravée durant les derniers mois. L'assuré a décrit sa douleur comme se situant à l'intérieur de l'épaule et a indiqué que les radiographies effectuées par le Dr B\_\_\_\_\_ montraient l'existence d'une inflammation. Il a confirmé qu'une nouvelle infiltration était prévue. Il a expliqué n'avoir pas consulté tout de suite parce qu'il pensait que la douleur disparaîtrait d'elle-même. Il a fini par consulter le Dr B\_\_\_\_\_ parce qu'il souffrait toujours lorsqu'il portait des objets ou adoptait certaines positions (pièces M-5 et M-6 intimée).

10. Le 5 mai 2009, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Permanence de Cornavin, a confirmé le diagnostic de contusion à l'épaule droite et exprimé l'avis que le diagnostic de « PSH droite post-traumatique » retenu dans le bon de physiothérapie délivré en juillet 2007 avait sans doute été posé au vu des symptômes et sur la base de l'expérience du médecin traitant. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, aucune radiographie n'a été effectuée avant le 15 juillet 2007. Le médecin a indiqué que l'assuré s'était présenté à la consultation en date du 10 août 2007 en raison d'un accident survenu le 15 juillet 2007, que les traitements anti-inflammatoires et les séances de physiothérapie s'étaient révélés efficaces et que le patient n'était jamais revenu se plaindre de son épaule (pièce M-8 intimée).
11. Le 14 mai 2009, Madame N\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a déclaré se souvenir avoir traité l'assuré du 6 au 25 octobre 2005 pour un problème de dos (pièce M-9 intimée).
12. En date du 10 juin 2009, un employé de l'assurance-accidents s'est entretenu avec l'assuré. Il résulte de son compte-rendu que l'assuré n'était alors plus traité. L'intéressé a allégué avoir bel et bien fait l'objet d'examen radiologiques en 2007 à la Permanence de Cornavin qui aurait affirmé les avoir perdus. L'assuré a expliqué avoir souffert sans interruption au niveau de son épaule depuis l'accident de 2007, expliquant avoir négligé de la soigner en raison de problèmes rencontrés aux niveaux du genou et de la cheville et de soucis professionnels. Il a indiqué que les médecins de la Permanence de Cornavin avaient considéré, au vu des

radiographies, que tout allait bien et s'étaient contentés de lui prescrire du FLEXOR. L'assuré a dit souffrir surtout lorsqu'il lève les bras et avoir ainsi dû renoncer à jouer au badminton car il n'arrive plus à maintenir la raquette en l'air. Le Dr B\_\_\_\_\_ lui avait suggéré de faire des pompes pour se muscler, mais il n'y était pas arrivé, vu les douleurs (pièce M-10 intimée).

13. Le 10 juin 2009, l'assurance-accidents a soumis le dossier de l'assuré au Dr D\_\_\_\_\_, médecin-conseil et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a exprimé sa perplexité devant la persistance des douleurs à l'épaule. Afin de déterminer s'il y avait lien de causalité entre l'atteinte et l'événement du 15 juillet 2007, le médecin a demandé la production des documents radiologiques détenus par la Permanence de Cornavin et le Dr B\_\_\_\_\_ (pièce M-11 intimée).
14. Une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique combinée avec une arthrographie) a été effectuée en date du 15 juin 2009, qui a mis en évidence « une très discrète tendinopathie du sus-épineux à son insertion distale (avec irrégularité de sa face articulaire au niveau de son tiers postérieur, associée à une anomalie de signal intra-tendineuse minime), un épaississement synovio-capsulaire acromio-claviculaire, une bonne visualisation des ligaments coraco-acromial et coraco-claviculaire et une petite lésion kystique de 4 mm de l'arche postérieure acromiale sans traduction pathologique et non significative » (pièce M-15 intimée).
15. Un employé de la Permanence de Cornavin a confirmé à l'assurance-accidents par téléphone du 15 juin 2009 que l'assuré n'était venu en consultation qu'une seule fois, qu'aucun examen radiologique n'avait été effectué et que des séances de physiothérapie avaient été prescrites (pièce M-12 intimée).
16. Interrogé par l'assurance, Monsieur M\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a indiqué n'avoir en sa possession ni clichés radiologiques ni compte-rendu (pièce M-16 intimée).
17. Le 4 novembre 2009, le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au Dr D\_\_\_\_\_, lequel a retenu le diagnostic de tendinite du sus-épineux et de conflit sous acromial et conclu à l'absence de séquelles d'entorse acromio-claviculaire évidentes. Le médecin a estimé que le rapport de causalité entre les douleurs persistantes et l'accident de juillet 2007 n'était que possible (pièce M-17 intimée).
18. Par décision du 11 novembre 2009, l'assurance-accidents a mis fin à la prise en charge du traitement médical postérieurement dès le mois de janvier 2009 au motif qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les atteintes de l'assuré et l'événement accidentel du 15 juillet 2007 (pièce C-16 intimée).
19. Le 18 décembre 2009, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant que l'entorse acromio-claviculaire mise en exergue par les examens du Dr B\_\_\_\_\_,

ne pouvait être que la conséquence de l'accident du 15 juillet 2007. Il a précisé que si le traitement prescrit en 2007 avait permis la disparition d'une grande partie de la douleur, une gêne avait néanmoins persisté (pièce C-17 intimée).

20. Par décision sur opposition du 18 juin 2010, l'assurance-accidents a confirmé sa décision du 11 novembre 2009.

L'assurance s'est étonnée du fait que l'assuré ait attendu près de deux ans après sa chute pour consulter et se soumettre à des examens radiologiques.

Elle a ajouté qu'il ne suffisait pas de constater la persistance de plaintes plusieurs années après l'accident pour en tirer la conclusion qu'elles étaient obligatoirement en relation de causalité naturelle avec l'accident (pièce C-23 intimée).

21. Par acte du 25 août 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à ce que son traitement et les investigations médicales y relatives soient pris en charge par l'assurance accident au-delà de janvier 2009. Le recourant a indiqué que cela correspondait à un montant de 2'003 fr. 40 dont il a demandé à être remboursé avec intérêts à 5% dès le 18 novembre 2009.

En substance, le recourant allègue que puisqu'il n'a subi aucun autre choc à l'épaule droite que celui du 15 juillet 2007 seul ce dernier peut expliquer son atteinte, de sorte que l'existence d'un lien de causalité doit être reconnue.

22. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 24 septembre 2010, a conclu au rejet du recours.

L'assurance se réfère aux conclusions de son médecin-conseil, dont elle relève qu'elles sont confirmées par les certificats médicaux du Dr B\_\_\_\_\_ et les résultats des différents examens radiologiques. Elle en tire la conclusion qu'aucun rapport médical au dossier ne permet d'établir un rapport de causalité naturelle entre les troubles du recourant en 2009 et l'accident de juillet 2007.

23. Interrogé par la Cour de céans, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'une tendinite du sus-épineux et d'un conflit sous-acromial.

Selon ce médecin, l'arthro-IRM du 15 juin 2009 montre une très discrète tendinopathie du sus-épineux avec une petite irrégularité à sa surface articulaire. La lésion kystique au niveau du trochiter traduit un conflit sous-acromial probable, pouvant être responsable de cette tendinopathie.

Pour le reste, le médecin relève au niveau de l'articulation acromio-claviculaire un très discret épaissement capsulo-synovial aspécifique. Il explique qu'il est impossible de retenir, sur la base d'une telle image, le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire ancienne qu'il estime peu probable, attendu qu'il n'existe ni

diastasis acromio-claviculaire ni lésion dégénérative à ce niveau, qui auraient pu se produire dans les suites d'une éventuelle entorse.

Le médecin explique que s'il n'a pas non plus retenu le diagnostic de séquelles d'entorse acromio-claviculaire évidentes, c'est parce que le médecin de la permanence de Cornavin n'a retenu initialement que le diagnostic de contusion de l'épaule et que les examens effectués en janvier et juin 2009 ne permettent pas non plus de conclure à une ancienne entorse acromio-claviculaire. La seule lésion permettant d'expliquer les douleurs du recourant à l'épaule droite est la petite tendinite du sus-épineux, laquelle peut très bien avoir une origine sur un conflit sous-acromial.

De ces considérations, le Dr D\_\_\_\_\_ tire la conclusion qu'il n'y a pas de causalité évidente entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident du 15 juillet 2007. Selon lui, la persistance de la symptomatologie qui a motivé les consultations de 2009 est plus probablement due à la présence d'une tendinite du sus-épineux sur conflit sous-acromial et le lien de causalité avec l'accident n'est dès lors plus que possible.

Le diagnostic initial étant celui de contusion simple de l'épaule droite, le Dr D\_\_\_\_\_ a fixé le statu quo sine à trois mois au maximum après l'accident.

24. Le 12 avril 2011, l'intimée, se référant aux conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, a persisté dans ses conclusions.
25. En date du 5 mai 2011, l'assuré a produit à l'appui de sa position un certificat établi par le Dr B\_\_\_\_\_ en date du 18 avril 2011.

Le Dr B\_\_\_\_\_ y retient le diagnostic de douleur séquellaire d'une entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite survenue le 15 juillet 2007. Il explique qu'il suit l'assuré depuis mai 2008, mais n'a investigué ses douleurs de l'épaule droite qu'en janvier 2009, l'assuré s'étant plaint de douleurs persistantes en cas de port de charges. Le Dr B\_\_\_\_\_ indique avoir alors pratiqué une arthro-IRM qui a mis en évidence un épaississement capsulo-ligamentaire de l'articulation acromio-claviculaire, puis avoir procédé à une infiltration intra-articulaire de corticostéroïdes qui a permis la résolution totale de la symptomatologie. Il en tire la conclusion que cela démontre sans équivoque l'implication de l'articulation acromio-claviculaire dans les plaintes. Enfin, le médecin souligne que son patient n'a jamais souffert de cette épaule auparavant et qu'il ne montrait aucune symptomatologie de tendinopathie du sus-épineux à l'examen clinique.

## **EN DROIT**

- 
1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance accidents doit prendre en charge les frais de traitement et d'investigation postérieurement à janvier 2009.
4. 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. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid.1c).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. 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 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

5. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au

---

logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

6. a) 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).
- b) 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; RAMA 1992 no 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
- c) 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3).
7. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

d) Par ailleurs, 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/bb et cc).

e) 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).

8. a) En l'occurrence, l'intimée s'est basée sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ pour exclure, à compter de janvier 2009, tout lien de causalité naturelle entre l'atteinte à l'épaule droite de l'assuré et l'évènement du 15 juillet 2007.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de tendinite du sus-épineux et de conflit sous-acromial et estimé qu'il n'existait pas de séquelles d'entorse acromio-claviculaire évidentes, contredisant en cela l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que le diagnostic de séquelles d'entorse acromio-claviculaire ne peut être posé dans la mesure où il n'existe ni diastasis acromio-claviculaire ni lésion dégénérative - lesquelles auraient pu survenir dans les suites d'une entorse acromio-claviculaire ancienne. Il a ajouté que les examens radiologiques pratiqués en janvier et juin 2009 ne permettaient pas non plus de poser ce diagnostic. Selon lui, la seule lésion susceptible d'expliquer les douleurs est la tendinite du sus-épineux, dont l'origine peut être un conflit sous-acromial.

Le Dr D\_\_\_\_\_ en a tiré la conclusion que le lien de causalité entre l'évènement et les symptômes encore présents en janvier 2009, soit un an et demi après l'accident, ne pouvait dès lors plus être qualifié que de "possible", d'autant que le diagnostic initialement posé en 2007 était celui de contusion simple de l'épaule droite. Selon le médecin conseil, dans ces circonstances, le statu quo sine doit être considéré comme atteint trois mois au maximum après l'accident.

b) La Cour de céans est d'avis que les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ revêtent pleine valeur probante. En effet, son argumentation claire tient compte de l'ensemble des éléments déterminants utiles à la résolution de la question litigieuse du lien de causalité. Ce médecin n'a certes pas rencontré le recourant. Il pouvait toutefois renoncer à l'examiner dans la mesure où il disposait d'un dossier médical complet comprenant les documents radiologiques, lui permettant d'éclaircir les circonstances de l'accident, de déterminer les atteintes dès le mois de janvier 2009 et de présenter des conclusions motivées.

Les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ s'avèrent d'autant plus convaincante que le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire n'a pas été retenu au moment de l'accident et que l'assuré n'a consulté qu'une seule fois suite à l'accident, laissant ensuite s'écouler plus d'une année avant de consulter à nouveau. Ces éléments tendent à confirmer que le statu quo sine a été atteint peu après l'accident, au plus tard trois mois après.

Les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ ne permettent pas de conclure différemment, d'autant qu'ils ne répondent pas spécifiquement à la question relative au lien de causalité, qu'ils sont peu motivés et qu'ils ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles ce médecin a retenu le diagnostic de douleur séquellaire d'une entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite.

Enfin, le fait que l'assuré n'ait jamais souffert de l'épaule avant son accident du 15 juillet 2007 revient à invoquer l'adage « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre l'accident et les douleurs encore ressenties par l'assuré près de 18 mois après l'accident (cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb).

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Il en découle que la décision de l'intimée apparaît justifiée.

Le recours, mal fondé, sera ainsi rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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