

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3101/2012

ATAS/869/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 septembre 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à VULBEN, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah  
BRAUNSCHMIDT

recourant

contre

LA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier  
DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant albanais, né en 1962, travaillait comme plâtrier pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ Sàrl, siège à Meyrin. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 10 octobre 2011, alors qu'il œuvrait sur un chantier, l'assuré s'est tordu le poignet droit suite à l'arrêt subit de la perceuse qu'il était en train d'actionner.
3. L'assuré s'est rendu à la permanence médico-chirurgicale VERMONT-GRAND-PRE SA à Genève où le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse et attesté une incapacité de travail totale.
4. Une IRM du poignet droit a été pratiquée en date du 24 novembre 2011 dont les données n'ont pas montré d'image de fracture, mais un discret épanchement à la limite physiologique au niveau cubito-carpien. Il n'y avait pas d'autres anomalies à signaler sur cet examen réalisé sans injection intra-articulaire de contraste.
5. Dans son rapport du 22 décembre 2011 à l'attention de la SUVA, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse du poignet droit avec lésions ligamentaires côté palmaire entre le radius distal et l'os semi-lunaire et le grand os, une fissure du fibrocartilage triangulaire du carpe et une rupture de la bandelette dorsale de l'articulation RCD.
6. Dans un rapport médical intermédiaire, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était bonne, une reprise du travail à 100% était prévue pour le 23 janvier 2012.
7. Une rechute a été signalée dès le 7 février 2012.
8. Une arthro-IRM du poignet droit a été réalisée en date du 17 février 2012 qui a conclu à une intégrité des ligaments intrinsèques du poignet, un aspect également normal des fibrocartilages. Il n'y avait aucune anomalie osseuse détectable.
9. Dans son rapport du 28 février 2012 à l'attention de la SUVA, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin chirurgien orthopédiste, à la permanence Grand-Pré, a souhaité que la nouvelle incapacité de travail soit évaluée par le médecin-conseil.
10. L'assuré a été licencié avec effet immédiat en date du 23 janvier 2012, suite à diverses fautes commises.
11. Une scintigraphie osseuse réalisée en date du 29 mars 2013 a mis en évidence une hyperperfusion et hypercaptation modérée de l'épaule droite évoquant une algoneurodystrophie subaiguë, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire des deux côtés.

12. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 12 avril 2012. Ce dernier a diagnostiqué une entorse bénigne du poignet droit survenue le 10 octobre 2011, une suspicion non confirmée de lésions ligamentaires, une suspicion de syndrome épaule-main à droite et une probable composante réactive anxio-dépressive, prépondérante. Le médecin a proposé une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour une évaluation stationnaire détaillée qui permettra de prendre position précisément, en toute connaissance de cause.
13. L'assuré a séjourné à la CRR du 9 mai au 25 mai 2012. Les médecins ont diagnostiqué une entorse bénigne du poignet droit, une tendinopathie du supra-épineux droit sur l'IRM du 23 mai 2012, une très discrète neuropathie ulnaire au coude droit et sur le plan psychiatrique, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques probables. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont relevé n'avoir pas retenu le diagnostic d'algodystrophie du membre supérieur ou de capsulite rétractile de l'épaule droite au vu de l'absence d'arguments cliniques. La tuméfaction des doigts observée par moments peut être expliquée par l'exclusion du membre supérieur droit tenu le long du corps, la main en position déclive. Sur le plan médical, il n'y a pas d'arguments justifiant la poursuite d'une incapacité de travail et une pleine capacité de travail lui est reconnue depuis le 26 mai 2012. Selon les médecins, un processus d'invalidation est en cours, le patient n'étant pas d'accord avec leur appréciation de la capacité de travail.
14. Par courrier du 29 mai 2012, la SUVA a informé l'assuré que les médecins de la CRR ont estimé qu'il pouvait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 26 mai 2012, de sorte que l'indemnité journalière sera calculée en conséquence.
15. Sous la plume de son conseil, l'assuré a déclaré former opposition. Il conteste être capable de reprendre son activité lucrative et demande à être soumis à une expertise médicale neutre.
16. Par décision du 9 juillet 2012, la SUVA a relevé que selon le rapport de la clinique romande de réadaptation, les médecins ont estimé que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 26 mai 2012, de sorte que l'indemnité journalière sera calculée en conséquence. Elle a par ailleurs informé l'assuré qu'elle n'allait pas mettre en œuvre une expertise, le rapport de séjour de la CRR étant clairement suffisant et complet.
17. Dans une appréciation du 11 juillet 2012, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la SUVA, relève que les investigations pratiquées ainsi que l'évaluation stationnaire effectuée à la CRR confirment le caractère anodin de l'entorse du poignet droit initialement déclarée et permettent d'exclure le diagnostic d'algodystrophie évoqué. Elle confirme la présence de facteurs non organiques avec notamment une majoration des symptômes

psychiques pour des raisons psychologiques. Aucune incapacité de travail n'est retenue sur le plan organique. Le Dr O \_\_\_\_\_ ajoute qu'il ne dispose d'aucun élément médical nouveau lui permettant de revenir sur l'appréciation ressortant de l'évaluation approfondie faite à la CRR.

18. Par courrier du 5 août 2012, l'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA et a requis une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise.
19. Le 12 septembre 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, motif pris qu'il a été déclaré apte au travail à 100% dès le 26 mai 2012 par les médecins de la CRR, rapport qui a entière valeur probante. Par ailleurs, les troubles psychiques n'engagent pas sa responsabilité dans la mesure où, quoi qu'il en soit de la causalité naturelle, la causalité adéquate doit être niée d'emblée, l'assuré ayant été victime d'un accident banal.
20. Le 10 octobre 2012, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a informé le médecin-conseil de la SUVA que suite à l'accident du 10 octobre 2011, une intervention chirurgicale était à prévoir. Il souhaitait obtenir une garantie de prise en charge pour une arthroscopie de l'épaule droite et a communiqué copie du rapport de l'IRM de l'épaule droite du 23 mai 2012.
21. Par acte du 15 octobre 2012, l'assuré, représenté par sa mandataire, interjette recours. Il conteste la décision de la SUVA, conclut à l'octroi d'indemnités journalières entières dès le 26 mai 2012 et sollicite un délai pour compléter son recours.
22. Par courrier du 23 octobre 2012, le Dr O \_\_\_\_\_ informe le Dr P \_\_\_\_\_ que l'assuré avait initialement déclaré une distorsion du poignet droit et que l'IRM du 20 avril 2011 (*recte* : 2012) avait permis de démontrer le caractère bénin de la distorsion qui n'avait entraîné aucune lésion structurelle osseuse ou ligamentaire. Secondairement, l'assuré avait déclaré des douleurs de l'épaule. L'observation et l'évaluation diagnostique approfondie lors du séjour à la CRR n'ont pas permis de confirmer le diagnostic d'algodystrophie ou d'une capsulite rétractile de l'épaule. Aucune indication chirurgicale n'avait été retenue à l'issue du séjour. Dans un tel contexte, le Dr O \_\_\_\_\_ indique que l'intervention chirurgicale proposée lui paraît difficilement susceptible d'améliorer de façon significative un tableau clinique fortement influencé par des facteurs non organiques. De plus, la tendinopathie de l'épaule révélée par l'IRM peut difficilement être mise en relation avec l'évènement accidentel déclaré. Les troubles actuels de l'épaule relèvent selon toute vraisemblance d'une comorbidité tendinopathique malade indépendante de l'accident déclaré et à ce titre, il ne pouvait pas donner un préavis favorable à leur prise en charge par la SUVA.
23. Dans son écriture complémentaire du 19 novembre 2012, le recourant relève qu'il a consulté un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, le Dr

P\_\_\_\_\_, lequel préconise, afin d'établir un diagnostic complet, de procéder à une arthroscopie. Il a sollicité un délai supplémentaire pour compléter son recours suite aux examens complémentaires.

24. Le 11 février 2013, le recourant communique à la Cour de céans le rapport opératoire du Dr P\_\_\_\_\_, ainsi que l'échange de correspondances intervenu avec ce dernier afin d'en clarifier le contenu. Dans son rapport opératoire du 9 décembre 2012, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lésions partielles des tendons sous-scapulaires et sus-épineux de l'épaule droite, une instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps, une lésion de SLAP associée, une capsulite rétractile avec limitation de la mobilité, une bursite sous-acromiale post-traumatique, un impingement sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire. Répondant aux questions posées par le mandataire du recourant, le Dr P\_\_\_\_\_ précise que les diagnostics 1 à 5 de son rapport opératoire sont d'origine traumatique et les diagnostics 6 et 7 d'origine maladie. L'incapacité de travail est toujours de 100% depuis le 10 octobre 2011 et en lien de causalité avec son accident survenu à cette date.

Se fondant sur ce rapport, le recourant considère que la SUVA doit revenir sur sa décision et au cas où elle refuserait, il sollicite le droit de compléter son recours et de se déterminer sur les éventuels motifs médicaux de refus qui seraient étayés par la SUVA.

25. Dans ses écritures du 12 mars 2013, l'intimée estime que les troubles du membre supérieur droit ne sont pas en lien de causalité avec l'événement accidentel. Elle relève que durant le séjour stationnaire à la CRR, le recourant a fait l'objet d'investigations approfondies. Le diagnostic préalablement envisagé de neurodystrophie a été écarté, de même que celui de capsulite de l'épaule. Pour le surplus, les constatations faites lors de l'arthroscopie pratiquée en décembre 2012 ne sont pas de nature à modifier cette appréciation, la seule entorse accidentelle du poignet de l'assuré n'étant pas de nature à avoir pu causer les atteintes à la santé opérées à cette occasion. Elle conclut au rejet du recours.
26. Par écriture complémentaire du 10 avril 2013, le recourant fait valoir qu'au vu des douleurs ressenties, il est évident qu'il n'a pas été victime d'une entorse bénigne du poignet et qu'il s'agit-là d'un élément qui pourrait mettre sérieusement en doute les conclusions de la CRR, lesquelles résultent d'un manque d'investigations sur le plan médical. En effet, les radiographies et l'IRM ne permettent pas de trouver l'origine des fortes douleurs dont il se plaignait et seule l'arthroscopie, soit un examen médical plus approfondi, a permis de trouver l'origine des douleurs et de traiter diverses lésions provoquées par l'accident. De telles pathologies ne pouvaient pas être décelées par les examens de routine menés par la CRR. Il constate que l'intimé maintient sa décision sans justifier sa position sur le plan médical. Il convient toutefois de suivre les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste, qui résultent

d'examens médicaux poussés et de relativiser celles de la CRR. Il conclut à l'admission du recours et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser des indemnités journalières dès le 26 mai 2012.

27. Par écriture du 2 mai 2013, l'intimée maintient son avis, forgé sur la base du séjour stationnaire de l'assuré auprès de la CRR où des investigations poussées ont été effectuées. Le résultat de l'arthroscopie pratiquée en décembre 2012 ne permet pas d'imputer des séquelles supplémentaires de l'accident assuré contrairement à ce que souhaite le recourant. L'intimée admet que deux appréciations médicales s'affrontent, mais elle s'en tient à l'avis de son médecin d'arrondissement.
28. Après communication de cette écriture au recourant, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est fondée à retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail totale dès le 26 mai 2012 et à mettre un terme aux prestations à cette date.
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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 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).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA (en relation avec l'art. 6 al. 2 LAA), les déchirures de tendons (let. f) et les lésions de ligaments (let. g) sont assimilées à

un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

5. 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

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). On parle de chute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de chute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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).

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; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

6. 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.

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'un expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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; en particulier, il doit mettre en oeuvre 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; ATFA non publié 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 oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration

---

reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

8. En l'espèce, les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'intimé ont diagnostiqué une entorse bénigne du poignet droit, une tendinopathie du supra-épineux droit, une très discrète neuropathie ulnaire au coude droit et, sur le plan psychiatrique, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques probables. L'IRM de l'épaule droite pratiquée le 23 mai 2012 conclut que le tableau radiologique parle en faveur d'une capsulite de l'épaule droite associée à l'arthrose acromioclaviculaire ainsi qu'une insertionite en regard de l'insertion du tendon du sus-épineux. Les médecins de la CRR n'ont toutefois pas retenu ce diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite, au vu de l'absence d'arguments cliniques (rotation externe conservée). De même, le diagnostic d'algodystrophie du membre supérieur n'a pas été retenu, au vu des examens radiologiques du poignet et de la main. Les médecins concluent à une capacité de travail totale dès le 26 mai 2012, dans l'activité de plâtrier.

Le Dr P\_\_\_\_\_ relève dans un rapport du 30 octobre 2012, que le recourant souffre de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite d'origine indéterminée, depuis l'accident du 11 octobre 2011, avec une mobilité fortement réduite malgré la physiothérapie. Il se déclare d'accord avec l'intimée, à savoir que les fortes douleurs de l'épaule droite ne sont pas explicables par la tendinopathie du sus-épineux à l'IRM. Toutefois, après une évolution difficile pendant plus d'une année sous traitement conservateur et infiltrations, une hospitalisation avec rééducation intensive à la CRR sans aucune amélioration, le médecin a proposé un bilan arthroscopique dans le but d'établir un diagnostic complet et de traiter lors de la même opération. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 10 octobre 2011.

L'arthroscopie a été effectuée le 19 décembre 2012. Dans son rapport opératoire, le Dr P\_\_\_\_\_ diagnostique des lésions partielles des tendons sous-scapulaire et sus-épineux de l'épaule droite (traumatisme du 10 octobre 2011), une instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps, une lésion de SLAP de I° associée,

une capsulite rétractile avec limitation de la mobilité, une bursite sous-acromiale post-traumatique, un impingement sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire. Il précise par courrier du 24 janvier 2013, que les cinq premiers diagnostics sont d'origine traumatique, alors que les deux derniers relèvent de la maladie. L'incapacité de travail est toujours de 100 %, en lien de causalité avec l'accident survenu le 11 octobre 2011.

La Cour de céans relève que l'arthroscopie a été effectuée postérieurement à la décision litigieuse. Cela étant, elle concerne le problème de l'épaule droite, qui a fait notamment l'objet de l'examen de la CRR lors du séjour du recourant et sur lequel les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'intimé se sont prononcés. Or, suite à l'arthroscopie, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique notamment des lésions partielles des tendons sous-scapulaire et sus-épineux de l'épaule droite et une bursite sous-acromiale post-traumatique qu'il attribue à l'accident. De même, l'incapacité de travail de 100 % est toujours en lien de causalité avec l'accident du 11 octobre 2011.

Le Dr O\_\_\_\_\_ indiquait dans son courrier du 10 octobre 2011 à l'attention du Dr P\_\_\_\_\_ que les troubles actuels de l'épaule relèvent selon toute vraisemblance d'une comorbidité tendinopathique malade indépendante de l'accident déclaré.

Force est de constater que les appréciations médicales du cas d'espèce divergent, ainsi que l'intimé l'admet. Cela étant, suite à l'arthroscopie, ni les médecins de la CRR, ni le médecin-conseil de l'intimée ne se sont déterminés sur le rapport opératoire et les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_. Ainsi, s'agissant de l'épaule, les diagnostics ne sont pas identiques et les médecins divergent également quant au point de savoir si les lésions et l'incapacité de travail sont en lien de causalité avec l'accident du 11 octobre 2011.

En l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur le cas. Il s'impose de clarifier les aspects médicaux, ainsi que les circonstances de l'événement accidentel. Il s'agit en particulier de savoir si les lésions de l'épaule constatées à l'arthroscopie constituent une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. A cet effet, il conviendra de déterminer si elles sont d'origine exclusivement malade ou non, si les lésions en cause peuvent être imputables au moins partiellement à l'évènement du 11 octobre 2011 et, enfin, de se prononcer à nouveau sur la capacité de travail du recourant.

Au vu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire. Il lui incombera notamment de mettre en œuvre une expertise et de mandater un spécialiste neutre, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA.

9. Le recours est partiellement admis. La décision de l'intimée est annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

10. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H LPA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 12 septembre 2012.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Juliana BALDE

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