

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/320/2014

ATAS/1085/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 octobre 2014**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LÉVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1960, travaillait depuis le 3 septembre 2007 en qualité de responsable de chantier auprès de la société B \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), à Genève.
2. Le 4 juin 2010, l'assuré a été victime d'une affection à l'épaule droite. Les suites du cas ont été prises en charge successivement par l'assurance-maladie perte de gain de l'employeur, qui lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 22 juin 2011, et par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
3. Par communication du 17 janvier 2011, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il assumait les frais d'une formation professionnelle au titre des mesures d'intervention précoce de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, l'OAI lui a signifié par projet de décision du 19 juin 2013 qu'il ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.
4. Le 20 juillet 2013, l'employeur a adressé une déclaration de sinistre à la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) en lien avec l'événement du 4 juin 2010. Un certificat médical établi le 11 juin 2013 à la demande de l'assuré par le docteur C \_\_\_\_\_, généraliste FMH à la Permanence de Cornavin SA précisait que l'affection de l'épaule droite était en rapport avec une maladie professionnelle.
5. Entendu le 21 août 2013 par l'assureur, l'assuré a exposé que son employeur l'avait fait intervenir fin mai 2010 dans les locaux d'une banque sise au boulevard Helvétique.

Il devait percer en sous-sol un mur de pierre et de béton d'environ 80 cm d'épaisseur pour y faire passer des tuyaux de climatisation. Il avait travaillé seul, juché sur un escabeau en tenant entre ses mains une machine d'un poids d'environ 6 kg, équipée d'une mèche d'un mètre de long et de 40 millimètres de diamètre. Le trou à effectuer se situait à environ 15 centimètre du plafond. Il n'avait jamais effectué un tel travail dans de telles conditions qui impliquaient de devoir pousser très fort avec le bras droit plié et le coude à hauteur de l'épaule droite. De nombreuses fois, la mèche se bloquait dans le trou, ce qui entraînait de nombreuses difficultés pour la faire ressortir.

Après environ une heure de forage, il avait commencé à ressentir des douleurs à l'épaule droite, précisant qu'il n'avait pas été victime d'un fait particulier tel un coup, une chute ou une glissade. Le seul fait de travailler dans la position sus-décrite était à l'origine de sa douleur. Il avait poursuivi malgré tout son travail jusqu'à 10h30, soit après deux heures ou deux heures vingt de forage très difficile. La mèche s'était alors de nouveau bloquée dans le mur. Il avait tellement mal qu'il n'avait pu cette fois la ressortir. Suite à un appel téléphonique lancé à M. B \_\_\_\_\_, son patron, un deuxième ouvrier était venu lui prêter assistance. Les deux collègues s'étaient alors relayés pour terminer le percement du mur à 12h00.

Il avait l'habitude, depuis 2007, d'effectuer des forages ou des carottages mais fin mai 2010, c'était la première fois qu'il devait percer au ras d'un plafond un mur de 80 cm avec une mèche d'un mètre de long et de 40 millimètre de diamètre en étant sur un escabeau avec le bras droit plié. Il n'avait pas consulté de médecin après ces travaux, se contentant de prendre du Dafalgan qu'il avait à domicile. Il pensait que les douleurs finiraient par s'estomper. En réalité, elles n'avaient ni augmenté ni diminué au cours de la semaine qui avait suivi.

Le 4 juin 2010, il devait perforer un mur avec l'aide d'un collègue dans une banque située à Champel. Cette fois, ils creusaient à environ 45 degrés au ras du sol à l'aide d'une carotteuse munie de 3 poignées ou « roues à 3 rayons ». Il fallait faire avancer la mèche en faisant tourner les 3 poignées et la faire reculer en faisant tourner les poignées en sens inverse. Après une heure de forage, l'assuré avait tellement mal à l'épaule droite qu'il n'avait plus de force. Il n'avait pas été victime d'un fait particulier tel une chute ou une glissade, mais de son point de vue, les efforts qu'il avait fournis le 4 juin 2010 avaient aggravé l'état de son épaule droite.

En arrêt de travail depuis le 4 juin 2010, l'assuré avait reçu des premiers soins à la Permanence de Cornavin. Finalement opéré aux HUG le 18 mars 2011, il avait repris son travail à 50% le 5 septembre 2011. Il n'effectuait plus que « des bricoles » depuis, sans être en mesure de porter de charges, faire des forages ou des perçages. Pour cela, la force dans la main et le bras droits lui manquait.

6. Invité par l'assureur à se déterminer, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a estimé le 11 septembre 2013 que les troubles de l'épaule droite ne constituaient ni une maladie professionnelle, ni une lésion corporelle assimilée au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, mais qu'une incapacité de travail pouvait être reconnue jusqu'à fin août 2013.
7. Par décision du 18 septembre 2013, l'assureur a refusé toute prestation à l'assuré, considérant à la lumière du dossier d'assurance-invalidité et de l'audition du 21 août 2013 que l'assuré n'avait été victime ni d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée et qu'il ne souffrait pas non plus d'une maladie professionnelle.
8. Par acte du 21 octobre 2013, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition à la décision du 18 septembre 2013, faisant valoir que les différentes investigations médicales démontraient qu'il souffrait d'une rupture du long chef du biceps, d'une résection partielle de la clavicule distale avec persistance d'un conflit net du bord postérieur de la clavicule.

Étant donné que les dispositions légales topiques présument que de tels troubles sont constitutifs de lésions assimilées à un accident, il incombait à l'assureur de prouver que les lésions soudaines survenues après des efforts particulièrement intenses n'étaient manifestement pas constitutives d'un accident mais qu'elles provenaient d'une maladie, voire de phénomènes dégénératifs.

---

Faisant grief à l'assureur de ne pas indiquer quelle maladie ou quel phénomène dégénératif aurait pu être la cause des lésions constatées, l'assuré a conclu à l'admission de son opposition et à ce que l'assureur effectue le calcul des indemnités journalières dues depuis le 4 juin 2010, date à laquelle il présentait une incapacité de travail de 100%.

9. Dans un rapport daté du 17 décembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé sa première appréciation du 11 septembre 2013 en se fondant sur les rapports médicaux suivants transmis par l'assurance-maladie perte de gain et par l'OAI :

- Rapport du 17 septembre 2010 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique qui confirmait, à la lumière de l'examen effectué et des examens complémentaires par arthro-IRM, une rupture du long chef du biceps à l'épaule droite dans le cadre d'un conflit sous-acromial ainsi qu'une arthrose débutante acromio-claviculaire droite.

Pour le Dr D\_\_\_\_\_, il s'agissait là, de toute évidence, de troubles dégénératifs.

- Rapport d'expertise du docteur F\_\_\_\_\_, de la clinique Corela, rendu le 7 octobre 2010 à la demande de l'assurance-maladie perte de gain de l'employeur. Il en ressort que les examens radiologiques apportés par l'assuré permettaient de retrouver sur l'arthro-IRM une déchirure du tendon du long chef du biceps qui n'était plus dans sa gouttière avec une rétractation des muscles au niveau du bras. Si le reste de la coiffe des rotateurs était indemne, on relevait la présence d'une bursite sous-acromiale modérée et d'une arthrose acromio-claviculaire.

- Demande de prestations d'assurance-invalidité du 2 novembre 2010. Il y est mentionné que l'assuré présentait, suite à une maladie, une rupture du long chef du biceps à l'épaule droite de même qu'une arthrose débutante.

- Lettre de sortie des HUG du 31 mars 2011 consécutive à une hospitalisation du 18 au 22 mars 2011 pour douleurs à l'épaule droite. Un conflit sous-acromial de l'épaule droite était mentionné à titre de diagnostic principal. En conséquence, le docteur G\_\_\_\_\_ et le professeur H\_\_\_\_\_ avaient effectué une arthroscopie intra-articulaire exploratrice et une acromioplastie le 18 mars 2011.

Selon le Dr D\_\_\_\_\_, cette intervention visait à traiter ledit conflit dégénératif sous-acromial.

- Rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2011. Il y est mentionné que l'assuré avait repris son activité à 50% dès le 5 septembre 2011, pour des raisons avant tout financières.

- Rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 mars 2012 qui, à la lumière de nouveaux examens, confirmait l'existence d'un os acromial droit pour lequel il n'existait pas de réelle solution raisonnable d'un point de vue chirurgical, compte tenu notamment de la finesse de l'acromion de l'assuré. Aussi le Dr G\_\_\_\_\_ a-t-il

considéré que la solution la plus raisonnable était un reclassement professionnel.

- Rapport de la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin SMR, rendu le 24 avril [recte : le 4 avril] 2012 à la demande de l'OAI. Il y est mentionné que la présence d'un os acromial, qualifié de « malformation (= non fusion osseuse) » et la forme de celui-ci empêchaient une opération et rendaient la prise en charge difficile. La Dresse I\_\_\_\_\_ a ainsi estimé que même si l'assuré avait repris son activité habituelle à 50% depuis le 5 septembre 2009, une telle activité, même à 50%, ne pouvait être poursuivie à terme et qu'elle était probablement délétère pour l'épaule droite.
- Entretien avec l'assuré le 21 août 2013 dans les locaux de l'assureur.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait déclaré qu'il souffrait de cette épaule depuis quelques jours avant l'événement traumatique initial. Il a souligné également que si c'était la première fois que l'assuré devait percer, au ras d'un plafond, un mur avec une longue mèche en étant juché sur un escabeau, il avait l'habitude, depuis 2007, d'effectuer des forages ou des carottages.

Dans l'appréciation générale du cas qui s'en est suivie, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que les troubles de l'épaule droite de l'assuré ne constituaient pas une maladie professionnelle due exclusivement ou de manière prépondérante à certains travaux, ajoutant que même si un engin de perçage avait été utilisé dans le cas présent, cela ne changeait rien au fait que dans le cadre d'éventuelles maladies dues aux vibrations, seules les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations ou sur la circulation périphérique devaient être prises en charge par l'assurance-accidents. Il a précisé qu'en l'espèce, on ne relevait pas de lésion radiologique sur un plan osseux, articulaire ou circulatoire et qu'il n'y avait donc pas de maladie professionnelle au sens de la liste établie par le Conseil fédéral.

Envisageant le cas sous l'angle des maladies professionnelles « hors liste », le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que la lésion du biceps constatée constituait une lésion survenant dans la population générale après 50 ans. Il a également souligné que « le rôle favorisant de l'arthrose acromio-claviculaire [était] important dans cette rupture » et qu'on ne retrouvait pas ici le rôle nettement prépondérant de l'activité professionnelle.

10. Par décision du 18 décembre 2013, l'assureur a rejeté l'opposition formée le 21 octobre 2013.
11. Par acte du 3 février 2013, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 18 septembre 2013, concluant sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que des prestations d'assurance-accidents lui soit allouées pour les suites de lésions corporelles assimilées à un accident ou, subsidiairement, en fonction de lésions corporelles assimilées à une maladie professionnelle. Plus subsidiairement, l'assuré a demandé qu'une expertise médicale soit ordonnée aux fins de déterminer la nature exacte de ses lésions.

Le recourant fait valoir en substance qu'en ayant subi une déchirure du tendon du long chef du biceps droit le 4 juin 2010, il a été victime d'une lésion assimilée à un accident et que l'intimée n'a pas apporté la preuve de l'origine malade ou dégénérative des lésions.

Se fondant sur le certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_ concluant à une maladie professionnelle, il soutient également que l'existence de cette dernière doit être considérée comme établie dès lors qu'il est incontestable que l'affection provoquée par son activité professionnelle, soit notamment le fait de travailler les bras levés en portant des charges lourdes, est très nettement plus élevé chez un ouvrier du bâtiment que dans la population en général. Le recourant en infère que l'existence d'un lien prépondérant entre l'exercice de son activité professionnelle et la survenance de la maladie professionnelle est établie.

Enfin, le recourant estime que si la chambre de céans ne retenait pas l'existence d'une maladie professionnelle, une expertise médicale devrait être ordonnée dès lors que le Dr C\_\_\_\_\_ ne partage pas l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ et conclut à l'existence d'une maladie professionnelle.

12. Par acte du 3 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Se fondant sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2013, elle soutient que les conditions pour reconnaître une lésion assimilée à un accident ne sont pas réalisées, ce d'autant que l'atteinte ne présentait pas un caractère soudain. Elle ajoute que les douleurs étaient apparues progressivement après plusieurs heures de forage sans qu'un fait particulier (coup, chute ou glissade) ne coïncide avec l'atteinte, ceci étant valable non seulement pour les travaux effectués fin mai, mais aussi pour ceux réalisés le 4 juin 2010.

L'intimée soutient par ailleurs qu'il ressort de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ que l'atteinte à l'épaule droite du recourant n'a pas été causée de manière prépondérante par l'exercice de son activité professionnelle, de sorte qu'on ne saurait admettre l'existence d'une maladie professionnelle.

13. Par réplique du 5 mai 2014, le recourant considère en substance qu'on serait en présence d'une tendovaginite au sens de la liste établie par le Conseil fédéral. À cet égard, il fait valoir qu'en tant que le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne, dans son appréciation médicale du 17 décembre 2013, qu'il n'y a pas de lésion radiologique sur un plan osseux, articulaire ou circulatoire, il est contredit par son confrère, le Dr J\_\_\_\_\_ qui, dans son certificat du 5 septembre 2011, indique clairement qu'une arthroscopie de l'épaule gauche a dû être effectuée le 18 mars 2011 en raison d'un conflit sous-acromial avec l'épaule. Le recourant fait également valoir que l'aggravation d'un état maladif antérieur par des substances ou des travaux figurant sur la liste ou par une activité professionnelle « hors liste » est assimilée à une affection provoquée par ces mêmes causes. Il soutient qu'en l'espèce, il s'impose de constater que la lésion du tendon du long chef du biceps résulte de manière

prépondérante d'une activité professionnelle inhabituelle dans des conditions inadéquates sollicitant plus particulièrement le biceps lésé. Affirmant que c'est précisément à la suite d'une telle activité qu'est survenue l'incapacité de travail, il en conclut qu'il est inexact de prétendre que l'arthrose diagnostiquée le 17 septembre 2010 par le Dr E\_\_\_\_\_ serait la cause exclusive de la lésion du tendon du long chef du biceps.

14. Par duplique du 27 mai 2014, l'intimée précise qu'il n'est pas contesté que la maladie puisse être due en partie à l'activité professionnelle du recourant, mais qu'une causalité prépondérante ou exclusive de cette activité ne ressort pas du dossier médical, en particulier du certificat du 14 janvier 2014 du Dr C\_\_\_\_\_.
15. Par communication du 17 juin 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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 prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si les atteintes dont il souffre remplissent les conditions d'une lésion assimilée à un accident ou d'une maladie professionnelle.
4. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2).

b) Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références).

c) Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné, à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Pour de tels mouvements, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

5. a) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; ATF non publié 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011, consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par

l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF non publié 8C\_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). 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 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

b) Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (ATF non publié 8C\_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 2). La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur qui, sans être de caractère extraordinaire, doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid.

---

4.2.2; ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATFA non publié U 362/06 du 4 juillet 2007, consid. 3).

En cas d'efforts répétés au cours de travaux effectués au moyen d'un marteau ou d'une perceuse, l'existence d'une cause extérieure fait défaut (ATF 129 V 466 consid. 4.1 et les références citées).

En revanche, l'existence d'une cause extérieure a été admise dans le contexte de l'utilisation d'un marteau-piqueur dont la mèche, en se bloquant, avait provoqué un mouvement non programmé et non maîtrisé présentant une certaine intensité (torsion violente et forcée du membre supérieur droit ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

c) À l'instar des accidents, les lésions assimilées à ceux-ci supposent que l'atteinte dommageable portée au corps humain soit soudaine. La notion de soudaineté n'implique pas nécessairement que l'atteinte ne dure qu'un instant. En revanche, il est nécessaire que celle-ci soit apparue de manière soudaine et ne se soit produite qu'une fois (Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4<sup>ème</sup> éd. 2011 in MURER/STAUFFER (éd.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht ad art. 6 LAA, p. 51 et les références citées).

En cas d'efforts répétés au travail, par exemple lors de l'utilisation d'un marteau ou d'une perceuse, de même qu'en cas d'efforts répétés du poignet ou du bras, la soudaineté fait précisément défaut (ATFA 1947 p. 9 consid. b, cité in Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER, op. cit., p. 52).

6. a/aa) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe 1 de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part.

Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci sont énumérés de manière exhaustive à l'annexe 1 de l'OLAA (RAMA 1988 no U 61 p. 449 consid. 1a, RAMA 1999 no U 326 p. 108 consid. 2, voir également ATF non publié 8C\_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3.1 ; ATFA non publié U 381/01 du 20 mars 2003, consid. 3.1, ATFA non publié U 290/99 du 2 mai 2000 consid. 2a).

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste ou lorsque cette maladie figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste et qu'elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en relation avec ladite affection (ATF 119 V 200 consid. 2a et

la référence; RAMA 2000 n° U 398 p. 333 et ss. consid. 3; ATFA non publié du 22 février 2006, U 48/05).

a/bb) Selon le chiffre 2 de l'annexe 1 de l'OLAA, sont notamment réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, les maladies dues aux vibrations (seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations ainsi que les actions sur la circulation périphérique).

b) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Cette clause générale répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante prévue à l'art. 9 al. 2 LAA est réalisée lorsque la maladie professionnelle résulte à 75 % au moins de l'activité professionnelle (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général pour que l'on puisse considérer que la maladie a été causée de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 116 V 143 consid. 5c; RAMA 2000 n° U 408 p. 407; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 195/05 du 31 janvier 2006). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 235/99 du 22 septembre 2000).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir. Il a retenu qu'en médecine, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être apportée à propos d'un état de fait médical, il est nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (ATF 126 V 183 ;

Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 408 du 22 septembre 2000 in RAMA 2000 p. 407).

En d'autres termes, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale, l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 381/2001 du 20 mars 2003).

c) La maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée, soit dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (cf. art. 9 al. 3 LAA).

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

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins 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 I 592/99 du 13 mars 2000).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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 même faibles 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

8. a) Le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'il est convaincu de sa réalité. Il 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 retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2).
- b) Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1; ATF non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C\_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2).

9. a) En l'espèce, il ressort de l'audition du recourant en date du 21 août 2013 que celui-ci n'a pas été victime d'un fait particulier telle une chute ou une glissade, que ce soit lors des travaux exécutés fin mai 2010 ou lors du forage du 4 juin 2010. En conséquence, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire et, par là même, la survenance d'un accident doit être écartée. Au demeurant, le recourant ne le conteste pas.

b) Le recourant soutient par ailleurs avoir été victime d'une lésion assimilée à un accident, plus précisément d'une déchirure du tendon au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, ajoutant que les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que l'origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. De son point de vue, l'existence d'une cause extérieure soudaine doit être admise dans la mesure où les événements de mai et juin 2010 ont été particulièrement exigeants au niveau physique et qu'il a ressenti une très vive douleur l'ayant contraint à interrompre son travail lors d'une des rotations des poignées de la machine qu'il maniait le 4 juin 2010.

Ces arguments ne sauraient être suivis pour plusieurs raisons. L'audition du recourant en date du 21 juin 2013 a révélé que les travaux effectués fin mai avaient généré une augmentation progressive des douleurs. Quant à ceux réalisés le 4 juin 2010, ils ont été interrompus alors que l'épaule le faisait déjà souffrir. Compte tenu de la primauté attachée aux premières déclarations de l'intéressé, on ne saurait se fonder sur la version ultérieure des faits qui occulte à la fois l'augmentation progressive des douleurs et le caractère préexistant de celles-ci au commencement des travaux effectués le 4 juin 2010. Le caractère soudain de l'atteinte sera ainsi dénié, ce à plus forte raison qu'il ressort de la casuistique citée plus haut que des efforts répétés fournis en maniant un marteau ou une perceuse ne satisfont ni au critère de la soudaineté ni à celui de la cause extérieure (cf. consid. 5b et 5c supra). Il sied encore de relever que contrairement au cas ayant fait l'objet de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_36/2013 précité, les blocages de la mèche de la machine utilisée n'ont pas entraîné l'accomplissement d'un mouvement non coordonné.

Le recourant fait encore valoir que la notion de lésion assimilée a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident en obligeant les assureurs-accidents à assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Il ajoute qu'en l'espèce, il incombe à l'intimée de lui allouer des prestations puisqu'elle n'a pas apporté la preuve de l'origine maladie ou dégénérative des lésions considérées.

Ce dernier argument tombe cependant à faux. En effet, le recourant omet de préciser que cette preuve doit être apportée sous réserve qu'il existe une cause extérieure – au sens défini plus haut – soudaine qui ait au moins déclenché les symptômes dont il souffre (cf. Jean-Michel DUC, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses in RSAS 50/2006, p. 529, 534 et les références citées).

c/aa) Le recourant soutient en substance qu'on serait en présence d'une tendovaginite au sens de la liste des substances nocives et des affections dues à certains travaux (cf. OLAA, annexe 1, ch. 2) et qu'en tant que le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne, dans son appréciation médicale du 17 décembre 2013, qu'il n'y a pas de lésion radiologique sur un plan osseux, articulaire ou circulatoire, il serait contredit pas son confrère, le Dr G\_\_\_\_\_ qui, dans son certificat du 5 septembre 2011, indique clairement qu'une arthroscopie de l'épaule gauche a dû être effectuée le 18 mars 2011 en raison d'un conflit sous-acromial avec l'épaule.

La chambre de céans relève que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2013 intègre un résumé de tous les rapports médicaux antérieurs, de sorte qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier. Les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant ne présente ni lésion au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, ni maladie professionnelle selon l'art. 9 al. 2 LAA sont claires, motivées et dépourvues de contradictions.

Au vu de ce qui précède, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le fait que le médecin-conseil n'a pas examiné le recourant n'a pas d'incidence sur sa valeur probante, puisqu'il se fonde sur un nombre suffisant d'appréciations médicales consécutives à un tel examen, émanant notamment des médecins du recourant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

Pour le surplus, les objections du recourant n'emportent pas la conviction. Premièrement, il n'appartient pas à celui-ci de se substituer à l'avis des médecins en se hasardant à qualifier lui-même ses troubles de « tendovaginites ». Deuxièmement, les constatations du Dr D\_\_\_\_\_ se rapportent, à l'évidence, à l'examen de la prise en charge d'un autre type d'affection, soit les maladies dues aux vibrations (cf. OLAA, annexe 1, ch. 2 let. a). Troisièmement, le Dr D\_\_\_\_\_ a dûment pris en compte le conflit sous-acromial qu'il qualifie de dégénératif dans son appréciation du 17 décembre 2013, ajoutant que même si un engin de perçage a été utilisé, seules les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations ou sur la circulation périphérique doivent être prises en charge. Or, ce dernier point a été tranché par la négative par ce même médecin faute précisément de lésion sur un plan osseux, articulaire ou circulatoire dans le cas d'espèce.

Par ailleurs, même si on qualifiait le conflit sous-acromial de lésion sur un plan osseux, articulaire ou circulatoire comme le soutient le recourant sans étayer ses thèses d'un point de vue médical, il n'en reste pas moins que le certificat du Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'origine d'une hypothétique lésion de cette nature de sorte qu'il ne remet pas en question les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ en ce qui concerne, d'une part, la nature dégénérative de ce conflit sous-acromial et, d'autre part, l'absence d'affection au sens de la liste des substances nocives et des affections dues à certains travaux (OLAA, annexe 1, ch. 2 let a).

c/bb) Le recourant soutient encore que si une maladie professionnelle figurant dans ladite liste n'était pas retenue, on serait en présence d'une autre maladie au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, causée par l'exercice d'une activité professionnelle. Il ajoute qu'il est inexact de prétendre que l'arthrose diagnostiquée le 17 septembre 2010 par le Dr E\_\_\_\_\_ serait la cause exclusive de la lésion du tendon du long chef du biceps.

Cette dernière assertion est clairement erronée en ce qu'elle méconnaît la portée de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_. Ce médecin indique en effet que la lésion du biceps constatée survient dans la population générale après 50 ans, que le rôle favorisant de l'arthrose acromio-claviculaire est important dans cette rupture et que le rôle nettement prépondérant de l'activité professionnelle n'est pas retrouvé ici.

En d'autres termes, le Dr D\_\_\_\_\_ n'exclut pas que l'activité professionnelle du recourant ait pu jouer un rôle dans la survenance des troubles constatés. Il en rejette toutefois le rôle nettement prépondérant.

Par certificat du 11 juillet 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ indique pour sa part que l'affection du recourant « est en rapport avec son activité professionnelle antérieure dans le bâtiment, raison pour laquelle nous la qualifions de maladie professionnelle ».

Cette appréciation n'est toutefois pas de nature à mettre en doute celle du Dr D\_\_\_\_\_. En effet, elle ne se prononce pas sur le rôle prépondérant joué par l'activité professionnelle et ne mentionne pas d'autres facteurs – ne serait-ce que pour les écarter – qui auraient éventuellement joué un rôle dans la survenance de la lésion constatée.

On relèvera également que le recourant n'allègue pas à juste titre que sa profession implique de travailler continuellement le bras droit plié et le coude à hauteur de l'épaule droite ou de creuser à 45 degrés au ras du sol à l'aide d'une carotteuse. Au contraire, il affirme que les deux forages qu'il a effectués fin mai 2010 ainsi que le 4 juin 2010 sortaient de ses habitudes professionnelles usuelles (cf. réplique, p. 3). Or, selon la jurisprudence, l'assuré doit être exposé pendant une certaine durée à des risques relevant typiquement de sa profession et du risque inhérent à celle-ci. En revanche, un événement unique par lequel l'atteinte à la santé est causée ne suffit pas (ATF 126 V 183 consid. 2b). Un simple rapport de simultanéité avec l'activité professionnelle non plus (ATF 116 V 136 consid. 5d).

Compte tenu de la brièveté et du caractère atypique des tâches accomplies fin mai et début juin 2010, il y a d'autant moins de place ici pour des investigations médicales complémentaires qu'il ressort du libellé même du certificat du Dr C\_\_\_\_\_ que ce médecin a étendu la notion de maladie professionnelle à ce qu'elle n'est pas d'un point de vue légal.

Pour le surplus, il n'existe pas de base épidémiologique qui établit que les lésions du biceps seraient quatre fois plus fréquentes chez les ouvriers du bâtiment que pour l'ensemble de la population. En conséquence et dès lors que, selon l'expérience médicale, la preuve d'une causalité ne peut être rapportée de manière

générale, la jurisprudence exclut la possibilité d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (ATF 126 V 183 consid. 4c précité). Ainsi, la lésion du biceps droit dont a souffert le recourant n'apparaît pas comme étant due exclusivement ou de manière nettement prépondérante à l'activité professionnelle exercée. L'intimée était par conséquent en droit de refuser toute prestation.

10. Le recours se révèle ainsi mal fondé.
11. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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