



POUVOIR JUDICIAIRE

A/380/2019

ATAS/826/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 septembre 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à DARDAGNY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO

recourant

contre

BALOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
D'ALESSANDRI

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a été engagé en 1985 en qualité de cardio-technicien auprès de B_____ (ci-après : B_____). À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la société anonyme Bâloise Assurance (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Le 17 novembre 2017, l'assuré a subi un accident. Selon le rapport de police établi le 5 décembre suivant, un automobiliste victime d'une crise d'épilepsie s'était déporté sur la gauche de la chaussée et l'avant de sa voiture avait heurté l'avant gauche du vélo de l'assuré, qui circulait normalement. Ce dernier avait été blessé en chutant sur le flanc droit, et conduit en ambulance aux HUG.
3. Dans un rapport du 22 novembre 2017, le docteur C_____, médecin au service des urgences des HUG, a indiqué que l'assuré était tombé sur le poignet et le coude droit. Il se plaignait de dorsalgies et cervicalgies. Les radiographies n'avaient pas mis en évidence de fracture ou de luxation du rachis cervical, ni de fracture-tassement récente du rachis dorso-lombaire. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 22 novembre 2017.
4. Dans une prescription de physiothérapie du 28 novembre 2017, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué le diagnostic de contusions multiples avec contracture dorsale et cuisse droite (*sic*).
5. Dans un courrier du 6 décembre 2017, la Dresse D_____ a invité le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à examiner l'assuré en raison d'une douleur à l'épaule gauche, qui était apparue dans les jours suivant l'accident. Cette douleur se manifestait en rotation externe et en abduction. L'assuré avait une impression d'engourdissement de l'avant-bras et de la main gauches. Lors de la reprise du travail, il avait dû prendre régulièrement des antalgiques et ses douleurs étaient accrues par le port d'un tablier de plomb. Il signalait être victime de mobbing. Les douleurs le réveillaient la nuit.
6. Dans un certificat du 19 décembre 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté une incapacité de travail totale. La reprise du travail était prévue le 22 décembre suivant.
7. Dans un courrier du 18 janvier 2018 au Dr F_____, la Dresse D_____ a mentionné une récurrence de la lésion de la cuisse droite et des douleurs de l'épaule gauche. Le 11 janvier précédent, l'assuré avait dû faire deux pas « explosifs » pour se rendre au chevet d'une patiente. Il avait alors ressenti une vive douleur à la cuisse, qui persistait depuis et entraînait une boiterie. Il ne s'était plus rendu au travail le 15 janvier 2018, en accord avec la Dresse D_____. Elle proposait au Dr F_____ de réaliser un ultrason de la cuisse et de se prononcer sur la durée probable de l'arrêt de travail, car elle avait l'impression d'avoir remis l'assuré au travail trop tôt.

8. Selon ses notes de consultation du 24 janvier 2018, le Dr F_____ a réalisé une échographie et posé les diagnostics de bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule gauche post-traumatique, de petit signe de tendinopathie du long chef du biceps et de lésion musculaire de la cuisse droite post-traumatique. Il a noté que le conflit au travail jouait probablement une part importante dans les douleurs.
9. Une IRM des cuisses du 29 janvier 2018 a révélé une discrète zone d'infiltration graisseuse bordant le versant profond du secteur distal de la cloison aponévrotique centrale du droit fémoral, s'accordant avec la séquelle d'une ancienne déchirure, sans argument pour une lésion récente.
10. Une IRM et une radiographie de l'épaule gauche ont été réalisées le 14 février 2018 et ont mis en évidence une arthropathie acromio-claviculaire arthrosique en poussée évolutive et une tendinopathie fissuraire du supra-épineux prédominant dans son secteur antérieur, restant modérée, sans déchirure, associée à un discret épaissement de la bourse sous-acromiale adjacente. Il n'y avait pas d'anomalie évidente du labrum, sous réserve de l'absence de distension articulaire.
11. Le 28 février 2018, le Dr F_____ a pratiqué une infiltration du long chef du biceps.
12. Dans un courrier du 1^{er} mars 2018 au Dr E_____, le Dr F_____ a mentionné la persistance de douleurs antérieures de l'épaule gauche dans un contexte post-accident, le reste des douleurs de l'épaule et des troubles de la mobilisation ayant bien évolué après une infiltration dans la bourse sous-acromiale gauche réalisée en décembre 2017 dans le contexte post-traumatique. Une tendinopathie proximale discrète du long chef du biceps perdurait également à l'échographie. Dans ces circonstances, le Dr F_____ avait procédé à une nouvelle infiltration, sans complication immédiate. Un arrêt de travail de trois à quatre semaines au moins après ce geste apparaissait nécessaire pour éviter toute mobilisation contraignante.
13. Dans un formulaire du 29 mars 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a qualifié le lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'assuré de probable (supérieur à 50 %) s'agissant des contusions multiples. Des facteurs extérieurs contribuaient au trouble, sous forme d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, de tendinopathie fissuraire (sans déchirure) du supra-épineux, de tendinopathie du long chef du biceps et de bursite sous-acromiale de l'épaule gauche. Il notait des séquelles compatibles avec une ancienne déchirure (sans lésion récente) de la cloison aponévrotique du muscle droit fémoral de la cuisse droite. L'accident avait uniquement causé une aggravation passagère. En l'absence de lésion structurelle de l'épaule gauche imputable à l'accident, et compte tenu d'une IRM de la cuisse rassurante, notamment eu égard à l'absence de lésion récente, cet accident avait cessé de déployer ses effets douze semaines après sa survenance.

14. Par décision du 1^{er} mai 2018, l'assurance a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles de l'assuré et l'accident dès le 9 février 2018 et refusé l'octroi de prestations pour accident.

Elle a indiqué que selon son médecin-conseil, le *statu quo sine* était atteint douze semaines après l'accident, soit le 9 février 2018. Dès cette date, elle considérait que l'état de santé de l'assuré était identique à celui qu'il présenterait sans accident. Par conséquent, les traitements médicaux n'étaient plus en rapport avec l'accident et relevaient de facteurs étrangers à cet événement.

L'assurance a également notifié sa décision à l'assurance-maladie de l'assuré.

15. L'assuré, par son conseil, s'est opposé à la décision de l'assurance le 25 mai 2018. Il estimait que les suites délétères de l'accident du 17 novembre 2017 n'avaient pas cessé et sollicitait l'allocation de prestations au-delà du 9 février 2018.

Il a affirmé qu'il ressortait des différents documents médicaux que les troubles post-traumatiques subsistaient après le 9 février 2018. Il sollicitait un délai de trente jours pour compléter son opposition dès réception du rapport du médecin-conseil de l'assurance, dont il avait déjà requis une copie par courrier du 4 mai 2018.

Il a produit les pièces suivantes :

- a. courrier du 1^{er} mars 2018 du Dr E_____ à la Dresse D_____, selon lequel l'assuré avait fait état d'un impact initial du côté gauche avant une chute sur l'hémicorps droit lors de l'accident. L'assuré présentait selon toute vraisemblance des douleurs persistantes liées à son long chef du biceps, pour lesquelles le Dr E_____ proposait une infiltration et la poursuite de la physiothérapie ;
- b. courrier du 30 avril 2018 du Dr F_____ à la Dresse D_____, indiquant qu'il avait revu l'assuré dans les suites de l'accident, et rappelant les infiltrations pratiquées. La mobilité de l'épaule était complète, avec de discrets signes de conflit et une sensibilité dans la région antérieure, en particulier du long chef du biceps, et la persistance d'une dyskinésie discrète de l'omoplate gauche. Une échographie de contrôle avait confirmé que le long chef du biceps ne montrait pas de signe de tendinopathie ou de rupture, et l'absence de signe de tuméfaction ou de collection liquidienne dans le creux axillaire ou la région pectorale. Une gêne semblait persister, évoquant une possible atteinte du plexus brachial lors du traumatisme. Une complication sous forme d'un petit hématome ou d'une collection liquidienne à la suite de l'infiltration pouvait aussi être évoquée, même si elle n'était pas retrouvée ce jour et devrait cas échéant progressivement disparaître. Un scanner thoracique pourrait amener des éléments de réponse. Le Dr F_____ préconisait un examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG) du membre supérieur gauche. L'assuré restait en arrêt de travail, et le Dr F_____ laissait le soin à sa consœur de déterminer la reprise progressive du travail.

16. Le 28 mai 2018, le Dr G_____ a rendu une nouvelle appréciation. Il a résumé le dossier médical de l'assuré, avant de répéter que selon les éléments objectifs, l'accident du 17 novembre 2017 avait vraisemblablement occasionné des contusions multiples. Le bilan radiologique n'avait pas démontré de lésion imputable à l'accident. Par contre, l'imagerie de l'épaule gauche avait révélé la présence d'un état dégénératif sous forme d'une arthrose acromio-claviculaire et d'une tendinopathie fissuraire modérée du épineux, d'un discret épaissement de la bourse sous-acromiale et d'une tendinopathie du long chef du biceps. Les images de la cuisse droite démontraient des séquelles d'une ancienne déchirure musculaire, sans argument pour une lésion récente. L'événement du 17 novembre 2017 avait aggravé de manière passagère l'état dégénératif. Compte tenu de l'IRM rassurante de la cuisse, on devait considérer qu'il avait cessé de déployer ses effets douze semaines plus tard. En effet, le temps habituel de guérison de contusions était de 4 à 6 semaines, mais il pouvait se prolonger de 4 à 6 semaines en présence d'un état dégénératif.
17. Dans un rapport du 13 juin 2018, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait état d'un probable impact au niveau de l'épaule gauche lors de l'accident, avec des contusions douloureuses prédominantes à droite puis l'apparition quelques jours plus tard d'une douleur à l'épaule gauche. Il s'agissait au départ d'une douleur prédominante à la face antérieure de cette épaule, avec une irradiation au niveau du bras et du muscle pectoral. Un bilan initial avait mis en évidence une bursite et justifié une première infiltration sous-acromiale début décembre, sans grand effet. Début janvier, lors d'un effort au travail, l'assuré avait à nouveau présenté des symptômes évoquant un claquage musculaire au niveau de la cuisse droite, puis une ré-exacerbation des douleurs scapulaires gauches, avec des réveils nocturnes quasi systématiques et une grande difficulté à adopter une position couchée confortable. L'assuré avait constaté l'apparition d'une masse douloureuse, assortie d'une impression de peau cartonnée au niveau du creux axillaire et de la face postérieure du bras et de paresthésies irradiant jusqu'au bord cubital de la main. L'ensemble de ces symptômes avait progressivement disparu. Cela rappelait à l'assuré les symptômes ressentis lors d'une lésion du plexus brachial gauche sur accident de moto en 1987, dont il avait parfaitement récupéré. Il avait débuté des séances d'ostéopathie, très bénéfiques, à la fin du mois de mars et signalait depuis une amélioration, avec des nuits plus réparatrices et une diminution nette de l'intensité des douleurs résiduelles de la face antérieure de l'épaule. À l'issue de son examen, la Dresse H_____ a conclu que la deuxième infiltration avait été suivie de l'apparition d'une masse axillaire, correspondant selon le dossier à un possible hématome consécutif à l'injection. L'apparition de cette masse était accompagnée de symptômes sensitifs intermittents qui pouvaient effectivement évoquer une irritation du plexus brachial, vu l'irradiation dans le territoire du nerf cubital gauche. Ces symptômes avaient évolué spontanément de façon positive sur les dernières semaines. L'examen clinique pouvait désormais uniquement suggérer une irritation sensitive persistante dans le

territoire C8-T1 à gauche, et l'examen électrophysiologique était parfaitement normal. Il n'y avait pas d'argument pour une lésion tronculaire, radiculaire ou plexulaire du membre supérieur gauche. Tout au plus pouvait-on évoquer une irritation de la portion inférieure du plexus brachial gauche, transitoire, à la suite de la seconde infiltration.

18. Dans son avis du 5 décembre 2018, le Dr G_____ s'est déterminé sur le rapport de la Dresse H_____ et a déclaré maintenir ses précédentes conclusions. Il a noté que le possible hématome avec symptômes sensitifs signalé par la neurologue était consécutif à la seconde infiltration, réalisée pour traiter un état dégénératif non imputable à l'accident.
19. Par décision du 14 décembre 2018, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, citant l'avis du Dr G_____.
20. La Dresse D_____ a répondu comme suit aux questions que l'assuré lui a posées le 14 janvier 2019. Les pathologies actuelles dont il souffrait étaient des douleurs séquellaires persistantes de la face antérieure de l'épaule gauche, dont le diagnostic différentiel était une possible douleur neurogène, une tendinopathie résiduelle du long chef du biceps ou une bursopathie résiduelle. L'irritation sensitive persistante constatée par la Dresse H_____ était chronologiquement compatible avec la survenance de l'hématome post-infiltration. Elle n'avait pas de meilleure explication. Cette infiltration n'aurait pas eu lieu sans accident, car l'assuré n'avait pas de plainte de l'épaule gauche auparavant. Elle ne partageait pas les conclusions du Dr G_____. L'assuré avait successivement souffert d'un trauma de l'épaule gauche incomplètement soigné, aggravé par une reprise précoce du travail ayant favorisé un terrain à risque de chronicisation. Il y avait ensuite eu une complication après infiltration, avec des douleurs neurogènes. Partant, la récupération prenait du temps. L'accident de 1987 avait mené à une impotence du membre supérieur gauche durant trois semaines avant une guérison complète. Elle aurait pu se rallier à l'avis du Dr G_____ si l'assuré avait eu un travail de bureau, mais son activité physiquement astreignante ne permettait pas à une lésion de guérir complètement. Elle a en outre précisé qu'un électroneuromyographe normal ne signifiait pas l'absence de douleurs.
21. Par écriture du 30 janvier 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit que les suites de l'accident du 17 novembre 2017 n'avaient pas pris fin.

Le recourant a précisé qu'il avait repris le travail à la fin de l'année 2018. Il a relevé que le rapport du Dr F_____ du 24 janvier 2018 mentionnait, outre des douleurs post-accident, une bursite de l'épaule gauche post-traumatique et une tendinopathie. Cette tendinopathie avait été constatée le 14 février 2018, alors que selon l'intimée, l'accident n'aurait plus eu de suites délétères dès le 9 février 2018. Il s'est en outre référé aux réponses à ses questions du 14 janvier 2019 par la Dresse D_____.

laquelle observait notamment des douleurs séquellaires dues à l'accident et affirmait que la deuxième infiltration n'aurait pas eu lieu sans l'accident. L'hypothèse contraire du Dr G_____ était purement gratuite et ne reposait pas sur un examen clinique.

Le recourant a soutenu que l'intimée n'avait pas établi l'existence d'un état maladif antérieur. Il a affirmé avoir complètement guéri de son accident de 1987. Il s'est en outre référé aux liens économiques du Dr G_____ avec l'intimée, qui empêchaient de reconnaître une quelconque valeur probante à son rapport. Il était en outre curieux de prétendre que les suites d'un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une nuit devaient obligatoirement prendre fin après douze semaines.

22. Par réponse du 29 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a indiqué que le recourant avait subi une incapacité de travail totale du 17 novembre au 21 décembre 2017, puis du 15 janvier au 6 juin 2018. Elle avait versé des indemnités journalières complètes du 20 novembre 2017 au 8 février 2018.

L'intimée a soutenu que le rapport de la Dresse D_____ du 14 janvier 2019 n'était ni daté ni signé. En outre, la première prescription de physiothérapie de ce médecin du 22 novembre 2017 faisait uniquement état de contusions multiples avec contracture dorsale et cuisse droite, et non de douleurs à l'épaule gauche. Le Dr G_____ était spécialiste en chirurgie orthopédique et expert SIM. Ses rapports étaient fondés sur des examens concrets et des bilans radiologiques. Ils devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, aucun des spécialistes consultés par le recourant ne retenait de relation de causalité naturelle entre l'accident survenu le 17 novembre 2017 et les troubles à l'épaule gauche postérieurement au 9 février 2018. Ces spécialistes ne faisaient par ailleurs état d'aucun élément objectivement vérifiable ignoré par le Dr G_____ et suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions, que seule la Dresse D_____ contestait. Or, cette dernière était généraliste et non spécialisée en troubles à l'épaule. Elle fondait son raisonnement sur le principe *post hoc, ergo propter hoc*, non pertinent. Sa motivation liée à la nature de l'activité professionnelle déployée par le recourant ne l'était pas non plus. Il fallait par ailleurs tenir compte du fait qu'elle était le médecin traitant du recourant. L'intimée a ajouté que l'assurance-maladie du recourant ne s'était pas opposée à sa décision.

C'était ainsi à bon droit qu'elle avait mis un terme à ses prestations au 9 février 2019.

23. Par réplique du 22 mai 2019, le recourant a précisé ses conclusions en ce sens qu'il devait être dit que les suites délétères de l'accident avaient pris fin au moment de la reprise du travail à 100 % le 1^{er} décembre 2018.

Il a souligné que le Dr F_____ avait évoqué un contexte post-accident et post-traumatique le 30 avril 2018, soit après la date à laquelle l'accident n'avait plus d'effets selon l'intimée. Les antalgiques administrés au recourant aux HUG

expliquaient aisément que ses douleurs à l'épaule gauche ne soient pas apparues immédiatement. Il a précisé qu'il s'était acquitté en 2018 de tous ses frais médicaux, inférieurs à la franchise de son assurance-maladie, si bien que cette dernière n'avait aucun intérêt à former opposition à la décision considérée. S'agissant de sa capacité de travail, il a précisé qu'il avait repris son activité à 50 % à partir du 11 juin 2018 et à 100 % dès le 1^{er} décembre 2018.

Il a allégué que même à supposer que son état de santé litigieux fut dû à l'aggravation d'un état maladif antérieur et non à l'accident seul, le *statu quo sine vel ante* était loin d'être rétabli le 9 février 2018. Le Dr F_____ avait à deux reprises admis un lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles. Ce rhumatologue avait en outre mentionné de fortes douleurs et une tendinopathie le 1^{er} mars 2018, et il l'avait examiné, contrairement au Dr G_____. Il était par ailleurs notoire qu'une tendinopathie pouvait exiger un traitement par physiothérapie jusqu'à 40 semaines. Le 1^{er} mars 2018, le Dr F_____ avait préconisé le repos pendant quelques semaines. Partant, l'accident avait continué de déployer des effets en tout cas jusqu'à la fin du mois de mars, soit au moins sept semaines après la date retenue par l'intimée. La reprise prématurée du travail le 22 décembre 2017 avait probablement retardé sa guérison. Lors de l'accident, il avait été percuté sur son côté gauche pour être projeté violemment sur le côté droit. La mention le 22 novembre 2017 par la Dresse D_____ de contusions multiples n'excluait par ailleurs pas une atteinte à l'épaule. L'intimée devait prouver que son état de santé aurait été le même sans l'accident au 30 avril 2018 (*sic*). Une telle allégation était manifestement erronée, car la deuxième infiltration avait précisément été pratiquée alors que l'accident entraînait encore des effets délétères.

24. Par duplique du 7 juin 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. La mention par le Dr F_____ d'un contexte post-accident et post-traumatique était purement temporelle, et ce médecin n'indiquait pas que ses constatations seraient en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 17 novembre 2017. Il n'alléguait pas non plus que les infiltrations avaient été réalisées pour traiter un trouble en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu le 17 novembre 2017. S'agissant du déroulement de l'accident, l'examen au service des urgences des HUG avait montré l'absence de douleurs au membre supérieur gauche. Partant, le recourant n'avait jamais été heurté par l'automobile à l'épaule gauche mais légèrement blessé sur le côté droit. Il n'avait du reste pas été traité par de fortes doses d'antalgiques. Les troubles et les douleurs postérieurs au 9 février 2018 n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu le 17 novembre 2017. L'intimée a répété que la deuxième infiltration pratiquée par le Dr F_____ traitait un état maladif et non la conséquence de l'accident. Lors de la décision du 1^{er} mai 2018, l'assureur-maladie ne connaissait pas encore le montant total des prestations médicales pour 2018 ; ce n'était dès lors pas cet élément qui l'avait dissuadé de former opposition.

25. Dans des observations du 4 juillet 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que l'expression « suites de l'accident » utilisée par le Dr F_____ impliquait un lien de causalité. Le flanc gauche de sa bicyclette avait été endommagé lors de l'accident, ce qui signifiait qu'il avait également été touché. Il est également revenu sur le dosage des médicaments prescrits. Il a répété que l'intimée devait apporter la preuve que le *statu quo sine* était atteint le 9 février 2018.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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).

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

2. Le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi.

On notera que la conclusion tendant à ce qu'il soit dit et prononcé que les suites de l'accident n'ont pas pris fin est de nature constatatoire, alors que le recourant pouvait prendre des conclusions condamnatoires à l'encontre de l'intimée, en demandant la poursuite du versement des prestations. Une telle conclusion est en principe irrecevable, en raison de son caractère subsidiaire par rapport à une conclusion condamnatoire (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). Cependant, dès lors que la chambre de céans n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA), déclarer le recours irrecevable en raison du libellé de ses conclusions serait contraire à l'interdiction du formalisme excessif consacrée à l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst – RS 101).

3. Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à des prestations en cas d'accident au-delà du 8 février 2018, plus précisément sur la persistance après cette date d'un lien de causalité entre l'accident du 17 novembre 2017 et ses troubles.

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi

qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

5. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.1).
6. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt

du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul 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* ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

Aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

Notre Haute Cour a retenu que le *statu quo sine* ne peut être atteint avant une intervention chirurgicale visant à traiter une lésion préexistante à l'accident, lorsque les troubles ayant nécessité cette opération ont été déclenchés par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.3).

7. a. Pour pouvoir déterminer le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
- 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. À cet égard, il convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. L'intimée fonde sa position sur l'avis de son médecin-conseil.

Sur la forme, il faut d'abord relever que l'avis du Dr G_____ de mars 2018 – même en tenant compte des compléments rédigés les 25 mai et 5 décembre 2018 – ne satisfait pas aux exigences rappelées ci-dessus puisqu'il ne contient pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le fond, on note en outre que le premier avis du Dr G_____ fixe le *statu quo sine* en fonction du délai usuel de guérison des contusions multiples. Or, en l'absence d'informations pouvant ressortir du dossier, l'atteinte du *statu quo sine vel ante* ne peut être uniquement estimée de manière abstraite et théorique en se référant à l'évolution prévisible du trouble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Le Tribunal fédéral a également remis en cause la fixation du *statu quo sine* par rapport au délai de guérison habituel d'une contusion alors que le dossier ne faisait pas état d'une amélioration de l'état de santé d'une assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.2). En

l'espèce, ce sont certes des contusions multiples qui ont été initialement diagnostiquées dans les suites de l'accident. Cependant, les examens d'imagerie réalisés par la suite ont révélé plusieurs lésions, dont il n'est en l'état pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles seraient toutes de nature dégénérative. Le fait que le Dr G_____ les ait considérées comme des états maladifs préexistants n'y suffit pas, dès lors que cette qualification n'est nullement motivée et qu'elle s'oppose à celle du Dr F_____, à tout le moins en ce qui concerne l'épaule gauche du recourant. En effet, le rhumatologue traitant a posé le diagnostic de bursite sous-acromio-deltoïdienne post-traumatique dans ses notes du 24 janvier 2018. En outre, même s'il était établi que ces lésions étaient préexistantes, le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé uniquement sur le délai de guérison des contusions (soit douze semaines en présence d'un état dégénératif) pour fixer le *statu quo sine*, sans tenir compte de la convalescence possiblement nécessaire eu égard à l'éventuelle aggravation par l'accident de lésions préexistantes. Or, comme on l'a vu, l'assureur-accidents est également tenu à prestations en cas d'atteinte à la santé aggravée par l'accident.

Il n'existe par ailleurs aucun rapport médical motivé à satisfaction de droit et permettant de déterminer si et quand le *statu quo sine vel ante* a été atteint.

9. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments indispensables pour trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas élucidé la question de savoir si l'accident avait au moins déclenché les symptômes du recourant persistant au-delà du 8 février 2018.

Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction, au besoin en diligentant une expertise dans le respect des exigences en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), avant de rendre une nouvelle décision.

10. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 14 décembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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