



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4032/2019

ATAS/558/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 juin 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Gazmend ELMAZI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

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

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1983 et d'origine roumaine, est sans emploi, de sorte qu'il est affilié auprès de la caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après : CCGC).  
À ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Par déclaration du 18 mars 2019, la CCGC a annoncé à l'assurance que l'assuré avait été victime d'un accident le 17 mars 2019. Il avait chuté en moto, subissant ainsi des contusions au coude gauche et à l'épaule droite.
3. Selon certificat médical de la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 18 mars 2019, l'assuré était en incapacité de travail totale jusqu'au 9 avril 2019.
4. Par courrier du 21 mars 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle lui allouerait des indemnités journalières pour les suites de son accident non professionnel du 17 mars 2019. Dans l'attente de la détermination du montant de son droit, il recevrait 50 % de l'indemnité journalière de CHF 148.50 dès le 20 mars 2019.
5. Dans un formulaire daté du 9 avril 2019, l'assuré a précisé avoir glissé sur le rail du tram à cause de la pluie. Il portait alors un casque et des photographies du véhicule accidenté avaient été prises.
6. Les 9 avril, 16 mai, 17 juin et 2 juillet 2019, la Dresse B\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'aux, respectivement, 1<sup>er</sup> mai, 17 juin, 30 juin et 2 août 2019.
7. Par courrier du 26 avril 2019, l'assurance a informé l'assuré et la CCGC que l'indemnité journalière s'élevait à CHF 148.90 dès le 20 mars 2019. Ces prestations seraient versées directement à l'assuré. Les frais de traitement des médecins et autres prestataires de soins seraient directement réglés par l'assurance. L'assuré devait l'informer de toute modification de sa capacité de travail.
8. Selon une note d'entretien du 8 juillet 2019, l'assuré a indiqué à l'assurance souffrir énormément de douleurs et ne pas arriver à bouger l'épaule. Il était alors suivi uniquement par la Dresse B\_\_\_\_\_. S'il n'y avait pas d'amélioration lors de la prochaine consultation, elle lui prescrirait une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) et l'enverrait consulter un spécialiste. Il prenait uniquement des médicaments, dont des antidouleurs.
9. En parallèle, l'assurance a envoyé plusieurs courriers à la Dresse B\_\_\_\_\_ lui demandant des radiographies et les rapports y relatifs, ainsi que ses propres rapports afin de pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations de l'assuré.
10. Par rapport du 23 juillet 2019, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était tombé à moto en glissant sur la route avec réception sur l'épaule droite, puis le coude et le pied gauches. Le diagnostic était un accident de la voie publique avec des

traumatismes multiples, soit des contusions à l'épaule, au coude et au pied. Selon les constatations objectives, il y avait des dermabrasions au coude droit, avec des douleurs à la mobilité sans limitation, et dans le dos (région des lombaires). L'épaule droite était douloureuse, sans lésions sous acromiales et osseuses traumatologiques ni limitation. Le pied était légèrement tuméfié. Il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer défavorablement le processus de guérison. Les constatations concordaient avec l'événement invoqué par l'assuré et semblaient plausibles. Le traitement proposé consistait en des antalgiques en réserve, du « polysling » et de la physiothérapie. La reprise du travail était à évaluer lors de la prochaine consultation prévue le 5 août 2019.

11. Dans son avis du 30 juillet 2019, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assurance, a considéré qu'il n'y avait aucune justification à l'arrêt de travail en présence d'un statu quo à deux mois et en l'absence de lésion démontrée et investiguée. Il était possible de s'attendre à une reprise du travail dans l'activité habituelle ou sur le marché général du travail.
12. Le 5 août 2019, la Dresse B\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2019.

Selon le rapport relatif à cette consultation, les omalgies post-traumatiques à droite persistaient depuis mars 2019 et l'abduction était difficile. Une échographie de l'épaule droite était demandée.

13. Par décision du 6 août 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle arrêta le paiement des indemnités journalières et frais de traitement au 11 août 2019 au soir.

Selon l'avis de son service médical, l'accident du 17 mars 2019 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait. Par conséquent, ces troubles qui déterminaient encore une « capacité » de travail et pour lesquels des soins ultérieurs seraient éventuellement nécessaires, n'engageaient pas sa responsabilité, faute de relation de causalité avec l'accident en question.

14. Par courrier du 16 août 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

L'assurance n'avait pas pris en compte tous les éléments. La Dresse B\_\_\_\_\_ l'avait envoyé faire une échographie de l'épaule droite. Il devait également consulter un médecin spécialiste de l'épaule.

15. Le même jour, la Dresse B\_\_\_\_\_ a transmis à l'assurance l'échographie de l'épaule droite de l'assuré, effectuée le 15 août 2019, par la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie.

Les constatations étaient les suivantes : « les tendons de la coiffe des rotateurs sont d'épaisseur normale sans aucune discontinuité nous permettant d'exclure une rupture complète. Le tendon de la longue portion du biceps est bien positionné au niveau de la gouttière bicipitale alors que dans la gaine du tendon on observe un épanchement modéré. À noter aussi une fine lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltôïdienne. Si la symptomatologie persiste, une IRM de l'épaule

pourrait être discutée pour exclure une éventuelle capsulite inflammatoire-rétractile apparue après un traumatisme vu la persistance de la symptomatologie douloureuse ».

16. Le 20 août 2019, l'assurance a reçu le rapport de la radiographie de l'épaule droite de l'assuré, effectuée le 11 avril 2019 par la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie.

Il n'en ressortait aucune lésion osseuse traumatique individualisable.

17. Selon une appréciation médicale du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin de l'assurance, du 23 août 2019, il n'y avait aucune lésion objective d'après les documents radiologiques disponibles, en particulier les radiographies de l'épaule droite du 11 avril 2019 et l'échographie du 15 août 2019. En l'absence de justification objective pour une incapacité de travail, la décision prise par l'assurance d'un arrêt des prestations au 11 août 2019 lui paraissait adaptée. La clôture du cas était proposée.

18. Par décision sur opposition du 30 septembre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, maintenant qu'elle avait droit de mettre un terme à l'intégralité des prestations d'assurance au 11 août 2019 au soir.

Selon le Dr F\_\_\_\_\_, les rapports de radiographie du 11 avril 2019 et d'échographie du 15 août 2019 ne révélaient aucune lésion organique objectivable pouvant expliquer les plaintes de l'assuré et justifier la poursuite d'un arrêt de travail à près de six mois de l'accident initial. Ce dernier devait être classé dans la catégorie des accidents moyens, à la limite des accidents de peu de gravité, pour laquelle aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli. Ainsi, le lien de causalité adéquate devait être nié.

19. Selon un rapport du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique du 3 octobre 2019, l'assuré se plaignait de douleurs essentiellement lors de mouvements d'élévation et d'abduction, ainsi que nocturnes. Toute la coiffe était douloureuse au « testing » avec des signes de conflit. L'acromioclaviculaire était légèrement sensible, il n'y avait aucun trouble neurologique associé. En complément au bilan, il avait effectué une arthro IRM qui ne montrait pas de lésion de la coiffe. En revanche, elle avait révélé une bursite sous acromiale et une tendinopathie non rompue de la coiffe qui pouvaient être consécutives à l'accident puisque morphologiquement, il y avait un acromion légèrement proéminent mais totalement asymptomatique avant l'événement. L'absence de traitement pouvait expliquer cette longue évolution douloureuse. Il proposait à l'assuré de commencer par un traitement de physiothérapie de renforcement des abaisseurs et d'anti-inflammatoires auquel ils pourraient joindre si nécessaire une infiltration de l'espace sous-acromial.

20. Par acte du 31 octobre 2019, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, en concluant, principalement, à son

annulation, ainsi qu'à la condamnation de l'intimée à lui allouer toutes les prestations d'assurance et des indemnités journalières après le 11 août 2019, sous suite de frais et dépens. Préalablement, il sollicitait une audience de comparution personnelle des parties, l'audition des Drs D\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une ou plusieurs expertises concernant son état de santé actuel et sa capacité à exercer une activité professionnelle.

L'intimée ne se fondait que sur les radiographies de l'épaule droite du 11 avril 2019 et l'échographie du 15 août 2019. Ni l'intimée ni le Dr F\_\_\_\_\_ ne faisait référence au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2019 et à celui du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2019. Ceux-ci permettaient toutefois de constater d'une part, une tendinopathie de grade II et une fine lame d'épanchement, et d'autre part, une bursite sous acromiale et une tendinopathie non rompue de la coiffe. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, il existait une relation de causalité entre les troubles que le recourant présentait et l'accident du 17 mars 2019. Ces éléments démontraient que les troubles qu'il présentait, l'empêchant d'exercer une activité professionnelle, étaient en lien de causalité avec l'accident du 17 mars 2019.

À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment les documents suivants :

- un rapport du 7 octobre 2019 d'une IRM de l'épaule droite, effectuée le 20 septembre 2019 par la Dresse D\_\_\_\_\_, aux termes duquel était objectivée une tendinopathie de grade II dans l'étendue des tendons du sus et du sous-épineux. Il n'y avait pas d'image de rupture visible au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs. Était observée une fine lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-delhoïdienne réactionnelle. Vu l'insertion basse du ligament coraco-acromial sur l'extrémité distale de l'acromion, une compression douloureuse de la bourse pouvait être suspectée. Il y avait un minime épanchement dans la bourse bicipitale. Si la symptomatologie douloureuse persistait, une éventuelle infiltration de la bourse sous-acromio-delhoïdienne pourrait être envisagée ;
- deux certificats de la Dresse B\_\_\_\_\_ des 3 septembre et 8 octobre 2019, prolongeant son arrêt de travail jusqu'aux, respectivement, 30 septembre et 31 octobre 2019.

21. En parallèle, par courrier séparé du même jour, l'assuré a informé l'intimée de la constitution de son mandataire, en lui transmettant une copie de son recours précité.

Il précisait que l'intimée ne disposait pas de tous les éléments médicaux lui permettant de se déterminer objectivement sur le caractère avéré de son incapacité de travail et le lien de causalité naturelle et adéquate entre celle-ci et l'accident survenu le 17 mars 2019. Sur la base de l'IRM du 20 septembre 2019, du rapport y relatif de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2019 et du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2019, il ne faisait aucun doute qu'il avait encore droit aux prestations de l'intimée. Ainsi, il l'invitait à réexaminer son dossier sur la base de ces nouveaux faits.

22. Dans ses écritures responsives du 3 décembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle maintenait que l'accident du 17 mars 2019 avait provoqué une contusion à l'épaule droite, dont la durée de guérison était de six à huit semaines, mais n'avait entraîné aucune atteinte structurelle séquellaire, comme l'attestaient tant l'arthro-IRM du 20 septembre 2019 que l'échographie du 15 août 2019.

À cette fin, elle se fondait sur un avis chirurgical de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, du 4 décembre 2019, d'après lequel la description de la Dresse B\_\_\_\_\_ quant à l'état de l'épaule droite du recourant, au terme de l'examen du 15 août 2019, était plus que succincte. Cette échographie ne mettait en évidence aucune atteinte de la coiffe des rotateurs. Il avait été observé, lors de l'IRM de l'épaule droite du 20 septembre 2019, un « hypersignal de moindre intensité que le liquide intra-tendineux qui s'étendait dans le tendon conjoint du sus et du sous-épineux, ainsi que dans les fibres postérieures du sous-épineux évoquant une tendinopathie de grade II nous permettant d'exclure une fissure ». Or, différents éléments de la littérature démontraient qu'une tendinose ou tendinopathie correspondait en fait à une dégénérescence localisée du tendon qui avait besoin de plusieurs années pour se développer. Elle ne pouvait donc être un état séquellaire d'un accident. Lors de l'IRM du 20 septembre 2019, il avait également été objectivé « un discret remaniement scléro-fibreux ciblé par quelques micro-kystes dans la partie postéro-supérieure de la tête humérale ; possible lésion après l'ancien traumatisme avec chute sur l'épaule ». Il était toutefois difficile de comprendre à quelle lésion en relation avec l'ancien traumatisme il était fait référence. Un remaniement scléro-fibreux faisait penser à une fracture, ce qui n'était pas le cas du recourant, et les micro-kystes étaient a priori d'origine malade. La radiologue émettait ainsi seulement une hypothèse. La Dresse H\_\_\_\_\_ rejoignait donc le Dr F\_\_\_\_\_ en considérant que l'arthro-IRM du 20 septembre 2019 ne mettait en évidence aucune atteinte structurelle séquellaire de l'événement du 17 mars 2019, mais une tendinopathie du tendon des muscles supra- et infra-épineux, qui correspondait à une dégénérescence du tendon. Lors de l'accident du 17 mars 2019, le recourant avait bien subi des contusions multiples (épaule droite, coude et pied gauches), pour lesquelles une guérison était obtenue en six à huit semaines.

23. Le 15 janvier 2020, le recourant a répliqué en persistant dans ses conclusions et précédents développements. Il se réservait le droit de mandater un expert médical, à ses frais, en vue de la délivrance d'un rapport d'expertise, aux fins de contrer le rapport médical complémentaire de l'intimée du 4 décembre 2019.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 11 août 2019 au soir.
6. a. 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 citées).

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 citées) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

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.

c. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

Dans son ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). En outre, il a retenu que, lorsqu'une lésion comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accident est tenu à des prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve que

---

cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1).

d. 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 un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, 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\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

e. 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. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées). 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

7. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (art. 10 al. 1 let. a et b LAA).

8. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

b/a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b/b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références citées).

b/c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

---

prépondérante correspondre à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références citées). 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\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11. a. En l'espèce, par décision du 30 septembre 2019, l'intimée a rejeté l'opposition du recourant à sa décision du 6 août 2019, considérant que l'accident du 17 mars 2019 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait encore. Les rapports de radiographie du 11 avril 2019 et d'échographie du 15 août 2019 ne révélaient aucune lésion organique objectivable pouvant expliquer les plaintes de l'assuré et justifier la poursuite d'un arrêt de travail après six mois. L'accident en question devait être classé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents de peu de gravité, dont aucun des critères jurisprudentiels n'était rempli. Ainsi, elle arrêta le paiement de l'indemnité journalière et la prise en charge des soins médicaux au 11 août 2019 au soir.

Pour sa part, le recourant a fait valoir que la décision querellée n'était fondée que sur les radiographies de son épaule droite du 11 avril 2019 et l'échographie du 15 août 2019. Ni l'intimée ni le Dr F\_\_\_\_\_ ne faisait référence au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2019 et à celui du Dr G\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2019, alors que ceux-ci avaient permis de constater, d'une part, une tendinopathie de grade II et une fine lame d'épanchement, et d'autre part, une bursite sous acromiale et une tendinopathie non rompue de la coiffe. En outre, d'après le Dr G\_\_\_\_\_, il existait une relation de causalité entre les troubles que le recourant présentait et son accident du 17 mars 2019.

Les parties ne contestent pas que le recourant souffre de douleurs à son épaule droite. En revanche, leurs appréciations divergent quant à la relation de causalité de ces troubles avec l'accident du 17 mars 2019, laquelle conditionne la prise en charge des frais médicaux et indemnités journalières versées au recourant par l'intimée.

- b. In casu, force est de constater que, dans sa décision sur opposition du 30 septembre 2019, l'intimée se réfère à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, lequel ne se fonde que sur les rapports de radiographie du 11 avril 2019 et d'échographie du 15 août 2019. S'il est vrai que le rapport de radiographie du 11 avril 2019 ne constate aucune lésion osseuse traumatique individualisable, celui de l'échographie du 15 août 2019 mentionne cependant un épanchement modéré et une fine lame dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Ainsi, ce dernier document précisait qu'en cas de persistance de la symptomatologie, une IRM de l'épaule droite pourrait être discutée pour exclure une éventuelle capsulite inflammatoire-rétractile apparue

après un traumatisme. Il appert qu'à ce stade, rien ne permet de conclure à l'absence d'une pathologie de l'épaule droite en lien avec l'accident du 17 mars 2019.

En outre, bien que l'intéressé eût informé l'intimée qu'une consultation avec un spécialiste était prévue, cette dernière a rejeté son opposition du 16 août 2019, sans attendre le rapport y relatif. Le 3 octobre 2019, le docteur G\_\_\_\_\_ a toutefois observé que le recourant présentait une bursite sous acromiale et une tendinopathie non rompue de la coiffe qui pouvaient être consécutives à l'accident concerné puisque, morphologiquement, il y avait un acromion légèrement proéminent mais totalement asymptomatique avant l'événement. Le rapport du 7 octobre 2019 de l'IRM de l'épaule droite du recourant effectuée le 20 septembre 2019, vient confirmer cet avis. Celle-ci a en effet permis d'objectiver une tendinopathie de grade II dans l'étendue du sus et du sous-épineux, ainsi qu'une fine lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne réactionnelle.

En dépit de ces éléments, dans son avis chirurgical du 4 décembre 2019, la Dresse H\_\_\_\_\_ a confirmé l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ en considérant que l'arthro-IRM du 20 septembre 2019 ne mettait en évidence aucune lésion structurelle séquellaire de l'événement du 17 mars 2019, mais une tendinopathie du tendon des muscles supra- et infra-épineux, qui correspondait à une dégénérescence.

Or, d'une part, au vu des dispositions légales et principes jurisprudentiels susrappelés, une potentielle dégénérescence du tendon ne suffit pas à elle seule à exclure un lien de causalité avec l'accident du 17 mars 2019. Le fardeau de la preuve en revient à l'intimée, en cas de cessation du versement des prestations légales, comme en l'occurrence. D'autre part, il n'est fait aucune mention de la fine lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, élément pourtant révélé tant lors de l'échographie du 15 août 2019, que dans les rapports des 3 et 7 octobre 2019.

À cela s'ajoute que ni le Dr F\_\_\_\_\_ ni la Dresse H\_\_\_\_\_ n'ont procédé à un examen médical du recourant, fondant uniquement leurs avis sur la base des examens et rapports remis. Il s'ensuit que la valeur probante de leurs deux avis doit être relativisée.

En ces circonstances, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée pour complément d'instruction, confiée à un médecin externe, afin qu'il se détermine sur l'existence d'un lien de causalité entre les pathologies dont souffre le recourant à son épaule droite et l'accident du 17 mars 2019, de même que sur la date d'un éventuel retour au *statu quo ante/sine*. Il s'agira en particulier de déterminer si la tendinopathie a entraîné ou non une rupture des tendons du sus- et du sous-épineux et, dans l'affirmative, si celle-ci peut être due de manière prépondérante (pour plus de 50 %) à l'état dégénératif. Cela fait, l'intimée statuera à nouveau.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 30 septembre 2019 annulée.

13. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
14. Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Admet partiellement le recours.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 30 septembre 2019 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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