

GE_GERICHTE A/322/2015 vom 23. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_322_2015

FR: GE_GERICHTE A/322/2015 du 23 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/322/2015 del 23 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WIDMER Youri recourant contre SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1954, affilié contre le risque d'accidents par le biais de son employeur auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a été victime d'un accident en date du 14 février 2014, décrit comme suit dans la déclaration de sinistre : « l'employé a touché l'épaule gauche contre le murs » (sic). En a résulté une contusion.![endif]>![if> 2. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été pratiquée le 9 avril 2014 par le docteur B_____, qui a indiqué qu'il n'y avait ni fracture, ni contusion osseuse mais un remaniement de l'articulation acromio-claviculaire compatible avec une contusion ou une arthropathie avec une disjonction de grade II et un remaniement tendineux au niveau du sous-scapulaire et du supra-épineux en faveur plutôt d'une tendinopathie ainsi qu'un lipome au niveau du deltoïde.![endif]>![if> 3. Le 6 mai 2014, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine générale, a expliqué que son patient s'était encoublé, qu'il avait perdu l'équilibre et qu'il s'était cogné contre un mur alors qu'il transportait des plaques très lourdes (35 kg). Le médecin a fait état d'une limitation de la mobilisation active et passive de l'épaule (abduction 60°, élévation 60°).![endif]>![if> 4. Dans un rapport rédigé le 16 mai 2014, le docteur D_____ a relaté que l'assuré, suite à sa chute avec impact direct sur l'épaule gauche, avait remarqué une tuméfaction douloureuse au niveau de l'impact, avec une évolution progressivement normale mais en notant tout de même la persistance d'une masse sur le moignon de l'épaule gauche, connue depuis plusieurs années mais qui, selon le patient, grossissait ; l'examen clinique avait montré une acromio-claviculaire sensible à la palpation et une masse au niveau du deltoïde, indolore. Le médecin concluait à un conflit exacerbé par la chute au mois de février, qu'il a proposé de traiter par infiltrations.![endif]>![if> 5. Le 9 juillet 2014, le docteur E_____, chef de clinique, a fait état d'un handicap encore important avec des douleurs à 7/10 et une épaule à 40% d'une épaule normale. Le médecin, constatant une subluxation du LCB et un lipome intramusculaire du muscle deltoïde, préconisait une arthroscopie d'épaule avec ténodèse du LCB et possible débridement du sus-épineux, associée une résection du lipome deltoïdien.![endif]>![if> 6. Le 31 juillet 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu le diagnostic de subluxation du long chef du biceps avec lipome au muscle deltoïde - diagnostic confirmé par une nouvelle IRM en juillet - en précisant que l'assuré continuait à souffrir de l'épaule gauche (évaluée à 40% d'une épaule normale). Une arthroscopie était préconisée et prévue pour le 6 août 2014.![endif]>![if> 7. L'intervention (résection du lipome deltoïdien, ténotomie du long chef du biceps et

acromioplastie arthroscopique) a été pratiquée le 6 août 2014. 8. Le dossier a été soumis par la SUVA pour appréciation à son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui s'est prononcé en date du 4 septembre 2014. Ce médecin a constaté que l'IRM mettait en évidence des lésions de type dégénératif avec conflit acromial et remaniement de l'articulation de l'épaule gauche. Le radiologue avait d'ailleurs soulevé la question de savoir s'il s'agissait d'une contusion ou d'une arthropathie de l'articulation avec disjonction de grade II ; il n'avait pas constaté de rupture tendineuse et le tendon du long chef du biceps (LCB) était en place et intègre. Vu la conduite chirurgicale proposée (acromioplastie et ténotomie du LCB), on pouvait raisonnablement conclure, selon le Dr G_____, qu'il n'y avait pas de véritable disjonction post-traumatique comme cela avait d'abord été évoqué dans les possibilités de diagnostics par le radiologue en avril 2014. Il a conclu que les lésions pour lesquelles l'intervention chirurgicale avait été nécessaire étaient de type dégénératif et ne concernaient pas l'assurance-accidents. La contusion déclarée le 25 février 2014 avait pu décompenser de façon temporaire un état pathologique préalable durant huit semaines ; au-delà, il fallait considérer que les effets délétères n'étaient plus responsables de la symptomatologie ultérieure en l'absence d'éléments déterminants ressortant de l'IRM du 9 avril 2014. 9. Dans un certificat du 12 octobre 2014, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine générale, a confirmé que l'assuré avait été opéré le 6 août 2014 (ténotomie du LCB et acromioplastie arthroscopique) et que le chirurgien en avait profité pour procéder à la résection d'un lipome deltoïdien. Depuis lors, les douleurs n'avaient que partiellement régressé, malgré du repos et des séances de physiothérapie. Au surplus l'abduction était limitée à 45° en actif et passif, l'élévation à 80° et la rétropulsion à 10°, avec une diminution globale de la force. Le médecin a réservé son pronostic quant à la continuation de l'exercice de l'activité habituelle de peintre, au vu de la persistance des douleurs et des limitations. 10. Dans un rapport du 5 novembre 2014, le Dr E_____ a fait état, à trois mois de l'intervention, d'une épaule toujours raide et limitée de façon fonctionnelle à 80% d'une épaule normale. 11. Le dossier de l'assuré a été une nouvelle fois soumis au Dr G_____ qui, le 12 décembre 2014, a considéré que le rapport du médecin traitant n'apportait aucun élément nouveau. 12. Par décision du 5 septembre 2014, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge avec effet au 31 juillet 2014 et a refusé en particulier de prendre en charge l'opération, motif pris que les troubles encore présents six semaines après l'accident n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec celui-ci. 13. Le 23 septembre 2014, le Groupe Mutuel (assureur-maladie de l'assuré) s'est opposé provisoirement à cette décision. 14. le 6 octobre 2014, l'assuré s'est également opposé à la décision de la SUVA. 15. Par courrier du 8 octobre 2014, l'assureur-maladie a retiré son opposition provisoire. 16. Par décision incidente du 15 octobre 2014, la SUVA a refusé la restitution de l'effet suspensif. 17. Par décision du 18 décembre 2014, la SUVA a confirmé celle du 5 septembre 2014 en se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, retenant que les lésions pour lesquelles l'intervention a été pratiquée sont de type dégénératif puisqu'en raison de la conduite chirurgicale, il y a lieu d'admettre qu'il n'existait pas de véritable disjonction post-traumatique. La contusion du 14 février 2014 avait tout au plus décompensé de façon temporaire un état préalable et ce, durant huit semaines. 18. La SUVA a relevé que l'assuré s'était contenté de qualifier l'avis de son médecin-conseil de lacunaire et non pertinent, sans apporter d'arguments médicaux à l'appui de sa position. En particulier, la Dresse H_____ ne s'était

pas penchée sur la question de la causalité. Elle a rappelé qu'un raisonnement fondé sur l'adage post hoc, ergo propter hoc ne saurait suffire à établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en la matière. 18. Par écriture du 30 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise complémentaire et à l'audition de ses médecins traitants, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision. 19. Le recourant souligne que, depuis son accident, il a constamment souffert de l'épaule, malgré divers traitements et une opération, alors qu'il n'avait jamais éprouvé de douleurs à ce niveau auparavant. Le recourant reproche à la SUVA de n'avoir pas ordonné d'expertise complémentaire alors que l'appréciation du Dr G_____ est lacunaire et sans pertinence. Selon lui, ses douleurs et ses limitations auraient dû être investiguées. Selon lui, une nouvelle expertise médicale n'aurait pas manqué de parvenir à la conclusion qu'il existait un lien de causalité entre l'accident du 14 février 2014 et l'intervention du 6 août 2014, car sa problématique ne se limite pas à la présence d'un lipome. 20. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 9 mars 2015, a conclu au rejet du recours. L'intimée fait valoir que son médecin d'arrondissement ne s'est pas limité à la présence d'un lipome pour forger son opinion. Elle soutient que l'assuré n'apporte aucun document médical appuyant ses allégations. Elle répète que le seul fait que l'assuré n'ait pas souffert de douleurs à l'épaule avant le sinistre n'est pas suffisant. Enfin, elle fait remarquer que l'assureur-maladie s'est rallié à son avis puisqu'il a retiré son opposition. 21. Par écriture du 22 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il invoque l'avis du Professeur I_____, médecin chef de service du département de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), alléguant que, selon celui-ci, c'est bien la contusion de l'épaule qui a entraîné une subluxation du LCB qui a nécessité une arthroscopie. Le recourant en tire la conclusion qu'il existe bel et bien un lien de causalité entre les événements du 14 février 2014 et son état de santé actuel. Il met en cause l'indépendance du médecin d'arrondissement de la SUVA, qualifiée de « douteuse » et demande qu'au vu de ces deux évaluations médicales contradictoires, une expertise complémentaire soit mise sur pied. Enfin, le recourant répète une fois encore qu'avant l'accident, il n'y avait ni douleur ni perte de mobilité. 22. Dans son rapport du 19 mars 2015 produit par le recourant, le Prof. I_____ constate que la radiographie de l'épaule pratiquée le 19 février 2014 n'a mis en évidence aucune fracture, que l'ultrasonographie n'a montré aucune lésion majeure de la coiffe des rotateurs, qu'un nouvel ultrason réalisé le 22 avril 2014 n'a pas mis en évidence de déchirure, que le 9 avril 2014, l'IRM n'a pas montré de lésion majeure, hormis la présence d'altérations au niveau de l'acromio-claviculaire qui pourraient être la suite d'une contusion. Était également noté un lipome intramusculaire et une subluxation du LCB. En conclusion, selon le médecin, l'assuré a subi une importante contusion de l'épaule « qui aurait pu amener à une lésion du long chef du biceps, laquelle a nécessité une arthroscopie ». Il conclut en indiquant qu'au vu de l'état de l'épaule de l'intéressé, il ne le voit pas reprendre son travail de peintre à moyen terme. Selon lui, l'assuré a été victime d'une contusion ayant entraîné une subluxation du long chef du biceps qui s'en est trouvé clivé à de multiples endroits, ce qui a entraîné la nécessité d'une arthroscopie. 23. Par écriture du 26 mai 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. L'intimée rappelle qu'il ne suffit pas qu'un médecin travaille pour une assurance pour que son impartialité soit mise en doute. Quant au rapport du Prof. I_____, il fait remarquer que ce spécialiste souligne lui aussi que les premières mesures

d'instruction ont mis en évidence l'absence de fracture, de lésions majeures ou encore de déchirure dans les suites immédiates du sinistre. Selon la SUVA, le professeur émet l'hypothèse que la contusion a pu amener à une lésion du long chef du biceps, ce qui ne saurait suffire à établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales. 23. Par écriture du 12 juin 2015, l'assuré a persisté dans ses conclusions en précisant renoncer à l'audition de témoins. 24. Convoqué en comparution personnelle, le recourant a expliqué que, le jour de l'accident, il montait des plaques de plâtre (il y en avait 300 à déplacer, de 35 kg chacune) avec un collègue, dans un escalier. A un moment donné, il s'est pris les pieds dans un fil électrique, ce qui l'a déséquilibré et il a été projeté contre le mur, coincé entre celui-ci et la plaque qu'ils transportaient. L'assuré a continué à travailler, mais, dans les heures qui ont suivi, une enflure est apparue, ainsi que des douleurs, qui l'ont obligé à s'arrêter. La douleur est apparue tout de suite, mais tant que son bras est resté chaud, c'était supportable ; par la suite, il ne réussissait pas même à lever le bras. Depuis lors, à chaque effort répété de l'épaule, les douleurs se réveillent. Les infiltrations ne font effet que deux ou trois jours, de sorte qu'il n'a pu reprendre son travail, qui implique de lever les bras pour repeindre les plafonds, par exemple, ou encore de manier avec force une taloche. 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) en vigueur depuis le 1er 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. A 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de mettre un terme à sa prise en charge au 31 juillet 2014. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même

manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.!

!> Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).!

!> 8. 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 (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 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. Etant 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, le Tribunal fédéral a précisé que 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

9. 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). 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).

10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

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 corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 11. En l'espèce, la SUVA base son refus de prester au-delà du 31 juillet 2014 sur l'avis de son médecin d'arrondissement, avis que conteste le recourant qui le juge lacunaire et dénué de pertinence. [endif]>![if> Selon le Dr G_____, les lésions pour lesquelles l'intervention a été pratiquée sont de type dégénératif puisqu'en raison de la conduite chirurgicale, il y a lieu d'admettre qu'il n'existait pas de véritable disjonction post-traumatique. La contusion du 14 février 2014 a tout au plus décompensé de façon temporaire un état préalable et ce, durant huit semaines, tout au plus. Il est vrai que la première IRM, en avril 2014, n'a montré ni fracture, ni contusion osseuse mais un remaniement de l'articulation acromio-claviculaire dont le radiologue a d'emblée indiqué qu'il était compatible avec une contusion ou une arthropathie. Quant au remaniement tendineux, il a souligné qu'il plaidait plutôt en faveur d'une arthropathie. Etait également signalé un lipome, antérieur à l'accident puisque, selon le rapport du Dr D_____, cette masse était connue depuis plusieurs années. On relèvera également que l'opinion du Dr G_____ selon laquelle on serait en présence de lésions dégénératives préexistantes est partagée par le Dr D_____, puisque ce dernier a évoqué un « conflit exacerbé par la chute ». En revanche, la Dresse H_____ - dont le recourant invoque l'avis - ne s'est à aucun moment exprimée sur la relation de causalité naturelle entre les lésions constatées et l'accident. Quant au Prof. I_____, il n'est pas aussi affirmatif que le recourant veut bien le dire. En effet, ce médecin, dans son rapport, commence par relever que la radiographie de l'épaule pratiquée le 19 février 2014 n'a mis en évidence aucune fracture, que l'ultrasonographie n'a montré aucune lésion majeure de la coiffe des rotateurs, que le nouvel ultrason réalisé le 22 avril 2014 n'a pas mis en évidence de déchirure et que l'IRM du 9 avril 2014 n'a pas montré de lésion majeure, hormis la présence d'altérations au niveau de l'acromio-claviculaire « qui pourraient être la suite d'une contusion ». Ce faisant, il ne fait donc qu'émettre une hypothèse, écartée par le Dr G_____ au motif qu'il n'y avait pas de véritable disjonction traumatique, ce que rien, dans le rapport du Prof. I_____, ne vient infirmer. Dès lors, la supposition émise par le professeur selon laquelle la contusion à l'épaule « aurait pu amener à une lésion du long chef du biceps, laquelle a nécessité une arthroscopie » n'est pas suffisante pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les effets délétères de la contusion ont perduré au-delà de huit semaines. A cet égard, on rappellera que le fait que le recourant ait été en pleine forme avant l'événement litigieux ne saurait à lui seul faire douter du bien-fondé de l'avis du Dr G_____. En soulignant l'absence de douleurs antérieurement à l'accident, l'assuré tient en réalité un raisonnement fondé sur le principe « post hoc ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341). Eu égard à ce qui précède, on ne saurait considérer que des doutes suffisants subsistent au point de justifier la mise sur pied d'une expertise judiciaire. D'autant que, contrairement à ce que soutient le recourant, à ce stade, seule la question de la

causalité naturelle est pertinente, non celle de sa capacité de travail ou de ses limitations. C'est donc à tort qu'il fait grief à l'intimée de ne pas avoir procédé à des investigations supplémentaires sur ces points. En conséquence, le recours est rejeté, étant rappelé que l'assureur-maladie a d'ores et déjà annoncé qu'il prendrait en charge l'intervention litigieuse. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.