

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2120/2015

ATAS/61/2018

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

**Arrêt du 24 janvier 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par  
FORTUNA PROTECTION JURIDIQUE SA

recourant

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, est associé gérant de l'entreprise B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'entreprise). À ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 15 septembre 2011, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique. Alors qu'il circulait au guidon de scooter, il est entré en collision avec un bus articulé dont le conducteur n'avait pas respecté la signalisation lumineuse réservée aux TPG.
3. Dans un rapport médical daté du jour de l'accident, les doctresses C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont diagnostiqué une contusion de l'épaule et du bras droits ainsi qu'une contusion du genou gauche. Selon l'anamnèse, le choc s'était produit à une vitesse de 15 à 20 km/h et la chute qui s'en était suivie avait valu à l'assuré un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle des faits. Il se plaignait essentiellement d'une douleur de l'épaule droite sans impotence fonctionnelle associée. L'examen clinique avait mis en exergue une dermabrasion de la face postérieure de cette épaule ainsi qu'une douleur modérée à la palpation de la tête humérale. L'incapacité de travail était complète du 15 au 22 septembre 2011.
4. Par courrier du 20 septembre 2011, l'assuré a adressé à la SUVA la déclaration d'accident relative à l'événement du 15 septembre 2015, ajoutant qu'il était blessé au bras droit, à la joue gauche et aux genoux.
5. Le 26 septembre 2011, la SUVA a informé l'entreprise qu'elle allouait des indemnités journalières à l'assuré et qu'elle prenait en charge le traitement médical du cas.
6. Le 17 octobre 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, du centre médical de Vermont-Grand-Pré, a retenu les mêmes diagnostics que ses confrères urgentistes et fait état, en outre, d'une fissure du tendon du muscle supra-épineux droit d'environ 10%.
7. Le 19 octobre 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à un arthro-CT (arthro-scanner) de l'épaule droite. D'un point de vue osseux, il notait quelques petites géodes au niveau du trochiter. En revanche, les rapports gléno-huméraux étaient préservés et il n'existait pas de remaniement dégénératif notable au niveau acromio-claviculaire. D'un point de vue articulaire et tendineux, la capacité semblait relativement diminuée avec un aspect un peu resserré du récessus axillaire. L'absence de fuite de contraste dans la bourse sous acromio-deltaïdienne témoignait de l'intégrité de la coiffe. D'un point de vue cartilagineux, une image d'addition au niveau du bourrelet supérieur évoquait une SLAP lésion. Ceci était très bien visible sur les coupes axiales, sagittales et coronales. En conclusion, les données arthro-CT évoquaient une forme de capsulite rétractile et

---

permettaient également de suspecter une SLAP lésion. En revanche, les tendons de la coiffe semblaient intacts.

8. Le 26 octobre 2011, la SUVA a précisé que l'indemnité journalière s'élevait à CHF 157.85.- par jour calendaire et que le droit prenait naissance le 18 septembre 2011.
9. Le 28 novembre 2011, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM de l'épaule droite de l'assuré et conclu à une rupture partielle du tendon du supra-épineux au niveau de son insertion distale. Ce médecin a également fait état d'un kyste para-labral de localisation postéro-supérieure et d'une lésion de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire.
10. Dans un rapport intermédiaire du 19 janvier 2012, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de contusion de l'articulation acromio-claviculaire droite, ajoutant que des facteurs étrangers à l'accident n'entraient pas en ligne de compte dans le processus de guérison. L'état de santé allait en s'améliorant et une reprise de l'activité habituelle de sableur sur façades était envisageable à 50% à partir du 23 janvier 2012.
11. Dans un rapport du 16 mars 2012, adressé au Dr H\_\_\_\_\_, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen neurologique, qu'il avait pratiqué le même jour, était normal. L'examen par ENMG (électroneuromyogramme), du membre supérieur droit était normal avec des amplitudes tout à fait symétriques par rapport au côté gauche. L'EMG (électromyographie) à l'aiguille du deltoïde, des sus et sous-épineux ne montrait pas de signe de dénervation. Au final, le Dr I\_\_\_\_\_ ne retenait pas d'argument pour une atteinte neurologique, précisant que l'assuré présentait des douleurs de l'épaule de nature orthopédique.
12. Le 1<sup>er</sup> mai 2012, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré pour avis médical. L'accident du 15 septembre 2011 s'était soldé par :
  - une plaie au visage ayant entraîné une hypoesthésie du nerf infra-orbital, en bonne voie d'évolution ;
  - un traumatisme de l'épaule droite ;
  - un traumatisme du genou gauche.

En ce qui concernait l'épaule droite, l'IRM avait mis en évidence une fissure du tendon supra-épineux droit de 10% de la surface tendineuse. L'examen clinique pratiqué ce jour confirmait une bonne guérison de cette lésion tendineuse. Il persistait une discrète douleur localisée au niveau de l'insertion du coraco-brachial sur la coracoïde, ce qui pouvait évoquer une tendinopathie séquellaire qui s'améliorerait dans les jours à venir.

En ce qui concernait le genou gauche, aucune séquelle n'était à souligner à l'examen de ce jour. Cette lésion était complètement guérie, sans séquelles.

---

Enfin, le Dr J\_\_\_\_\_ remerciait le Dr H\_\_\_\_\_ d'envisager une reprise progressive vers une capacité de travail totale – sous réserve de complications dans les jours à venir – et proposait à la SUVA de clore le dossier dès la reprise du travail à 100%.

13. Dans un rapport du 16 mai 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'intention de la SUVA qu'une reprise du travail à 50%, puis 75% et enfin 100% était envisageable.
14. Le 17 juillet 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a proposé à la SUVA de faire pratiquer, par le Dr G\_\_\_\_\_, une IRM de l'épaule droite de l'assuré, afin d'en objectiver la guérison.
15. Entendu le 27 juillet 2012 par un inspecteur des sinistres de la SUVA, l'assuré a déclaré que, depuis leur précédent entretien du 1<sup>er</sup> juin 2012, il travaillait toujours à 50% de son horaire de travail habituel (42 heures) avec un rendement total. À l'heure actuelle, ce taux n'avait pas pu être augmenté en raison d'une recrudescence des douleurs à l'épaule droite dans l'activité de sableur. Aussi avait-il décidé, de son propre chef, de s'occuper uniquement des tâches administratives de sa société en se consacrant à plein temps à la direction d'une équipe de deux ouvriers sableurs, à la coordination des travaux ainsi qu'aux rendez-vous de chantier. L'inspecteur des sinistres avait indiqué à l'assuré que la SUVA continuerait à lui verser ses prestations sur la base d'une incapacité de 50% jusqu'à nouvel avis.
16. Le 21 août 2012, la SUVA a reçu le rapport de l'IRM effectuée le 11 juillet 2012 par le Dr G\_\_\_\_\_. Ce radiologue notait la présence d'un kyste para-labral de localisation postéro-supérieure ayant légèrement augmenté de volume, une bursite sous-coracoïdienne, une rupture partielle du tendon du supra-épineux, sans évolution, ainsi qu'un phénomène de surcharge au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, sans conflit sous-acromial.
17. Le 22 août 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a complété ses appréciations des 1<sup>er</sup> mai et 17 juillet 2012, précisant qu'en date du 11 juillet 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ avait fait une étude comparative avec l'examen du 28 novembre 2011. Il en ressortait principalement que la rupture partielle du tendon supra-épineux n'avait pas connu d'évolution.

Lors de son examen du 1<sup>er</sup> mai 2012, il n'avait pas retenu d'anomalie clinique pouvant justifier une limitation du travail : le cas était stabilisé, sans séquelles pouvant justifier une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle). En revanche, cet examen avait mis en évidence quelques incohérences : il n'y avait, par exemple, aucune explication médicale pour justifier « une diminution de la force au Jamar ». La reprise du travail à 50% était effective depuis le 23 janvier 2012. L'examen neurologique du Dr V\_\_\_\_\_ du 16 mars 2012 n'avait rien révélé d'anormal. Sur la base de l'IRM pratiquée le 11 juillet 2012 par le Dr G\_\_\_\_\_, le Dr J\_\_\_\_\_ ne retenait pas d'anomalie pouvant justifier une incapacité de travail à dix mois de l'événement traumatique. Aussi proposait-il la date du 1<sup>er</sup> septembre 2012 pour une reprise à plein temps, ajoutant qu'en cas d'opposition de l'assuré à une telle reprise, une observation stationnaire ainsi qu'une évaluation des capacités professionnelles en milieu médical (clinique de Sion) seraient souhaitables.

18. Par décision du 27 août 2012, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières le 31 août 2012.
19. Le 10 septembre 2012, l'assuré a formé opposition à ladite décision, faisant valoir qu'il ressentait toujours de fortes douleurs au bras qui le handicaperaient en cas de reprise du travail à plein temps.
20. Le 25 octobre 2012, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a adressé une convocation à l'assuré, l'invitant à se rendre le 6 novembre 2012 pour un séjour d'un mois dans cet établissement.
21. Par avis de sortie du 5 décembre 2012, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la CRR, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 50% du 23 janvier 2012 au 5 novembre 2012, de 100% du 6 novembre 2012 au 9 décembre 2012, puis de 50% du 10 décembre 2012 jusqu'à la date de son rendez-vous chez le Dr H\_\_\_\_\_. Même si une annonce à l'AI avait été faite durant le séjour, un changement de profession n'était pas indiqué. Un rapport détaillé serait envoyé ultérieurement.
22. Par certificat médical du 13 décembre 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté que la capacité de travail de l'assuré était de 50% du 13 décembre 2012 au 17 janvier 2013.
23. Le 8 janvier 2013, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation auprès de la CRR, et son confrère, le Dr K\_\_\_\_\_, ont complété l'avis de sortie du 5 décembre 2012 en posant le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes à l'épaule droite ainsi que les diagnostics supplémentaires suivants :
  - AVP (accident de la voie publique) le 15 septembre 2011 avec traumatisme de l'épaule droite, du genou gauche et sous-orbital gauche ;
  - rupture partielle du tendon supra-épineux ;
  - kyste para-labral postéro-supérieur ;
  - amygdalectomie en 1987.

Suite à son accident du 15 septembre 2011, l'assuré avait bénéficié d'un traitement conservateur. La mobilité de l'épaule était actuellement complète et il n'existait aucun problème au niveau du genou droit.

À l'admission, l'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule droite, accentuées avec le changement de temps, le travail et durant la nuit. Ces douleurs étaient de 4/10 au repos et de 9/10 durant le travail. L'assuré se plaignait aussi du manque de force en cas de travail prolongé, surtout en position d'élévation du bras.

À l'examen clinique, les amplitudes articulaires n'étaient pas limitées en élévation-rotation externe et on notait une discrète limitation de la rotation interne. Aucune atrophie des fosses sus-et sous-épineuses n'était à signaler. L'articulation acromio-claviculaire était indolore à la palpation et à la mobilisation. Le testing des différents tendons de la coiffe était tout à fait dans les limites de la norme.

L'examen effectué en vue de déceler un éventuel conflit sous-acromial était également des plus rassurants.

Le bilan radiologique du 8 novembre 2012 montrait une structure et une morphologie osseuses normales, sans lésion décelable, sans calcification ectopique péri-articulaire. Les rapports articulaires étaient préservés et l'arc interne respecté. L'ultrason du 14 novembre 2012 montrait une probable déchirure partielle du supra-épineux, sans signe de bursite sous-acromiale.

Du point de vue orthopédique, il n'y avait actuellement aucune indication à proposer un geste chirurgical. Un renforcement musculaire de la ceinture scapulaire de façon globale était par contre nécessaire. En cas de persistance des douleurs, la question d'une indication à une infiltration sous-acromiale se posait. Toutefois, l'assuré n'était actuellement pas convaincu de l'intérêt d'un tel geste.

Sur le plan socioprofessionnel, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, en l'absence d'amélioration significative depuis plusieurs mois. L'évaluation pluridisciplinaire avait permis de constater qu'il persistait des limitations dans les activités lourdes, en particulier bras tendus en avant, ce qui correspondait à la position qui devait être maintenue dans l'activité de sablage. Une capacité de travail dans cette activité semblait donc difficilement envisageable. Cependant, si l'assuré pouvait développer son implication dans la gestion administrative et commerciale de sa société et ainsi alterner le travail de chantier et de bureau, une reprise de son activité antérieure serait possible à un taux pouvant varier de 70 à 100%, en fonction de l'importance de la part administrative. Ainsi, les médecins de la CRR proposaient qu'un inspecteur se rende sur place pour évaluer plus précisément l'importance de la part administrative envisageable.

24. Le 18 mars 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement était actuellement terminé mais qu'une « lésion du [illisible] de l'A.C. » ne pouvait être exclue.
25. Par appréciation du 25 mars 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a relevé que le bilan traumatique avait révélé une fissure du tendon supra-épineux droit qui persistait malgré un traitement bien conduit. Selon l'évaluation menée à la CRR, il n'y avait cliniquement aucune symptomatologie, mais aux dires de l'assuré, il persistait une douleur au niveau de son épaule. Étant donné que la CRR évaluait à 70% la capacité de travail exigible pour les seules activités physiques, il convenait de faire vérifier par l'inspecteur la possibilité de consacrer les 30% restants en activités bureautiques, sans effort physique.
26. Le 4 juin 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a proposé à la SUVA de clôturer le cas. Étant donné que l'état du tendon supra-épineux ne s'était pas modifié au cours des dernières années, ce médecin pensait que la situation était définitive et qu'elle n'allait pas se modifier à l'avenir. Elle pouvait éventuellement s'aggraver, compte tenu des lésions dégénératives observées, à l'image du kyste sous-labral objectivé par l'IRM du 11 juillet 2012.

27. Le 6 juin 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique de l'assuré et a évalué à 5% son atteinte à l'intégrité. Ce taux prenait en considération les anomalies radiologiques « à observer » avec des phénomènes de surcharge au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et la lésion vue à l'IRM de juillet 2012. Cette dernière avait mis en évidence une fissure du tendon supra-épineux droit de 10% de la surface tendineuse. L'examen clinique qu'il avait pratiqué ce jour confirmait toutefois une bonne guérison de cette lésion tendineuse. Il persistait une discrète douleur localisée au niveau de l'insertion du coraco-brachial sur la coracoïde, ce qui pouvait évoquer une tendinopathie séquellaire appelée à s'améliorer dans les jours à venir.
28. Le 6 janvier 2014, la SUVA a reçu de l'assuré une feuille-accident LAA complétée par le Dr H\_\_\_\_\_, dont il résulte que du 17 janvier 2013 jusqu'à la dernière consultation qui remontait au 28 octobre 2013, l'assuré présentait une incapacité de travail ininterrompue de 50%.
29. Par courrier du 24 avril 2014, l'assuré a informé la SUVA qu'il attendait toujours que les HUG lui communiquent la date de son intervention chirurgicale. Annexée à cet envoi, la feuille-accident LAA complétée par le Dr H\_\_\_\_\_ faisait toujours état d'une incapacité de travail de 50%.
30. Le 29 août 2014, l'assuré a subi une intervention à l'épaule droite au département de chirurgie des HUG. Dans son compte rendu opératoire du 3 septembre 2014, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants de kyste rétro-coracoïdien droit, conflit sous-acromial et bursite sous acromiale droite. L'intervention avait consisté en une arthroscopie de l'épaule droite, avec drainage et biopsie du kyste, complétée par une bursectomie et une acromioplastie.
31. Le 4 septembre 2014, l'assuré a fait parvenir à la SUVA un certificat d'arrêt de travail « pour accident » à 100%, du 28 août 2014 au 19 octobre 2014, établi par le docteur N\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG.
32. Le 20 octobre 2014, la SUVA a reçu un rapport histologique des HUG, du 7 septembre 2014, ainsi qu'un rapport relatif à une arthro-IRM réalisée le 6 janvier 2014 à l'Hôpital de La Tour. Selon le premier document, le kyste rétro-coracoïdien droit, retrouvé lors de l'intervention du 29 août 2014, correspondait à un kyste synovial.
33. Le 28 octobre 2014, la doctresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'intervention subie le 29 août 2014 visait à traiter des lésions dégénératives de l'épaule et qu'elle ne concernait donc pas la SUVA.
34. Par décision du 10 février 2015, la SUVA a fixé le montant des indemnités journalières sur la base d'une reprise du travail à 50% dès le 17 novembre 2014. Depuis le 10 décembre 2012, l'incapacité de travail de l'assuré était de 50%, avant de passer à 100% dès le 28 août 2014 en raison de l'intervention pratiquée par le

---

Dr M\_\_\_\_\_ le 29 août 2014. Dans la mesure où la Dresse O\_\_\_\_\_ considérait que cette intervention ne concernait pas les suites de l'accident du 15 septembre 2011, il convenait de fixer une reprise du travail à 50% dès le 17 novembre 2014. Enfin, l'assuré était invité à s'adresser à sa caisse maladie perte de gain « pour l'autre 50% ».

35. Le 11 février 2015, l'assuré a soutenu que l'intervention chirurgicale qu'il avait subie le 29 août 2014 était consécutive à l'accident du 15 septembre 2011. Aussi ne comprenait-il pas que l'on remît en question l'avis du Dr M\_\_\_\_\_, tant sur la question du taux d'incapacité de travail que sur les motifs de son intervention du 29 août 2014.
36. Par courrier du 4 mars 2015, les docteurs P\_\_\_\_\_, médecin interne en orthopédie, et M\_\_\_\_\_ ont informé le médecin d'arrondissement de la SUVA qu'ils avaient revu l'assuré au sujet de ses problèmes d'épaule droite. Depuis son accident du 15 septembre 2011, ce droitier de 50 ans, en excellente santé habituelle, se plaignait d'omalgies à l'effort, associées à un déficit de force. Son épaule était actuellement à 50% d'une épaule normale. Le 6 janvier 2014, l'assuré avait bénéficié d'une arthro-IRM qui, après relecture par le docteur Q\_\_\_\_\_, radiologue FMH, laissait suspecter une déchirure partielle du tendon sub-scapulaire. En revanche, l'arthroscopie du 29 août 2014 avait révélé un kyste rétro-coracoïdien qui avait alors été réséqué. Cliniquement, les amplitudes articulaires étaient diminuées en antépulsion et rotation interne. La coiffe était « incompetente » et l'articulation acromioclaviculaire indolore. Un ultrason effectué ce jour mettait en évidence le tendon du long chef du biceps bien placé dans la gouttière, l'intégrité des tendons sus-épineux et infra-épineux ainsi qu'une lésion hyperéchogène d'environ 8 mm de diamètre au niveau du tendon sub-scapulaire distal. Une radiographie standard infirmait la présence d'une tendinopathie calcifiante. Compte tenu de ces éléments, il n'était pas exclu qu'une atteinte traumatique du muscle supra-scapulaire fût à l'origine des symptômes de l'assuré. Il convenait d'avoir à l'esprit que certaines atteintes tendineuses au niveau du tendon sub-scapulaire n'étaient pas forcément visibles lors de l'arthroscopie. Afin d'exclure formellement une atteinte du tendon subscapulaire, les Drs P\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ avaient prévu de demander au Dr Q\_\_\_\_\_ de pratiquer une nouvelle arthro-IRM, précisant qu'ils attendaient le résultat de cet examen pour exclure définitivement tout lien de causalité entre l'accident du 15 septembre 2011 et les symptômes qui avaient motivé l'arthroscopie du 29 août 2014.
37. Dans un rapport daté du 10 mars 2015 adressé au Dr P\_\_\_\_\_, le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'arthro-IRM de l'épaule droite, qu'il avait pratiquée le même jour, confirmait l'existence d'une lésion partielle de la partie distale et supérieure du tendon subscapulaire. Ce tendon était par ailleurs hétérogène à ce niveau, avec subluxation médiale du long chef du biceps qui s'interposait sur le trochin.
38. Le 24 mars 2015, l'assuré a transmis à la SUVA le certificat médical pour le mois d'avril 2015 ainsi que la feuille LAA complétée par le Dr M\_\_\_\_\_. Il ressort de ces



---

documents que l'assuré présentait une incapacité de travail complète à partir du 28 août 2014, prolongée le 6 octobre 2014 et le 23 février 2015 par ce médecin. À partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, l'incapacité de travail était de 50%.

39. Par courrier du 2 avril 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a annoncé au médecin d'arrondissement de la SUVA qu'il avait revu l'assuré le 23 mars 2015 à la lumière d'une arthro-IRM. L'image mise en évidence à l'échographie correspondait simplement à une tendinopathie. Il n'y avait pas de désinsertion consécutive du tendon sous-scapulaire ni d'instabilité majeure du long chef du biceps. Il avait donc pu rassurer l'assuré, qui allait reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2015.
40. Par décision du 20 mai 2015, la SUVA a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 10 février 2015. Dans son appréciation du 28 octobre 2014, la Dresse O\_\_\_\_\_ avait clairement précisé que l'intervention subie le 29 août 2014 avait pour but de traiter des lésions dégénératives de l'épaule. Celle-ci ne concernait dès lors pas la SUVA. Cet avis rejoignait celui du Dr J\_\_\_\_\_, qui avait déjà évoqué, le 4 juin 2013, la présence de dégénérescences au niveau de l'épaule droite, en particulier un kyste sous-labral. Il convenait de souligner de surcroît qu'après avoir envisagé l'éventualité d'une atteinte traumatique du muscle supra-scapulaire, le Dr M\_\_\_\_\_ avait nuancé son avis une fois en possession d'une nouvelle arthro-IRM. Le 2 avril 2015, ce médecin avait estimé qu'il n'y avait pas de désinsertion consécutive du tendon sous-scapulaire ni d'instabilité majeure du long chef du biceps et que l'image mise en évidence à l'échographie correspondait simplement à une tendinopathie. Dans la mesure où une causalité fondée sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc* ne constituait pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante, force était de reconnaître que la SUVA était fondée à refuser de prendre en charge l'intervention du 29 août 2014 et l'incapacité de travail de 100% fixée dans le décours opératoire.
41. Par acte du 19 juin 2015, l'assuré, représenté par son assurance de protection juridique, a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 20 mai 2015, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à la poursuite du versement des prestations d'assurance pour toutes les suites de l'accident du 15 septembre 2011, en particulier les frais de traitement pour l'opération du 29 août 2014 et les indemnités journalières consécutives. Subsidiairement, le recourant concluait à la mise en œuvre d'une expertise indépendante afin de déterminer précisément la date du *statu quo sine*.

Afin de déterminer s'il était opportun de recourir contre la décision du 20 mai 2015, il avait posé diverses questions au Dr M\_\_\_\_\_, auxquelles celui-ci avait répondu par courriel du 16 juin 2015. Ce médecin avait posé le diagnostic de lésion labrale et de kyste paralabral droit en suite de l'accident du 15 septembre 2011. Le diagnostic actuel était celui de « status post-arthroscopie avec épaule raide : drainage rétro-coracoïdien droit ». Les troubles actuellement présentés par le recourant – douleurs et raideur du membre supérieur droit – présentaient un lien de

causalité probable avec l'événement du 15 septembre 2011. Le traumatisme avait engendré une lésion labrale. Étant donné qu'il n'y avait pas d'atteintes préexistantes, le *statu quo sine* ne serait atteint que lorsque le recourant n'éprouverait plus de douleurs et retrouverait des amplitudes articulaires complètes.

Invité à dire s'il partageait l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_, à savoir que l'intervention du 29 août 2014 visait à traiter des lésions dégénératives, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que les lésions labrales résultaient souvent de traumatismes. Il avait finalement reçu l'arthro-IRM qu'il évoquait dans son rapport du 4 mars 2015. De son point de vue, il n'y avait pas d'autres lésions susceptibles d'expliquer la symptomatologie, et notamment pas de troubles dégénératifs.

Selon le recourant, il ressortait clairement de la détermination du Dr M\_\_\_\_\_ que ce médecin – contrairement à la Dresse O\_\_\_\_\_ – ne retenait aucune lésion dégénérative et qu'il était d'avis que les lésions labrales résultaient souvent de traumatismes. Compte tenu des avis divergents exprimés par ces deux médecins, la mise en œuvre d'une expertise s'imposait. Il était incorrect, en l'état, de considérer qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre ses troubles – qui avaient entraîné l'intervention du 29 août 2014 – et l'événement du 15 septembre 2011.

42. Le 26 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le Dr M\_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics de lésion labrale et de kyste para-labral. Le kyste en question ne pouvait pas être considéré comme une conséquence de l'accident subi par le recourant. Les examens histologiques avaient en effet révélé un kyste synovial rétro-coracoïdien droit, ce qui, selon la Dresse O\_\_\_\_\_, constituait une atteinte dégénérative. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il n'excluait pas de façon convaincante que l'intervention du 29 août 2014 visait en réalité à traiter des lésions dégénératives. En effet, ce médecin traitant affirmait seulement que les lésions labrales résultaient souvent de traumatismes, ce qui ne permettait pas encore de conclure que, dans le cas concret, l'intervention du 29 août 2014 ne visait pas à traiter des troubles dégénératifs. À cet égard, le Dr J\_\_\_\_\_ avait souligné le 1<sup>er</sup> mai 2012 qu'il n'y avait pas de traitement médical à proposer et que l'état était stabilisé. Il était rejoint en cela par les médecins de la CRR, lesquels, à l'issue du séjour du recourant, avaient également considéré que la situation médicale était stabilisée. Enfin, le Dr H\_\_\_\_\_ estimait également le 13 juillet 2013 que le traitement était terminé. Ainsi, l'intervention pratiquée par le Dr M\_\_\_\_\_ le 29 août 2014, trois ans après l'accident, ne pouvait avoir pour but de traiter les conséquences de ce dernier compte tenu du fait que la situation était stabilisée et que l'on ne pouvait plus s'attendre à une amélioration de l'état de l'épaule droite.

43. Par réplique du 29 septembre 2015, le recourant a indiqué que son dossier médical avait été soumis au médecin-conseil de son assurance de protection juridique et que, de l'avis de celui-ci, il ne faisait aucun doute que la bursite et le conflit sous-acromial droits, constatés lors de l'opération du 29 août 2014, présentaient un lien de causalité avec l'accident du 15 septembre 2011. En effet, la SUVA avait reconnu

dès le départ qu'il souffrait d'une lésion du sus-épineux consécutive à cet événement et que, depuis lors, son état de santé ne s'était jamais amélioré. C'était donc en raison de la « persistance de ce conflit » que l'assuré avait été opéré le 29 août 2014.

44. Par duplique du 19 octobre 2015, l'intimé a relevé que la dernière écriture du recourant n'indiquait pas le nom du médecin-conseil consulté et qu'un éventuel rapport de celui-ci n'était pas produit.
45. Le 5 octobre 2015, le recourant a précisé que le médecin-conseil évoqué était la doctoresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ajoutant qu'il requérait l'octroi d'un délai approprié pour pouvoir produire un rapport circonstancié de ce médecin.
46. Le 5 novembre 2015, le recourant a versé au dossier le rapport en question, rédigé sous forme de réponses de la Dresse R\_\_\_\_\_ à une série de questions posées par son conseil.

Après avoir précisé que son rapport se basait uniquement sur les documents produits par le conseil du recourant, ce médecin a posé les diagnostics suivants de lésion partielle du sus-épineux, kyste rétro-coracoïdien réséqué par arthroscopie le 29 août 2014 et tendinopathie du sous-scapulaire avec suspicion de lésion partielle.

Parmi ces diagnostics, la tendinopathie et la rupture partielle du sus-épineux présentaient un lien de causalité avec l'accident du 15 septembre 2011.

Le rapport relatif à l'arthro-IRM du 6 janvier 2014 objectivait un complexe de Buford avec une hypoplasie labrale antéro-supérieure, une tendinopathie distale du sus-épineux et un discret épaissement du ligament coraco-huméral. D'autres lésions n'avaient pas été mises en évidence. Les conclusions de ce rapport montraient des lésions qui pouvaient faire suspecter une éventuelle capsulite rétractile ancienne. Comme la Dresse R\_\_\_\_\_ n'avait pas vu les clichés, elle se basait sur le rapport qui objectivait des lésions dégénératives.

L'IRM de l'épaule droite du 10 mars 2015 objectivait une lésion partielle de la partie distale et supérieure du tendon « sus-scapulaire » (sic), le tendon « sus-scapulaire » (sic) étant par ailleurs hétérogène à ce niveau, avec subluxation médiale du long chef du biceps qui s'interposait sur le « troquin » (recte : trochin). Cette arthro-IRM décrivait également une légère hétérogénéité du tendon sus-épineux, permettant de conclure à une tendinopathie insertionnelle sans amyotrophie musculaire. Il s'agissait également de lésions évoquant des troubles dégénératifs. Elle n'avait pas vu les clichés.

Elle partageait le même avis que le médecin d'arrondissement, à savoir que l'intervention du 29 août 2014 n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec les suites de l'accident du 15 septembre 2011, mais visait à traiter des lésions dégénératives de l'épaule du recourant. En effet, la pathologie kystique du labrum postéro-supérieur était sans rapport de causalité avec l'accident et déjà

---

visible sur l'IRM du 28 novembre 2011. Quant à la lésion du sous-scapulaire, elle était visible sur l'arthro-IRM du 10 mars 2015 mais absente sur celle du 6 janvier 2014. Elle était donc apparue plus tard. En conséquence, elle semblait sans rapport de causalité avec l'accident du 15 septembre 2011.

Interrogée sur le lien de causalité entre les troubles actuels et cet accident, la Dresse R\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il subsistait une symptomatologie de l'épaule en relation de causalité avec l'accident et la lésion partielle du sus-épineux, reconnue par la SUVA comme étant consécutive à l'accident. En revanche, l'opération aux HUG du 28 (recte : 29) août 2014 était motivée par le diagnostic de kyste rétro-coracoïdien et il n'y avait pas de rapport de causalité entre le kyste et l'accident. Quant aux deux autres diagnostics mentionnés dans le compte-rendu opératoire du 3 septembre 2014 – bursite sous-acromiale droite et conflit sous-acromial droit –, la Dresse R\_\_\_\_\_ était d'avis que le conflit était secondaire à la tendinopathie du sus-épineux, donc au traumatisme, Un rapport de causalité partielle était vraisemblable. Une bursite survenait dans le contexte d'une dysfonction du sus-épineux ou lors d'un traumatisme direct. La relation de causalité avec l'accident était ici possible.

Le rapport de causalité entre la lésion du sus-épineux et l'accident avait été reconnu en mars 2015. Cette lésion était toujours visible et les symptômes présents. Le statu quo n'était pas atteint. Selon les tables, une IPAI de 5% était justifiée.

47. Dans ses observations du 23 novembre 2015, l'intimée a soutenu que la Dresse R\_\_\_\_\_ ne retenait, en définitive, qu'une « vague vraisemblance indirecte » entre l'accident et le conflit sous-acromial alors que la causalité des autres atteintes était encore plus nettement écartée. Puisqu'il incombait au recourant de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique et l'accident, force était de constater qu'il n'avait pas produit, à ce jour, de rapports médicaux susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'intervention du 29 août 2014 ne visait qu'à traiter des atteintes dégénératives. C'était donc à juste titre que l'intimée avait refusé de prendre en charge l'arthroscopie du 29 août 2014 et ses suites.
48. Par ordonnance du 21 septembre 2016, la chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique de l'assuré, qu'elle a confiée Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
49. À teneur du rapport d'expertise orthopédique établi le 29 mai 2017 par le Dr S\_\_\_\_\_, son expertise est basée sur l'étude du dossier mis à sa disposition par la chambre de céans, la recherche et l'étude des documents médicaux manquants, notamment la réimpression sur DVD des multiples arthro-IRM de l'épaule droite qu'avait subies le patient, un examen neurologique complet demandé au docteur T\_\_\_\_\_, neurologue, une IRM cérébrale avec séquence angiographique intracrânienne ainsi qu'une IRM cervicale du 12 juin 2017 et l'anamnèse et l'examen clinique de l'expertisé, effectués les 5 décembre 2016 et 13 mars 2017.

L'expert a posé les diagnostics suivants :

- conflit radiculaire C6 d'origine mixte avec rétrécissement du foramen ovale C5-C6 et accompagné d'une faiblesse diffuse du MSD, touchant surtout les racines d'origine du cordon postérieur du plexus brachial droit avec également diminution de la force de type préhension de la main droite avec persistance d'un test Jamar positif ;
- s/p accident de la voie publique le 15 septembre 2011, avec s/p contusions de l'épaule et du bras droit, avec constitution d'un conflit sous-acromial post-traumatique avec lésion minime et trait superficiel du côté de la bourse sous-acromiale du sus-épineux associé à une surcharge/irritation transitoire acromio-claviculaire de cette épaule droite ;
- s/p contusions du genou gauche, sans séquelles actuellement ;
- s/p éraflures et contusions de la face avec atteinte transitoire du nerf sous-orbitaire gauche, sans séquelles actuellement ;
- et kyste synovial rétro-coracoïdien épaule droite (s/arthroscopie, bursectomie, sous-acromiale et acromioplastie épaule droite et résection de ce kyste synovial rétro-coracoïdien le 29 août 2014).

L'atteinte de la racine C6 d'origine mixte, donc ostéophyttaire, et la protrusion discale du niveau du trou foraminal C5-C6 droit étaient préexistantes au trauma du 15 septembre 2011, au vu des signes dégénératifs multi-étagés au niveau de cette colonne cervicale qui mettaient des années à se former. Cependant, il était aussi certain que ce trauma crânien – choc direct de la tête de l'expertisé contre le flanc du bus – avait été d'une certaine violence avec des lésions de la face bien décrites par les urgentistes des HUG, qui témoignaient de la violence du choc subi par le patient au niveau crânio-cérébral et certainement cervical, ce qui avait amené une décompensation de cette situation au niveau de la racine C6 à droite avec cette symptomatologie atypique difficile à diagnostiquer, mais qui était présente et qui était probablement à l'origine de la grande majorité des symptômes et des plaintes que ressentait le patient actuellement et qui, bien évidemment, jusqu'à ce jour étaient présentes et n'avaient pas diminué d'intensité.

La contusion de l'épaule droite avec constitution d'un conflit sous-acromial post-traumatique et petites lésions très superficielles du côté bursal side du sus-épineux s'était amenuisée progressivement avec stabilité de la lésion et une épaule quasi asymptomatique du point de vue de la coiffe des rotateurs et ceci, déjà lors de l'examen clinique à la CRR du 8 janvier 2013 par le Dr L\_\_\_\_\_. Il en était de même de la surcharge/irritation, voire entorse minime acromio-claviculaire, qui avait été clairement décrite par le Dr H\_\_\_\_\_ et dont on voyait les stigmates au début sur les IRM effectuées par le Dr G\_\_\_\_\_, entités nosologiques qui s'étaient amenuisées avec actuellement plus aucune symptomatologie au niveau de cette articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite. La contusion du genou gauche s'était résolue sans séquelles. Au niveau de la face, l'atteinte du nerf infra-orbitaire gauche avait été transitoire, sans séquelles également.

Le kyste synovial rétro-coracoïdien au niveau de cette épaule droite qui avait été décrit et excisé lors de l'intervention opératoire qu'avait subie le patient au niveau de son épaule droite le 29 août 2014 n'était par définition plus présent. Le kyste labral postéro-supérieur n'avait jamais existé et n'était plus mentionné.

Les seules lésions de l'épaule droite du recourant qui étaient imputables à l'événement accidentel du 15 septembre 2011 étaient :

- « une radiculalgie C6 d'origine mixte donc arthrosique et de protrusion discale au niveau du trou foraminal C5-C6 et qui avait été décompensé par l'événement accidentel » ;
- une lésion très partielle superficielle du côté bursal side de l'épaule droite du sus-épineux avec une persistance d'une toute petite symptomatologie irrationnelle, lésion actuellement stable et non-évolutive.

Le kyste synovial rétro-coracoïdien décrit et excisé lors de l'intervention du 29 août 2014 était certainement d'origine dégénérative et absolument pas en relation avec l'événement accidentel du 15 septembre 2011.

Globalement, au niveau de l'épaule droite, le patient ne présentait pas de lésions dégénératives typiques et surtout pas de lésions dégénératives chroniques, à part ce kyste rétro-coracoïdien qui était bien d'origine dégénérative et qui avait été uniquement visualisé lors de l'intervention du 28 août 2014. Il n'était plus visualisé sur les nombreux examens suivants de l'épaule droite qu'avait subis l'expertisé. Le problème du kyste synovial rétro-coracoïdien avait été résolu avec l'intervention de l'épaule droite du 29 août 2014.

Le patient présentait également une lésion dégénérative préexistante à l'événement accidentel au niveau de sa colonne cervicale avec, notamment, une dégénérescence discale multi-étagée ainsi qu'un rétrécissement foraminal C5-C6 d'origine mixte, asymptomatique avant l'événement accidentel du 15 septembre 2011.

Actuellement, les seules limitations fonctionnelles qui existaient étaient une diminution de la force, notamment de la force de préhension de la main droite, des extenseurs de l'avant-bras, évaluée à 4 sur 5, et du sub-scapularis, tous ces groupes musculaires dépendant, à un degré variable, de la racine C6.

S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite, correspondaient à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA, ces atteintes étaient clairement d'origine traumatique.

S'agissant de la lésion partielle du sus-épineux du côté bursal side, c'était une atteinte classique qui se voyait lors de chocs directs de la coiffe contre l'undersurface de l'acromion. Il n'y avait aucun autre élément sur ces arthro-IRM, notamment dégénérescence tendineuse avancée ou arthrose gléno-humérale, qui permettait de catégoriser cette lésion comme étant une atteinte dégénérative.

En ce qui concernait cette surcharge/entorse stade 1 acromio-claviculaire de l'épaule droite, celle-ci aussi était la conséquence directe d'un choc subi sur

l'épaule droite et très souvent, mais pas toujours, il y avait résolution de cette symptomatologie algique, ce qui était le cas en l'espèce.

L'accident était certainement à l'origine, avec grande probabilité, de la lésion du sus-épineux et de cette lésion transitoire de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite.

L'intervention du 29 août 2014 avait été évidemment effectuée afin de soulager le patient de ses douleurs et de son handicap chronique et la multiplicité des examens traduisait bien la difficulté qu'il y avait eu à établir un diagnostic précis.

Malheureusement, la possibilité d'une origine neurogène avec atteinte de la racine C6 à droite n'avait pas été évoquée à ce moment-là et il avait été procédé à l'arthroscopie de l'épaule droite pour d'une part décompresser l'espace sous-acromial et, d'autre part, s'attaquer à un kyste labral postéro-supérieur.

Si on se référait aux diagnostics et aux examens cliniques des Drs L\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, tous concluaient à une situation stabilisée de l'épaule droite avec une lésion partielle du sus-épineux, qui était donc stabilisée et non-évolutive. Cette intervention de l'épaule droite n'était donc pas justifiée en ce qui concernait cette pathologie.

En parlant de ce soi-disant kyste labral postéro-supérieur – qui était un diagnostic pré-opératoire retenu par les HUG qui était erroné et n'avait jamais existé – l'intervention n'était pas justifiée non plus, puisqu'elle n'avait pas mis en évidence un kyste labral postéro-supérieur.

Cette masse/kyste synovial rétro-coracoïdien antérieur dans l'intervalle des rotateurs, qui ne constituait donc pas un kyste labral et qui était d'origine dégénérative, était une découverte fortuite n'ayant jamais été décrite dans aucun examen pré-opératoire et cette lésion n'était certainement pas due à l'événement accidentel du 15 septembre 2011. Rétrospectivement, il s'avérait que l'indication opératoire était finalement d'une manière prépondérante (plus de 50%) effectuée pour adresser un problème dégénératif qui avait été découvert de manière fortuite et que le kyste labral postéro-supérieur, qui aurait pu être d'origine post-traumatique et constituer une indication opératoire s'il avait existé, était finalement un diagnostic erroné.

Les facteurs étrangers à l'accident du 15 septembre 2011, qui avaient contribué avec ce dernier à la survenance de ces atteintes, étaient justement cette masse/kyste rétro-coracoïdien qui est d'origine dégénérative.

En dehors des atteintes à l'épaule gauche, il y avait donc une atteinte de cette racine C6 avec rétrécissement du canal foraminal C5-C6 d'origine mixte dégénérative préexistant au traumatisme.

L'accident du 15 septembre 2011 avait provoqué une lésion partielle du sus-épineux et, au vu de l'anamnèse et des multiples examens effectués, cela était confirmé. Cela étant dit, ce type de lésion pouvait être d'origine traumatique, mais

existait également dans un contexte non traumatique chez un pourcentage non négligeable de la population générale au-delà des 50-60 ans, tout en étant asymptomatique. En ce qui concernait cette décompensation de ce rétrécissement foraminal C5-C6 à droite, il était également probable que cette entité nosologique se serait décompensée spontanément dans les années à venir sans qu'il y ait nécessairement un événement traumatique comme celui qu'avait vécu l'expertisé.

En ce qui concernait le conflit sous-acromial et la lésion partielle du sous-épineux, on pouvait considérer que le *statu quo ante* avait été atteint le 8 janvier 2013, ce qui correspondait à l'examen final du Dr L\_\_\_\_\_. En ce qui concernait l'irritation et l'atteinte partielle de C6 sur rétrécissement foraminal mixte C5-C6 à droite décompensé donc par cet événement accidentel du 15 septembre 2011, le *statu quo ante* n'avait pas été atteint puisque le patient souffrait toujours et encore de cette entité nosologique.

L'accident avait donc provoqué une décompensation d'un rétrécissement foraminal d'origine mixte ainsi qu'une surcharge/contusion/luxation grade I acromio-claviculaire droite ainsi qu'une lésion partielle du côté bursal side du sus-épineux avec développement d'une capsulite rétractile post-traumatique. Toutes ces atteintes justifiaient un arrêt de travail de 100% à partir du 15 septembre 2011 avec une reprise à 50% à partir du 23 janvier 2012, puis 100% du 6 novembre 2012 au 9 décembre 2012 et reprise à 50% dès le 10 décembre 2012. Ce taux d'incapacité n'avait pas changé et était encore valable et justifié jusqu'à ce jour dans un travail non adapté.

L'arrêt de travail à 100% du 29 août 2014 au 31 mars 2015 ne pouvait pas être considéré comme étant d'origine accidentelle, puisque l'intervention n'avait pas été effectuée pour une origine accidentelle mais pour des lésions dégénératives.

Le lien de causalité entre le kyste synovial rétro-coracoïdien et l'accident était très peu probable, clairement moins de 50%. La décompensation du rétrécissement foraminal d'origine mixte C5-C6 à droite avec atteinte de la racine C6 était certainement à 100% due à l'événement accidentel.

50. Le 18 juillet 2017, le recourant n'a pas formulé d'observations complémentaires et s'en est remis à justice.
51. Le 20 juillet 2017, l'intimée a maintenu intégralement ses conclusions, considérant qu'elle était, au vu des rapports d'expertise, parfaitement fondée à refuser la prise en charge de l'intervention du 29 août 2014 dès lors qu'il s'agissait uniquement de traiter une lésion dégénérative.
52. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre



---

des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1<sup>er</sup> al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente 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. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé doit prendre en charge les frais de traitement pour l'intervention chirurgicale qu'a subie le recourant le 29 août 2014 et les indemnités journalières consécutives.
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. 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).
- b. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste

---

exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

7. 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.

8. a. 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). 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 (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), 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 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, Sécurité sociale, 3<sup>ème</sup> éd. 2016 p. 1016 n. 385). Lorsque le *status quo sine vel ante* est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références).

b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.* p. 1015 n. 381).

---

c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 20 août 1997 consid. 2b; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3; Patrick THOMANN *in* Sabine STEIGER-SACKMANN/ Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50).

9. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
10. a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que

---

l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, 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, 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 264 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités).

11. a. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

b. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412

---

consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu ex ante en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C\_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références).

12. 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 (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).

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/aa. 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).

b/bb. 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).

b/cc. 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).

13. 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 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).

14. En l'espèce, il convient d'examiner en premier la valeur probante de l'expertise effectuée par le Dr S\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 29 mai 2017, elle se fonde sur l'étude du dossier mis à disposition de l'expert, la recherche et l'étude de documents manquants, un nouvel examen neurologique complet demandé par l'expert ainsi que deux IRM également requises par l'expert et deux rendez-vous avec l'expertisé. Le rapport d'expertise contient une anamnèse détaillée, les données subjectives de l'expertisé et des constatations objectives. Les conclusions de l'expert sont claires et convaincantes. Les parties n'ont pas fait valoir de critiques à leur encontre. Le rapport d'expertise remplit ainsi en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante.

Selon l'expert, l'arrêt de travail du 29 août 2014 à 100% au 31 mars 2015 ne peut pas être considéré comme étant d'origine accidentelle, puisque l'intervention du 29 août 2014 n'a pas été effectuée pour des lésions d'origine accidentelle mais pour des lésions dégénératives.

Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitement pour l'intervention chirurgicale qu'a subie le recourant le 29 août 2014 et les indemnités journalières consécutives.

Sa décision doit par conséquent être confirmée et le recours rejeté.

15. 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

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