

GE_GERICHTE ATAS/1280/2021 vom 14. Dezember 2021

GE Cour de justice, 2021-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1280_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/1280/2021 du 14 décembre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/1280/2021 del 14 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

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

E. 2.1

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

E. 2.2

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

E. 2.3

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10). Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté à temps et satisfaisant aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

A/4383/2020 - 8/21 -

E. 3

Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 2 juillet 2018, l'intimée était fondée à supprimer, avec effet au 30 avril 2020, le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles persistant au-delà de cette date et, d'autre part, si ces prestations, qui ont été fournies en raison de l'atteinte accidentelle du pouce droit du 2 juillet 2018, devraient également inclure des prestations d'assurance pour les douleurs de l'épaule et du genou droits, apparues après des exercices de physiothérapie accomplis dans le cadre d'un séjour de réadaptation effectué du 6 au 28 août 2019 à la demande de l'intimée.

E. 4.1

L'art. 6 al. 1 LAA dispose que les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10 LAA).

E. 4.2

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).

E. 4.3

Dans le cas d'espèce, l'intimée ne conteste pas que l'événement du 2 juillet 2018, ayant occasionné une lésion du pouce droit répond à la définition précitée. Elle estime en revanche qu'elle n'a pas à fournir de prestations en lien avec les troubles à l'épaule et au genou droits dans la mesure où les circonstances de leur survenance – en particulier l'absence de chute ou de mouvement non coordonné lors de l'exercice de physiothérapie à la CRR – ne permettent pas d'admettre que le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

E. 5.1

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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être

A/4383/2020 - 9/21 - 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les arrêts cités).

E. 5.2

Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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).

E. 5.3

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 5.4

L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. L'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) dispose en outre, sous la note marginale « autres lésions corporelles », que l'assuré a également droit aux prestations d'assurance pour les lésions corporelles qu'il subit lors d'un examen médical ordonné par l'assureur ou rendu nécessaire par d'autres circonstances (cf. art. 10 OLAA). Par ce biais, il a été institué une catégorie de prestations obligeant l'assureur-accidents à fournir ses prestations pour des lésions causées lors d'un traitement (Irene HOFER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019,

A/4383/2020 - 10/21 - n. 108 ad art. 6 LAA). En effet, les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (cf. l'art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2 et les références).

E. 5.5

En cas de lésions consécutives à un traitement médical, les prestations que doit allouer l'assureur-accidents correspondent à celles qui sont prévues au titre 3 de la LAA

(Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS in Meyer [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 948, n. 149).

E. 6.1

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

E. 6.2

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en

A/4383/2020 - 11/21 - charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Il s'ensuit que la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

E. 7.1

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).

E. 7.2

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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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).

E. 7.2.1

Ainsi, 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

A/4383/2020 - 12/21 - prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

E. 7.2.2

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 8

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).

E. 9.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être

A/4383/2020 - 13/21 - restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 9.2

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 10

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents

invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de

A/4383/2020 - 14/21 - 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).

E. 11.1

En l'espèce, il n'est pas contesté qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 2 juillet 2018 et les troubles constatés au niveau de l'épaule et du genou droits, ce qui exclut un droit à des prestations d'assurance fondées sur l'art. 6 al. 1 LAA pour ces atteintes, à tout le moins en lien avec l'événement du 2 juillet 2018. En revanche, il y a lieu d'examiner s'il incombe à l'intimée d'allouer, le cas échéant, des prestations d'assurance au recourant du fait d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte au niveau de l'épaule et du genou droits et le traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

E. 11.2

Il convient de préciser, à titre liminaire, que la notion de « traitement médical » au sens de l'art. 6 al. 3 LAA comprend notamment le séjour effectué par un assuré, à la demande de l'assureur, dans une clinique de réadaptation (« Rehabilitationsklinik ») en vue d'une réadaptation orthopédique, complétée par une évaluation sur le plan somatique, psychosocial et professionnel (cf. ATF 128 V 169).

E. 11.3

En l'espèce, l'intimée a fait parvenir à la CRR, le 17 mai 2019, une demande d'admission du recourant en division commune en vue d'une réadaptation de la main, d'une réadaptation intensive axée sur les douleurs et d'une évaluation des capacités fonctionnelles. Il s'agissait en outre d'apprécier la problématique psychosociale et de préparer la liquidation du cas (cf. dossier intimée, pp. 81-82). Au vu de l'ATF 128 V 169 précité, il convient d'assimiler le séjour du recourant à la CRR à un « traitement médical » au sens des art. 6 al. 3 et 10 LAA. On ajoutera que ce traitement tombe sous le champ d'application de la norme de responsabilité de l'art. 6 al. 3 LAA dans la mesure où la mise en place, par les médecins de la CRR, d'exercices de physiothérapie – à l'issue desquels les douleurs à l'épaule et au genou droits du recourant se sont manifestées – faisait partie du traitement médical des lésions résultant de l'accident du 2 juillet 2018. Il reste par conséquent à déterminer, au regard des rapports médicaux versés au dossier, comment s'expliquent les douleurs à l'épaule et au genou dont se plaint le recourant et s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes existant à ces niveaux et les exercices de physiothérapie précités. On rappellera et précisera qu'une causalité partielle suffit (ci-dessus : consid. 5.3 et Irene HOFER, op. cit., n. 112 ad art. 6 LAA), qu'il n'est pas nécessaire que les lésions

résultant du traitement médical, pour autant qu'elles soient avérées, soient elles-mêmes d'origine accidentelle ou le fruit d'une erreur médicale (ci-dessus : consid. 5.4). En effet, l'art. 6 al. 3 LAA assure même les complications médicales les plus rares et les plus graves en tant que conséquences médiates d'un accident (ATF 128 V 169 consid. 1c).

A/4383/2020 - 15/21 -

E. 12.1

Faisant siennes les appréciations des 29 novembre 2019 et 27 mars 2020 du Dr D_____, l'intimée considère qu'il n'existe pas de lien de causalité entre les troubles à l'épaule et au genou droits et l'événement du 2 juillet 2018 et qu'au regard du descriptif de l'événement survenu à la CRR et de ses suites, le recourant n'a pas été victime d'un accident dans cet établissement. Comme on peut le constater, ces considérations ne sont pas pertinentes pour une éventuelle prise en charge des troubles à l'épaule droite et/ou au genou droit sous l'angle de l'art. 6 al. 3 LAA, disposition qui est ici déterminante (cf. ci-dessus : consid. 11.3). La chambre de céans s'emploiera néanmoins à examiner si les rapports médicaux versés au dossier fournissent des informations lui permettant de se prononcer sur un lien de causalité entre les troubles à l'épaule et au genou droits et le traitement médical mis en place à la CRR et, dans l'affirmative, s'ils remplissent les réquisits permettant de leur reconnaître valeur probante.

E. 12.1.1

Dans leur rapport du 9 septembre 2019, les Drs E_____ et F_____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la CRR, indiquent avoir posé le diagnostic de douleurs de l'épaule et du genou droit après des exercices de physiothérapie au cours du séjour. Le recourant avait présenté des douleurs à ces deux niveaux après des exercices de physiothérapie, sans choc ou exercice spécifique identifié. Ces douleurs semblaient en lien avec une surcharge. En effet, il n'y avait pas eu de traumatisme et quelques jours après le début des douleurs, le recourant présentait des amplitudes passives et actives complètes, avec une force conservée mais des douleurs globales au « testing » de la coiffe. Le jour du départ, les mobilités actives étaient diminuées et les mobilités passives n'étaient pas évaluables en raison des douleurs. En ce qui concernait les douleurs dans le genou, elles se présentaient au niveau de l'insertion des ischio-jambiers, avec également un status rassurant. Comme le recourant était resté très fixé sur ses douleurs d'épaule et de genou durant la fin de son séjour, les Drs E_____ et F_____ lui avaient expliqué qu'ils n'avaient pas d'indication à investiguer davantage dans un premier temps mais qu'en cas de persistance des douleurs durant les prochaines semaines, ils proposeraient d'effectuer des radiographies et une échographie de l'épaule droite.

E. 12.1.2

Dans son appréciation du 29 novembre 2019, le Dr D_____ a indiqué qu'en ce qui concernait les problèmes d'épaule, il n'avait « existé aucune atteinte vulnérante pouvant exposer à des atteintes », tout en précisant que la causalité entre une « éventuelle atteinte au niveau de l'épaule » et ce qui était décrit lors du séjour à la CRR était à peine possible. En ce qui concernait le genou droit, il était nécessaire « de réexaminer la causalité en fonction des images et du rapport qui [serait] fait ».

E. 12.1.3

Le 17 février 2020, l'intimée a reçu notamment les documents suivants de la part du recourant :

A/4383/2020 - 16/21 - - Dans un rapport du 16 janvier 2020, la doctoresse G_____, rhumatologue à Annecy (France), a fait état de douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite en août 2019 post-traumatique, résultant d'un faux mouvement avec un bruit de claquement lors de la rééducation. D'un point de vue clinique, la mobilisation était douloureuse, les manœuvres de la coiffe sensibles avec une résistance clairement diminuée ; - Dans un second rapport non daté, reçu par l'intimée le 17 février 2020, mentionnant en substance les mêmes éléments que le rapport du 16 janvier 2020 précité, la Dresse G_____ a conclu à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite et indiqué qu'elle poursuivait ses investigations via la prescription d'un arthroscanner de l'épaule droite avec une infiltration (dans le même temps thérapeutique) ; - Le 7 février 2020, la doctoresse H_____, diplômée de radiodiagnostic et d'imagerie médicale, a pratiqué un arthroscanner de l'épaule droite et conclu au respect de la face articulaire des tendons de la coiffe des rotateurs, à l'absence d'anomalie notable ostéoarticulaire notamment labrale, et à une gaine plate dysplasique ; - un compte-rendu de consultation externe (document incomplet, deuxième page manquante), réalisé le 29 janvier 2020 au Centre Hospitalier Annecy Genevois (ci-après : CHAG), indiquant que le recourant était gêné, depuis le mois d'août 2019, au niveau de son genou droit avec des douleurs qui avaient débuté à la suite d'un renforcement musculaire en centre de rééducation. Il décrivait, depuis lors, des lâchages, des dérobements, une douleur au relevé de la position accroupie avec deux notions de chute et une impression d'instabilité. L'IRM réalisée récemment ne retrouvait pas d'anomalie sur les ligaments du pivot central ou sur les ménisques. En revanche, on retrouvait un aspect du cartilage de la trochlée légèrement irrégulier avec notamment un « coup d'ongle » sur le cartilage trochléen.

E. 12.1.4

Par avis du 18 février 2020, le Dr D_____ a estimé, à l'examen des documents produits le 17 février 2020 par l'assuré, que ceux-ci ne modifiaient pas les conclusions de son rapport du 29 novembre 2019 pour ce qui avait trait à l'épaule droite. En ce qui concernait le genou droit, il s'agissait « d'une atteinte dégénérative. Le séjour CRR et la rééducation ont temporairement obligé l'assuré à une utilisation qui a révélé et ou accentué une pathologie malade dégénérative ».

E. 12.1.5

À la demande de l'assureur, le Dr D_____ a effectué, le 27 mars 2020, une nouvelle appréciation médicale à la lumière des mêmes rapports produits par l'assuré le 17 février 2020. Il en ressortait que l'assuré ne présentait aucune atteinte significative au niveau de son genou droit, qu'aucun événement pendant la période de rééducation n'était survenu « pouvant causer quelque lésion que ce soit en causalité naturelle prépondérante ». En conséquence, la pathologie qu'il

A/4383/2020 - 17/21 - présentait au genou « n'entraînait pas, au niveau probable, dans aucun cadre de prise en charge par rapport à l'événement initial tel que déclaré ». En ce qui concernait l'épaule droite, il n'y avait pas « quelque lésion que ce soit en rapport avec l'événement initial déclaré et de plus, dès cet événement initial, des antécédents au niveau de l'épaule avaient été notés et déclarés ».

E. 12.1.6

Par certificat du 14 avril 2020, la doctoresse I_____, généraliste à Saint- Félix (Haute-Savoie, France), a rappelé notamment que le recourant avait présenté de violentes douleurs de l'épaule et du genou droit suite à des exercices de physiothérapie. L'épaule droite était toujours douloureuse et le genou droit également, avec des sensations de lâchage. Il manquait encore des éléments pour pouvoir statuer sur son état de santé et l'évolution possible, étant précisé que les examens prévus avaient été mis en attente en raison de la pandémie actuelle.

E. 12.1.7

Dans un rapport de consultation établi le 30 juillet 2020 par le service de chirurgie orthopédie-traumatologie du CHAG (nom et signature de l'auteur du rapport non reproduits), il était mentionné que les dérochements du genou droit restaient présents mais qu'il s'agissait surtout de lâchages liés à l'inflammation du tendon rotulien. Le scanner avec mesure des paramètres rotuliens retrouvait une insertion externe du tendon rotulien avec une « TAGT » augmentée qui pouvait être responsable d'une partie des dérochements mais la majeure partie de ceux-ci était liée à l'inflammation du tendon rotulien, particulièrement importante.

E. 12.2

Postérieurement au dépôt de son recours, le recourant a encore produit, le 29 janvier 2021, sur clé USB, d'autres documents, soit notamment : - un rapport du 5 juin 2020 du docteur J_____, du service de radiologie générale du Centre hospitalier de la région annecienne, concluant à une bursite sous-acromiale au niveau de l'épaule droite ; - un certificat du 16 décembre 2020 de la Dresse I_____, attestant que le recourant présentait une inflammation du tendon rotulien droit, associée à des lésions dégénératives du compartiment fémoro-patellaire à l'arthroscanner. L'infiltration avait été partiellement efficace. Il devait continuer la kinésithérapie afin de travailler la trophicité musculaire du quadriceps. Une deuxième infiltration serait envisagée en l'absence de guérison complète. Il présentait également une bursite sous-acromiale de l'épaule droite en cours de traitement physiothérapeutique ; - des extraits d'un questionnaire de la SUVA, relatifs à un sinistre survenu le 24 juin 2020 au garage K_____ SA, dans lesquels le recourant indiquait avoir senti un claquage au niveau du pouce « ainsi que le 4ème et 5ème doigts » en effectuant de la mécanique sur poids lourds, plus précisément en serrant des écrous ; - un rapport médical initial LAA, relatif à l'événement du 24 juin 2020, établi le

E. 16

Le recourant n'étant pas représenté, il n'y a pas lieu de lui octroyer des dépens (art. 61 let. g a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4383/2020 - 21/21 - 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.