

# **GE\_GERICHTE ATAS/1283/2020 vom 22. Dezember 2020**

GE Cour de justice, 2020-12-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1283\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1283_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1283/2020 du 22 décembre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1283/2020 del 22 dicembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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). En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). b. L'employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

A/3619/2019 - 16/27 - Dans la mesure où l'accident assuré est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 5**

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. Dans sa décision litigieuse du 30 août 2019, laquelle circonscrit l'objet de la contestation, l'intimée a considéré que l'état de santé était stabilisé au 31 août 2018, que l'intéressé disposait à nouveau dès cette date d'une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et que les séquelles accidentelles ne s'étaient pas aggravées depuis sa précédente décision entrée en force, de sorte qu'elle pouvait confirmer l'exigibilité et le degré d'invalidité alors retenus. Enfin, elle a statué sur le traitement médical qui restait à sa charge. Compte tenu des conclusions du recourant, le litige porte donc sur son droit à des indemnités journalières au-delà du 31 août 2018, cas échéant, sur son droit à une rente d'invalidité. En revanche, dès lors qu'il demande la confirmation de la prise en charge des soins telle que mentionnée dans la décision querellée, ce point n'est pas litigieux.

## **E. 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.

A/3619/2019 - 17/27 - 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).

b. 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 que, 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 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. c. 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

A/3619/2019 - 18/27 - 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. 7**

a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2). L'art. 18 al. 1 LAA dispose que si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2ème éd., n° 153 p. 895). b. Ainsi, 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. 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). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être

significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

A/3619/2019 - 19/27 -

## **E. 8**

a. Selon l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives. b. Conformément à la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). 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 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

## **E. 9**

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.3). La rechute et les séquelles tardives constituent des motifs de révision (ATF 127 V 456 consid. 4b ; ATF 118 V 293 consid. 2d), même si elles font suite à une décision de refus de rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2). Lorsque le droit aux prestations a été nié par le passé, un nouvel examen illimité ne peut pas être effectué à ce titre. Il faut bien plutôt partir de la décision entrée en force et l'admission d'une rechute ou de séquelles tardives suppose une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

## **E. 10**

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

A/3619/2019 - 20/27 - 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 ; 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. 11**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits

A/3619/2019 - 21/27 - survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et

les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **E. 12**

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. 13**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 14**

a. En l'espèce, la chambre de céans observe au préalable que les faits de la cause sont relativement complexes, avec de nombreuses demandes de prestations du recourant concernant les mêmes troubles et de multiples prises de position de la part de l'intimée. Elle constate également une confusion qui résulte de l'emploi parfois inadéquat du terme « rechute », ainsi que des incertitudes quant à l'argumentation de l'intimée, dont certaines décisions sont peu motivées. b. Elle rappellera donc brièvement que, par décision du 22 décembre 2015 entrée en force, l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité suite à l'accident du 31 juillet 2014. Elle a en effet considéré que l'intéressé était apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée et que sa perte de gain, fixée à 5.55% après comparaison des revenus avec et sans invalidité, était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. Suite à l'annonce d'une « rechute chez lui » le 12 mai 2016, l'intimée a traité le cas comme une rechute au sens légal, exclu toute aggravation de l'état de santé et maintenu l'exigibilité précédemment définie, alors que le recourant a, semble-t-il, voulu signaler un nouvel événement accidentel ayant entraîné de nouvelles lésions.

A/3619/2019 - 22/27 - Cela étant, cette question a fait l'objet d'une décision le 3 juin 2016 qui a acquis force de chose décidée, l'opposition du recourant ayant été déclarée irrecevable pour cause de tardiveté, par décision sur opposition du 22 juillet 2016 non contestée. Le recourant a de nouveau sollicité des prestations au mois d'avril 2017, dans le cadre de l'intervention préconisée par le Dr K\_\_\_\_\_. L'intimée a statué par décision du 13 septembre 2017, confirmée sur opposition du 6 octobre 2017, et admis la prise en charge de l'opération au titre de rechute, mais refusé le versement de toute prestation tant et aussi longtemps que le recourant n'était pas d'accord de se soumettre au geste chirurgical.

L'admission d'une « rechute » est surprenante puisque la lésion opérée par le Dr K\_\_\_\_\_ existait déjà lors du prononcé de la décision du 22 décembre 2015 et qu'une intervention avait d'ailleurs été évoquée lors du séjour à la CRR. Ainsi, les troubles pour lesquels l'intimée a versé des prestations en 2018 étaient antérieurs à la clôture du cas en 2015 et l'atteinte de l'épaule gauche n'était alors pas guérie. Par courrier du 7 août 2018, l'intimée a informé le recourant qu'elle considérait que son cas était stabilisé et que son droit aux indemnités journalières prendrait fin au 31 août 2018. Elle n'a toutefois pas rendu de décision formelle. Le recourant a rempli un formulaire de rechute le 1er avril 2019 et l'intimée a refusé de prester, par courrier du 12 avril 2019, au motif que les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées, de sorte qu'elle maintenait les termes de sa décision sur opposition de 2015. L'intéressé a alors requis le prononcé d'une décision formelle et l'intimée a statué le 19 juin 2019. Elle a rappelé l'annonce d'une rechute le 1er avril 2019, sans se référer expressément aux droits de l'intéressé à des indemnités journalières et à une rente. Elle a motivé succinctement son refus de prestations par l'absence de lien de causalité entre l'accident du 31 juillet 2014 et les troubles à l'épaule et au genou. La question pourrait donc se poser de savoir si l'intimée s'est prononcée sur le droit aux prestations du recourant uniquement à partir du mois d'avril 2019, date de la dernière annonce de rechute, ou également dès le 1er septembre 2018, date de la fin du versement des indemnités journalières. Cela étant, dans sa décision sur opposition du 30 août 2019, laquelle détermine l'objet du litige, l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé, sans aggravation par rapport à la situation qui prévalait en 2015. Elle en a conclu qu'elle était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 août 2018 et de confirmer l'exigibilité et le degré d'invalide retenus dans sa décision sur opposition du 22 décembre 2015.

#### **E. 15**

La question litigieuse revient donc à examiner si l'intimée était fondée, sur la base des appréciations de son médecin-conseil des 24 juillet et 14 novembre 2018, 11 avril et 5 juin 2019, d'une part, à mettre un terme au versement des indemnités

A/3619/2019 - 23/27 - journalières dès le 1er septembre 2018 et, d'autre part, à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

#### **E. 16**

La chambre de céans constate que les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ ont été établis en pleine connaissance du dossier du recourant, dont les plaintes ont été prises en considération. Le médecin d'arrondissement a procédé à un examen médical personnel de l'intéressé et consigné le résultat de ses observations cliniques. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude approfondie et les avis divergents des médecins traitants ont tous été discutés. Les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ sont motivés et dénués de toute contradiction, de sorte qu'ils remplissent a priori les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

#### **E. 17**

janvier 2020 qu'il a affirmé que le cas n'était pas stabilisé et qu'il a évoqué un traitement sous forme de séances de physiothérapie. Il n'a toutefois apporté aucun argument permettant de penser que de telles mesures seraient nécessaires pour conserver la capacité résiduelle de gain de son patient. De plus, il est rappelé que le Dr K\_\_\_\_\_ a clairement contesté que des séances de physiothérapie soient

A/3619/2019 - 24/27 - susceptibles d'améliorer l'état de santé du recourant, lequel n'avait pas effectué à domicile les étirements et exercices qui lui avaient été montrés. c. Il appert donc que les rapports des médecins traitants ne contiennent pas le moindre élément de nature à remettre en cause les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, basées sur les rapports du Dr K\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'état de santé du recourant était stabilisé au 1er septembre 2018.

#### **E. 18**

L'intimée était donc fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières dès le 1er septembre 2018.

#### **E. 19**

a. En ce qui concerne le droit à la rente, il est rappelé que, par décision sur opposition du 22 décembre 2015 entrée en force, l'intimée avait considéré que les séquelles présentées par le recourant au niveau de son épaule gauche lui permettaient d'exercer, à temps complet et sans diminution de rendement, une activité n'impliquant pas le port répété de charge du côté gauche, des mouvements répétés en rotation de l'épaule gauche ou au-dessus de l'horizontale. Elle avait alors procédé au calcul précis de la perte de gain, en comparant les revenus de valide et d'invalidé, et exclu le droit à une rente. Dans la décision litigieuse, l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis lors, que les limitations fonctionnelles étaient similaires à celles précédemment retenues et que la capacité de travail était toujours entière dans une activité adaptée. b. Le recourant considère que les pièces du dossier attestent d'une aggravation de l'état de son épaule gauche. Il rappelle tout d'abord que ses troubles ont justifié l'opération de janvier 2018 et se réfère ensuite au rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2016, dans lequel le médecin traitant a noté que son patient présentait une fissure intra-tendineuse du sous-scapulaire qui n'existait pas lors de la décision initiale. Le recourant cite ensuite le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 mars 2019, qui attribue les douleurs résiduelles à une brèche transfixiante, ainsi que le rapport d'IRM du 22 octobre 2019, qui fait état d'une tendinopathie. La chambre de céans rappelle que la déchirure transfixiante du sus-épineux qui a justifié l'intervention du Dr K\_\_\_\_\_ avait déjà été mise en exergue en 2015 (cf. rapport d'IRM du 23 mars 2015) et qu'une prise en charge chirurgicale avait d'ailleurs été discutée avant la clôture du cas (cf. rapport de la CRR du 27 mai 2015). Elle relève ensuite que le rapport d'arthroscanner du 24 octobre 2014 a conclu à une fissure du tendon du sous-scapulaire, de sorte que cette atteinte existait également déjà lors du prononcé de la décision de 2015. En ce qui concerne le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 8 mars 2019, son avis est basé sur les conclusions du rapport d'arthroscanner du mois d'octobre 2018, qui mentionne une brèche du tendon sus-épineux, une fissure du tendon infra-scapulaire et une fissuration du bourrelet glénoïdien. La chambre de céans rappelle toutefois

A/3619/2019 - 25/27 - l'interprétation divergente du Dr K\_\_\_\_\_ qui, après examen de l'arthroscanner du 15 octobre 2018, a confirmé la parfaite cicatrisation du tendon sur l'os et estimé que le résultat radiologique était excellent. Le chirurgien a expliqué que l'appréciation discordante du radiologue s'expliquait par le passage millimétrique du produit de contraste (cf. rapport du 7 novembre 2018). Ses conclusions ont par la suite été corroborées par de nouveaux examens puisque l'IRM du 22 octobre 2019 n'a révélé aucune anomalie du bourrelet glénoïdien, ni aucune fissure ou déchirure des tendons, en particulier du supra-épineux ou du sous-scapulaire. D'ailleurs, dans son dernier rapport du 17 janvier 2020, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a plus retenu de rupture transfixiante. Enfin, l'IRM du 22 octobre

2019 n'a révélé qu'une tendinopathie, alors que le recourant souffrait d'une rupture transfixiante du sus-épineux, qui a été opérée avec succès le 29 janvier 2018, ce qui parle plutôt en faveur d'une amélioration des atteintes. c. Quant aux limitations fonctionnelles et à l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé que le Dr H\_\_\_\_\_ a constaté, lors de son examen final du 12 novembre 2018, des limitations et des amplitudes comparables à celles qui prévalaient lors de son examen du 7 juillet 2015. Les rapports des médecins traitants ne contiennent aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement quant à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions citées. En effet, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas justifié les raisons pour lesquelles son patient ne pourrait pas occuper un emploi respectant les restrictions retenues par le Dr H\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 8 mars et 23 juillet 2019). De plus, le médecin traitant a apprécié la capacité de travail de son patient en tenant compte de son état de santé général, dont plusieurs atteintes qui ne sont pas en rapport de causalité avec l'accident du 31 juillet 2014, dont des gonalgies « bilatérales » et des lombalgies (cf. rapport du 14 mai 2019). En outre, dans son dernier rapport, il a mentionné des limitations au niveau des deux membres supérieurs, alors que seul le côté gauche est concerné par l'accident du 31 juillet 2014 (cf. rapport du 17 janvier 2020). Quant au Dr L\_\_\_\_\_, il a retenu des restrictions comparables à celles du Dr H\_\_\_\_\_, en particulier des restrictions quant au port de charge, au travail au-dessus du plan de l'épaule et aux mouvements de rotations et d'abduction, et conclu dans un premier temps que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 28 mai 2019). Dans son dernier rapport, il est revenu sur cette appréciation, sans toutefois livrer le moindre élément susceptible de comprendre un tel revirement. Ses conclusions quant à l'absence de toute capacité de travail, même dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement, ne sauraient être suivies (cf. rapport du 10 décembre 2019).

A/3619/2019 - 26/27 - d. La chambre de céans constate donc que le dossier de la cause ne contient aucun rapport permettant de douter du bien-fondé des conclusions du médecin d'arrondissement qui a écarté toute aggravation des troubles présentés par le recourant au niveau de son épaule gauche et confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations déjà reconnues en 2015.

#### **E. 20**

En conclusion, l'intimée était fondée à retenir, dans sa décision sur opposition du 30 août 2019, que les séquelles présentées par le recourant au niveau de son épaule gauche suite à son accident du 31 juillet 2014 ne s'étaient pas notablement aggravées par rapport aux circonstances qui prévalaient lors du prononcé de la dernière décision entrée en force. Elle pouvait donc confirmer l'exigibilité retenue dans sa décision initiale, ainsi que l'absence du droit à une rente sans procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité. À toutes fins utiles, il sera encore relevé à l'attention du recourant que les « facteurs extérieurs » qu'il soulève, comme son âge ou le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 2014, n'ont pas à être pris en compte dans l'appréciation de l'invalidité.

#### **E. 21**

S'agissant des troubles au niveau du genou gauche, le recourant n'a produit aucun document attestant d'une quelconque rechute depuis la décision du

#### **E. 22**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**E. 23**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3619/2019 - 27/27 - 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.