

GE_GERICHTE ATAS/285/2017 vom 12. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_285_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/285/2017 du 12 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/285/2017 del 12 aprile 2017

Erwägungen

E. 33

Par décision du 1er juin 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu les termes de sa décision 5 février 2016, relevant que les certificats produits par l'assuré ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expert.

E. 34

Par acte du 22 juin 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, dont il a implicitement requis l'annulation, et a conclu au versement de toutes les prestations prévues par la loi en relation avec l'accident assuré. En substance, il a contesté les conclusions de l'expert et souligné qu'il ne pouvait plus utiliser son bras droit en raison de violentes douleurs permanentes, précisant qu'il ne présentait aucune limitation avant l'accident.

E. 35

Dans sa réponse du 24 août 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que selon le rapport d'expertise, lequel répondait en tous points aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, le statu quo sine avait été atteint concernant la lésion accidentelle du poignet. S'agissant de la présence d'une impotence douloureuse étendue au membre supérieur droit, sans substrat anatomique objectivable, l'expert avait énoncé différents arguments démontrant que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 10 octobre 2011 n'était pas probable. En outre, l'expert avait nié, tout comme le Dr H_____ avant lui, l'existence d'une lésion assimilée en l'absence d'action vulnérante, de plaintes initiales à ce niveau et en présence de lésions exclusivement dégénératives. Le mécanisme accidentel, lequel avait consisté en un mouvement brusque de rotation, sans notion de mouvement extrême ni de déboitement des diverses articulations du membre supérieur droit, et sans notion d'abduction violente de l'épaule droite contre résistance, n'était pas de nature à entraîner le type de lésion évoquée. Le recourant avait ressenti sur le moment des douleurs au niveau du poignet droit, sans limitations fonctionnelles, suivies d'une tuméfaction et de sensations d'engourdissement des doigts et de la main droite. Les irradiations proximales vers le coude et l'épaule n'étaient apparues qu'ultérieurement. Enfin, les troubles psychiques n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec le sinistre assuré, étant rappelé que les médecins de la CRR et le Dr I_____ avaient relevé l'influence de facteurs non organiques, étrangers à l'accident et conduisant à un processus d'invalidation. Les rapports produits par le recourant ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expert.

E. 36

Sur demande du recourant, la chambre de céans a procédé à l'audition des parties le 12 octobre 2016, en présence d'une interprète. À cette occasion, le recourant a déclaré contester la valeur probante du rapport d'expertise du Dr I_____, soulignant ne jamais

avoir été malade avant le sinistre. À la suite de l'accident, lorsqu'il s'était rendu à la permanence, tout son bras était gonflé. Il avait très mal à l'épaule et n'arrivait plus à bouger les doigts. Les médecins s'étaient trompés et avaient cru qu'il s'agissait du poignet. On lui avait donné des médicaments pour le bras et il avait suivi de la physiothérapie. Le médecin de la permanence avait fait beaucoup plus attention au bras qu'à l'épaule parce que c'était le bras qui était visible. Concernant les circonstances du sinistre, il

A/2191/2016 - 11/23 - a expliqué que lorsque la visseuse s'était coincée dans le plafond, il était tombé de l'échelle, en même temps que cette dernière, d'environ 2 mètres de tout son corps sur le côté droit. Il était resté à Sion du 9 au 25 mai 2012, où des radios de l'épaule droite avaient été faites à maintes reprises. Il a contesté le contenu du rapport d'entretien du 8 mars 2012, relevant l'absence de traducteur, et indiqué ne pas avoir bien compris le sens des questions. Il a maintenu avoir eu mal au poignet et à l'épaule lors de l'accident de 2011, et insisté sur le fait qu'il disait la vérité. Depuis 2012, il n'avait aucun revenu. La représentante de l'intimée a précisé que cette dernière n'avait pas cherché à clarifier les circonstances de l'accident qui paraissaient claires. Elle a ajouté que les troubles de l'épaule n'avaient jamais été documentés avant le mois de février 2012 et que la physiothérapie avait toujours été prescrite pour le poignet. Jusqu'en février 2012, il n'y a aucun élément qui permettait de dire que le recourant avait subi une lésion traumatique à l'épaule gauche (sic). Tous les documents révélaient que pour l'atteinte à l'épaule, il s'agissait de lésions dégénératives. Les parties ont persisté dans leurs conclusions et 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'intimée pour les troubles présentés au membre supérieur droit au-delà du 28 mai 2012. 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

A/2191/2016 - 12/23 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement

dommageable de caractère 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). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou

A/2191/2016 - 13/23 - tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U

222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 7. a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à 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 : 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.

A/2191/2016 - 14/23 - 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). b. Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 398/06 du 21 novembre 2006 consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la

normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2). La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur, qui sans être de caractère extraordinaire doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors

A/2191/2016 - 15/23 - qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3). c. Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3). d. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 8. 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans

A/2191/2016 - 16/23 - leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. 9. 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 LPG), 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

A/2191/2016 - 17/23 - trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre

en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

A/2191/2016 - 18/23 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. 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). Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 267/01 du 4 juin 2002

consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). 11. En l'espèce, l'intimée considère, sur la base du rapport d'expertise du Dr I_____, qu'elle était fondée à mettre fin au versement des prestations d'assurance au 28 mai 2012. L'expert a en effet conclu, concernant les troubles du

A/2191/2016 - 19/23 - poignet droit, que le statu quo sine avait été atteint au plus tard trois mois après le sinistre. En outre, il a retenu que la limitation fonctionnelle douloureuse globale du membre supérieur droit et les atteintes présentées par le recourant au niveau de l'épaule droite n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident du 10 octobre 2011. Le recourant quant à lui conteste les conclusions de l'expert et s'appuie sur l'appréciation divergente des Drs G_____ et J_____, lesquels retiennent l'existence d'un rapport de causalité entre l'événement accidentel et les troubles présentés à l'épaule droite. 12. Il convient donc de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante du rapport d'expertise du 16 juin 2014. La chambre de céans observe que ce document est fondé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comporte tous les documents pertinents, dont les rapports relatifs aux examens d'imagerie médicale et le compte-rendu opératoire du Dr G_____. L'expert a tenu compte des plaintes du recourant et a procédé à un examen clinique approfondi, avant de livrer son appréciation détaillée. Ses conclusions sont fondées sur des explications circonstanciées et sérieusement motivées, de sorte qu'elles semblent des plus convaincantes. 13. a. En effet, en ce qui concerne le poignet droit, l'expert a retenu le diagnostic de status après une entorse bénigne le 10 octobre 2011, guérie sans séquelle objectivable à la mi-janvier 2012 avec une fin de traitement et une reprise du travail au 23 janvier 2012. La chambre de céans constate d'emblée que les Drs G_____ et J_____ ne contestent pas une guérison sans séquelle de l'entorse, puisque ces médecins n'ont fait état, dans leurs rapports respectifs, que de pathologies au niveau de l'épaule droite (cf. rapports du Dr G_____ des 30 octobre et 19 décembre 2012, du 5 février 2013 et du 26 février 2016 ; rapport du Dr J_____ du 9 mai 2016). En outre, le diagnostic retenu par l'expert est corroboré par toutes les pièces du dossier. En effet, après avoir dispensé les premiers soins, le Dr C_____ a diagnostiqué une simple entorse, ce qu'il a maintes fois confirmé par la suite en mentionnant un status après une entorse du poignet droit (cf. prescription de physiothérapie du 17 décembre 2011 et rapport du 22 décembre 2011). Si les examens réalisés les 16 octobre et 24 novembre 2011 ont mis en évidence des lésions ligamentaires, une fissure du fibrocartilage triangulaire du carpe, une rupture de la bandelette dorsale de l'articulation RCD et un discret épanchement, l'arthro-IRM du 17 février 2012 a permis de

constater l'intégrité des ligaments intrinsèques du poignet, l'aspect normal des fibrocartilages et l'inexistence de toute anomalie osseuse. Compte tenu de la bonne évolution, le Dr C_____ a estimé qu'une reprise totale du travail était possible dès le 23 janvier 2012. Or, le 7 février 2012, le recourant a annoncé une rechute et précisé être en arrêt de travail

A/2191/2016 - 20/23 - depuis le 24 janvier 2012. Il sied toutefois de relever que le Dr C_____, consulté le 7 février 2012, n'a pas attesté d'une quelconque incapacité de travail. La reprise de l'activité professionnelle n'a en réalité pas pu avoir lieu en raison du licenciement immédiat du recourant le 23 janvier 2012. Dans son rapport du 28 février 2012, le Dr D_____ a constaté que la mobilité du poignet était complète et estimé que le traitement était terminé. Enfin, en mai 2012, les médecins de la CRR ont diagnostiqué une entorse bénigne du poignet et ont exposé que les radiographies du 16 mai 2012 ne montraient aucune lésion. b. Partant, il peut être tenu pour établi que l'entorse a été guérie sans séquelle à la mi-janvier 2012, de sorte qu'elle n'était pas susceptible d'engendrer une quelconque incapacité de travail au-delà de la date supposée de la reprise d'activité. 14. a. S'agissant des atteintes présentées par le recourant au niveau du membre supérieur droit, le Dr I_____ a diagnostiqué une limitation fonctionnelle douloureuse globale, sans substrat anatomique objectivable, apparue dans les suites du licenciement du 23 janvier 2012, et un status après un débridement arthroscopique partielle de diverses structures (sous-scapulaire, sus-épineux, biceps, labrum, capsule, bourse sous-acromiale, acromion, acromio-claviculaire) de l'épaule droite le 19 décembre 2012, sans amélioration. L'expert a nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, notamment en l'absence d'action vulnérante et de plaintes initiales au niveau de l'épaule et en présence de troubles manifestement dégénératifs. À cet égard, il a expliqué que la scintigraphie osseuse révélait une arthrose acromio-claviculaire des deux côtés prédominant à droite, laquelle constituait des troubles dégénératifs manifestement préexistants, et que l'IRM du 23 mai 2012 ne montrait qu'une tendinopathie banale et non perforante du sus-épineux droit. Il a expliqué que le lien de causalité naturelle entre les atteintes diagnostiquées et l'accident du 10 octobre 2011 était très peu probable pour plusieurs raisons, dont l'âge du recourant, l'absence de notion de violente abduction contre résistance ou de mouvement extrême de l'épaule droite lors de l'accident, l'absence de toute notion de limitation fonctionnelle et de plaintes proximales du membre supérieur droit avant le mois de février 2012. Le Dr I_____ a rappelé à ce propos que les plaintes du recourant et les constatations médicales s'étaient initialement limitées au poignet droit jusqu'à la mi-janvier 2012, lorsque le traitement fut considéré comme terminé et le recourant apte à travailler à temps complet à partir du 23 janvier 2012. Ce n'était qu'au début du mois de février 2012 qu'un médecin avait signalé une impotence douloureuse étendue du membre supérieur droit, sans substrat anatomique objectivable, ne nécessitant aucun traitement ni arrêt de travail. Il a également exposé que les lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs opérées le 19 décembre 2012 concernaient plusieurs tendons dont certains étaient antagonistes et par conséquent peu susceptibles d'être lésés simultanément dans une action vulnérante simple. L'association des tendinopathies du sus-épineux, du sous- scapulaire et du long chef du biceps était en revanche fréquemment retrouvée dans

A/2191/2016 - 21/23 - les lésions dégénératives. Par ailleurs, les lésions SLAP 1 étaient classiquement dégénératives, de même que les lésions qui nécessitaient des débridements sous- acromiaux ou de l'acromio-claviculaire. La suite du cas, notamment le

développement d'une impotence invalidante sans substrat anatomique objectivable de tout le membre supérieur droit résistant à tous les traitements conservateurs et chirurgicaux entrepris n'était plus en lien de causalité naturelle avec cet accident. Selon l'expert, l'état de santé du recourant depuis le mois de février 2012 était exclusivement lié à des facteurs étrangers à l'accident, en grande majorité de nature non somatique. b. Il convient d'examiner si les déclarations du recourant à la chambre de céans lors de son audition du 12 octobre 2016, à savoir qu'il était tombé sur le côté droit, d'une hauteur de deux mètres, de tout son corps, sont de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert, lequel a exclu toute action vulnérante sur le membre supérieur droit. La chambre de céans constate que différentes versions s'affrontent concernant les circonstances de l'accident : la déclaration de sinistre mentionne une torsion du poignet, sans référence à la moindre chute ; le rapport d'entretien du 8 mars 2012 indique que le recourant est tombé d'une échelle, d'une hauteur d'un mètre, avec réception sur les pieds joints ; le rapport d'expertise fait état d'une chute d'une échelle sur le côté gauche, amortie par du matériel isolant ; enfin, dans ses dernières explications, le recourant a mentionné une chute sur le côté droit d'une hauteur de deux mètres. Il a précisé que les indications consignées dans le compte-rendu de l'intimée étaient erronées car il avait mal compris les questions, faute d'interprète. Il sied cependant de relever que le rapport de l'intimée indique que le recourant comprend le français, même s'il éprouve des difficultés pour s'exprimer. Ce document contient une description détaillée du déroulement de l'événement accidentel qui vient compléter le contenu sommaire de la déclaration de sinistre. Il fait état d'une chute d'un mètre de haut, avec une réception à pieds joints. On perçoit mal ce que le recourant aurait pu mal comprendre alors qu'il était invité à détailler le déroulement de l'incident. De même, il semble peu vraisemblable que son interlocuteur ait pu assimiler une chute sur le côté avec une réception sur les pieds. Enfin, il est rappelé que le recourant a présenté au Dr I_____ une version encore différente, comportant une chute sur le flanc gauche, amortie. Il paraît également très peu probable que l'expert ait pu confondre les côtés gauche et droit, alors qu'il avait précisément pour mission de déterminer les conséquences de la chute sur les atteintes dont souffre le recourant au membre supérieur droit. Conformément à la jurisprudence, les déclarations contenues dans le compte-rendu du 8 mars 2012 bénéficient d'une présomption de vraisemblance. Partant, il convient de retenir que le recourant a subi une torsion du poignet, puis un brusque mouvement de rotation du bras droit, avant de chuter d'une échelle, d'une hauteur d'un mètre. Qu'il se soit réceptionné sur les pieds ou qu'il soit tombé sur le côté

A/2191/2016 - 22/23 - gauche est sans importance, dès lors que dans les deux cas, aucune action vulnérante n'est intervenue sur son bras droit. L'avis de l'expert selon lequel le recourant n'a pas été victime d'un mouvement extrême, de déboîtement d'une articulation ou encore d'une abduction violente contre la résistance, ne prête ainsi pas le flanc à la critique. c. Concernant les explications du recourant, selon lesquelles les premiers médecins consultés s'étaient trompés en focalisant leur examen sur le poignet au détriment de l'épaule, elles sont peu crédibles. En effet, le recourant a fait l'objet d'investigations poussées, comprenant des radiographies, une IRM, une arthro-IRM du poignet droit et il a suivi des séances de physiothérapie pour soigner cette articulation. Nul doute que s'il avait présenté des douleurs ou une limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule droite, il en aurait fait part à l'un des nombreux médecins consultés, en particulier au Dr C_____ qui l'a suivi jusqu'à la fin de son incapacité de travail. d. Reste à examiner si l'opinion des Drs G_____ et J_____ comportent des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise. Le Dr G_____ a considéré que les lésions partielles

des tendons sous-scapulaires et sus-épineux, l'instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps, la lésion de SLAP de degré 1, la capsulite rétractile avec une limitation de la mobilité et la bursite sous-acromiale étaient en lien de causalité avec l'accident (cf. rapport opératoire du 19 décembre 2012 et rapport du 5 février 2013). Ses conclusions sont toutefois dépourvues de toute motivation. Par la suite, ce médecin s'est limité à affirmer que le recourant n'avait jamais présenté de douleurs à l'épaule droite avant le sinistre assuré (cf. rapport du 26 février 2016). Son appréciation est uniquement basée sur le fait que le recourant était asymptomatique avant la chute du 10 octobre 2011, ce qui est, de jurisprudence constante, insuffisant pour retenir l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré. Quant au Dr J_____, il n'a que rappelé les diagnostics posés par le Dr G_____ et fait état d'une mobilité limitée de l'épaule droite (cf. rapport du 9 mai 2016). 15. Compte tenu de tout ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr I_____ et considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes présentées par le recourant à l'épaule droite et les limitations globales de tout le membre supérieur droit ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 10 octobre 2011. 16. Enfin, en ce qui concerne une éventuelle atteinte à la santé psychique, force est de constater que le lien de causalité adéquate fait incontestablement défaut, l'accident subi étant de peu de gravité. 17. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

A/2191/2016 - 23/23 - Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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.