

GE_GERICHTE ATAS/392/2018 vom 8. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_392_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/392/2018 du 8 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/392/2018 del 8 maggio 2018

Erwägungen

E. 31

Par duplique du 19 septembre 2017, l'intimée a réitéré en substance ses thèses sur l'inutilité d'accorder un délai supplémentaire à Assista pour motiver son opposition du 12 septembre 2016 ainsi que ses critiques à l'encontre du rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____.

A/850/2017 - 13/26 -

E. 32

Par envoi spontané du 22 mars 2018, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans la copie d'un courrier qu'elle avait adressé le jour même à l'intimée. Elle avait appris par la presse que la chambre de céans avait invité les assurés dont le droit à des prestations avait été contesté sur la base d'une expertise rendue par la Clinique Corela à adresser une demande de révision à l'autorité ayant statué en dernier lieu sur leur cas. Étant donné que la décision sur opposition du 6 février 2017 reposait précisément sur une expertise réalisée par la Clinique Corela, l'intimée était invitée à faire savoir si elle était disposée à entrer en matière sur une demande de révision et à rouvrir une procédure probatoire. Dans l'affirmative, le recours du 9 mars 2017 pourrait être retiré.

E. 33

Par pli du 9 avril 2018, l'intimée a transmis à la chambre de chambre de céans une copie du courrier qu'elle avait envoyé le même jour à la recourante et dans lequel elle déclarait suspendre, en l'état, la demande de révision jusqu'à droit jugé par la chambre de céans. Si cette dernière confirmait l'irrecevabilité de l'opposition formée, l'intimée reprendrait l'examen de la requête. En revanche, si la chambre de céans considérait que l'opposition était recevable et entraînait en matière sur le fond, elle pourrait, le cas échéant, forte de son pouvoir d'appréciation, procéder à une instruction complémentaire du dossier, notamment en interrogeant « les experts » (sic) de la Clinique Corela. En pareille hypothèse, le fait nouveau invoqué par la recourante serait pris en compte par l'autorité judiciaire. Partant, il se justifiait, par économie de procédure, de suspendre la demande de révision du 22 mars 2018. Pour le surplus, l'intimée a fait valoir que si la mesure disciplinaire rendue à l'encontre de la Clinique Corela pouvait formellement constituer un fait nouveau justifiant la recevabilité d'une requête de révision, elle n'impliquait évidemment pas d'office que matériellement, le rapport d'expertise rendu fût frappé d'un vice irréparable affectant la valeur de l'expertise rendue. Il s'agissait, dans le cas concret, d'une expertise orthopédique et non d'une expertise psychiatrique. Par opposition, l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, auquel il était fait allusion, concernait un état de fait dans lequel les rapports d'expertise psychiatrique du Dr J_____, expert auprès de la Clinique Corela, avaient fait l'objet, sous la responsabilité du Dr K_____, de modifications importantes

sans l'accord du Dr J_____ et sans que le Dr K_____ ne voie les expertisés. En l'espèce, il n'existait aucun indice remettant en question la fiabilité ou la crédibilité de la Dresse I_____. Au demeurant, celle-ci pouvait être questionnée pour lever tout doute quant à la fiabilité de son rapport d'expertise du 4 avril 2016.

E. 34

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 par l'art. 56 de

A/850/2017 - 14/26 - 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident déclarant l'opposition irrecevable. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités n'y dérogent pas (art. 89B LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Déposé le 9 mars 2017 contre une décision sur opposition du 6 février 2017 reçue le lendemain, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'opposition déposée par le mandataire de la recourante le 12 septembre 2016 doit être déclarée recevable et, dans l'affirmative, si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations pour le traitement médical et l'incapacité de travail au 11 novembre 2015. 3. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2017. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA, 1998, KV 37, p. 316, consid. 3b). Dans la mesure où les trois événements examinés sont survenus avant cette date, le droit de la recourante 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 dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (aLAA et aOLAA). 4. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur.

A/850/2017 - 15/26 - L'art. 10 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans

un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal (al. 4). Si elle ne satisfait pas aux exigences de l'al. 1 ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (al. 5). L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant de manière implicite ou explicite (ATF 119 V 347 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4). 5. a. En vertu de l'art. 40 al. 1 LPGA, un délai légal ne peut être prolongé. En effet, la sécurité du droit exige que certains actes (essentiellement les recours) ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps, un terme étant ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181). Le régime de la non-prolongation des délais légaux correspond cependant à un principe général valant sans préjudice des délais supplémentaires – qui s'appliquent précisément aux délais légaux. En droit des assurances sociales, de tels délais supplémentaires sont prévus en matière d'opposition (art. 10 al. 5 OPGA) mais aussi de recours au tribunal cantonal des assurances (art. 61 let. b LPGA ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, p. 547, n. 4-5 ad art. 40 LPGA). b. À l'instar de ce que prévoit l'art. 61 let. b, phr. 2 LPGA pour la procédure judiciaire de première instance, un délai supplémentaire pour remédier à une opposition non conforme doit être accordé non seulement lorsque les conclusions et/ou la motivation ne sont pas claires, mais aussi lorsque l'opposition ne répond pas aux exigences légales – ce qui inclut les cas où les conclusions et/ou la motivation font simplement défaut (arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2012 du 29 novembre 2012 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit là d'une règle qui découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 du 8 septembre 2010 consid. 6.2 et la référence ; cf. Ueli KIESER, op. cit. n. 84 ad art. 61 LPGA). C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. Il s'agit là d'une prescription formelle, qui oblige le juge de première instance – excepté

A/850/2017 - 16/26 - dans les cas d'abus de droit manifeste – de fixer un délai pour corriger les imperfections du mémoire de recours (143 V 249 consid. 6.2 et les références citées). Selon la jurisprudence, un abus de droit manifeste, justifiant qu'il soit renoncé à l'octroi d'un délai supplémentaire, est donné lorsqu'un avocat ou toute autre personne douée de connaissances juridiques adresse sciemment à l'autorité une écriture viciée en vue d'obtenir un délai supplémentaire pour motiver ses conclusions (ATF 134 V 162 consid. 4.1). On ne saurait toutefois voir d'abus de droit manifeste dans le simple fait de se procurer les pièces du dossier et de déposer dans le même temps un recours motivé sommairement ou qui ne l'est pas du tout (ATF 134 V 162 consid. 5.1). Demeure réservé le cas où la demande d'un délai supplémentaire est formée le premier jour du délai d'opposition et qu'il reste ainsi suffisamment de temps pour former une opposition motivée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016). Le Tribunal fédéral estime certes que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsqu'un assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences

formelles d'un acte de recours (ATF 134 V 162 consid. 5.1) ; il n'en considère pas moins (indépendamment du point de savoir s'il y a lieu de faire une application restrictive ou non des conditions d'octroi d'un délai supplémentaire de l'art. 61 let. b LPGA) que lorsqu'un acte ne satisfait pas, de manière reconnaissable par le tribunal, aux réquisits de l'art. 61 let. b phr. 1 LPGA et que le délai de recours n'est pas encore échu à la date de réception de l'envoi, l'autorité judiciaire doit, en vertu du principe d'interdiction du formalisme excessif, avertir le recourant de cette irrégularité et, si elle ne l'a pas fait avant l'échéance du délai de recours, tolérer que l'acte concerné soit régularisé éventuellement hors délai (arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 du 8 septembre 2010 consid. 6.2). Ces principes peuvent être repris mutatis mutandis dans la procédure d'opposition (en appliquant par analogie l'art. 61 let. b LPGA), étant donné que cette dernière ne saurait être régie par des exigences formelles plus strictes que celles qui s'appliquent à la procédure judiciaire subséquente (ATF 123 V 128 consid. 3b ; Ueli KIESER, op. cit., p. 687 n. 27 ad art. 52 LPGA et les références). On précisera enfin qu'un délai supplémentaire est susceptible d'être prolongé (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 898/06 du 23 juillet 2007 consid. 3.4). 6. En l'espèce, l'opposition formée le 12 septembre 2016 comporte des conclusions tendant non seulement à l'annulation de la décision du 26 juillet 2016 mais aussi à l'octroi de prestations au-delà du 11 novembre 2015. Il ressort également de cet acte que la recourante a entendu compléter et motiver son opposition « en fonction des renseignements médicaux attendus », à savoir le rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____. Puisque la décision du 26 juillet 2016 se fondait sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 de la Dresse I_____ et qu'aucun rapport médical ne prenait position à ce sujet à deux jours de l'échéance du délai d'opposition (14 septembre 2016, vu la suspension des délais du 15 juillet au 15 août), on ne saurait voir un abus de droit manifeste de la part d'Assista dans le fait d'avoir formé une opposition non motivée le 12 septembre 2016 et demandé qu'on lui accorde un

A/850/2017 - 17/26 - délai jusqu'au 14 novembre 2016 pour motiver son opposition. À la lumière de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_828/2009 précité, la question d'un éventuel abus de droit manifeste pourrait au demeurant rester indécise dès lors que l'intimée a reçu l'opposition le 13 septembre 2016, soit avant l'échéance du délai d'opposition, et que l'absence de motivation de cet acte était reconnaissable. Par conséquent, l'intimée aurait dû avertir Assista de cette irrégularité avant l'échéance du délai d'opposition et lui faire part simultanément des conséquences qu'elle entendait en tirer, par exemple en lui octroyant un délai supplémentaire (le cas échéant bref pour prévenir d'éventuels abus ; ATF 134 V 162 consid. 5.1 et 112 Ib 634 consid. 2c) et/ou en lui impartissant un délai pour motiver les raisons de l'absence de motivation de son opposition dans le délai légal (arrêt du Tribunal 8C_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 pour un cas présentant quelques similitudes). Étant donné qu'elle s'en est abstenue et qu'elle n'a pas non plus interpellé le nouveau mandataire de la recourante (en charge du dossier depuis novembre 2016) à la suite de la demande de délai complémentaire d'un mois formée le 14 novembre 2016 par celui-ci, l'intimée doit se laisser opposer le fait que l'opposition du 12 septembre 2016 n'a été régularisée que le 12 décembre 2016 par ce mandataire. Il s'ensuit que l'opposition du 12 décembre 2016 est réputée avoir été formée dans les délais. Partant, la décision litigieuse doit être annulée en tant qu'elle déclare cette opposition irrecevable. 7. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. 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. L'art. 6 al. 2 aLAA 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 (aOLAA ; 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 aOLAA qui contient une liste

A/850/2017 - 18/26 - 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 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA 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 aOLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). 8. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit

être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur

A/850/2017 - 19/26 - 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. 9. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA, 1994, n° U 206, p. 328 consid. 3b ; RAMA, 1992, n° U 142, p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD, MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3ème éd., 2016, p. 1016 n. 385). Lorsque le statu quo sine vel ante est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références). b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA, 1988, n° U 47, p. 228 consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54

A/850/2017 - 20/26 - consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD, MOSER-SZELESS, op. cit., p. 1015, n. 381). c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents

n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (ATF 116 V 152 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 135/96 du 20 août 1997 consid. 2b). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN, Hans Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581, n. 16.50). 10. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 11. a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la

A/850/2017 - 21/26 - santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA, 2000, n° U 363, p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles

d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2). b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. À défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2). 12. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

A/850/2017 - 22/26 - 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 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). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). b/bb. 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). b/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. À cet égard, il 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

A/850/2017 - 23/26 - 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA, 1985, p. 240, consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise du 4 avril 2016 pour mettre un terme à ses prestations au 11 novembre 2015. Ce rapport émane d'une spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soit une discipline dont il n'est pas contestable ni contesté qu'elle doit permettre d'appréhender la situation médicale de la recourante. Ce dernière n'a fait valoir aucun motif de récuser l'experte et n'a pas proposé de questions à lui poser en complément à celles de l'intimée. b. D'un point de vue formel, ledit rapport paraît a priori complet (à tout le moins jusqu'à la date de l'expertise). Il relate les données fournies par la recourante, énonce les données objectives, pose les diagnostics, fait une appréciation de son cas et répond aux questions du mandat d'expertise. En revanche, certains événements relayés par la voie de la presse, mettant en cause la Clinique Corela (cf. le courrier du 22 mars 2018 de la recourante) et ayant connu des suites judiciaires (cf. arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017), nécessitent l'obtention d'éclaircissements quant à de possibles influences tierces sur la teneur du rapport d'expertise du 4 avril 2016 (cf.

ci-dessous : consid 14d). c. Sur le fond, les développements de l'experte au sujet de l'accident du 3 mai 2015 (chute dans les escaliers) révèlent des zones d'ombre problématiques sur le déroulement de cet événement. Dans un certificat du 7 août 2015, le médecin

A/850/2017 - 24/26 - traitant de la recourante, la Dresse F_____, fait état d'une réception sur le pied droit alors qu'il est question d'une « réception sur le côté droit » dans son rapport du 21 octobre 2016. En revanche, si l'on se réfère aux déclarations de l'assurée consignées par l'inspecteur des sinistres au procès-verbal du 7 octobre 2015, il est question d'une chute sur les fesses pour ce même événement (cf. annexe à la pièce 11 intimée). Bien que l'experte semble s'en tenir, pour sa part, à une chute sur le pied droit, lui permettant de classer l'accident du 3 mai 2015 parmi les « antécédents sans rapport direct avec la suite » (cf. p. 15 du rapport d'expertise), elle n'en considère pas moins que la responsabilité de la chute dans les escaliers du 3 mai 2015 peut être envisagée (« sans certitude ») pour l'inflammation du tendon du long chef du biceps, tout en précisant que cette inflammation était apparue sur un tendon non pathologique, ce qui plaide pour une origine accidentelle de l'atteinte (cf. p. 26 du rapport d'expertise). Force est par ailleurs de constater que même si de l'avis de l'experte, le traumatisme du 17 juillet 2015 n'aurait que temporairement aggravé l'inflammation du tendon du long chef du biceps (vu l'absence de toute lésion de ce tendon à l'arthro-IRM du 12 novembre 2015), cette affirmation paraît a priori remise en question par le compte-rendu opératoire du 28 octobre 2016 puisque ce document diagnostique un tendon du long chef du biceps qui se montre délaminé à son insertion au niveau du tubercule supraglénoidal avec une déchirure du labrum correspondant à une lésion SLAP de type 4, sans que l'on sache à quelle(s) cause(s) cette évolution se rattache. Le fait que l'intimée n'ait pas soumis ce compte-rendu opératoire à l'experte justifierait à lui seul le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, premièrement, sur le lien de causalité entre les atteintes diagnostiquées aux HUG le 28 octobre 2016 et les trois événements survenus en 2015 et, deuxièmement, sur le point de savoir s'il est toujours possible d'affirmer que l'aggravation passagère de l'inflammation du tendon du long chef du biceps, induite par l'événement du 17 juillet 2015, aurait cessé de déployer ses effets au plus tard le 12 novembre 2015. Troisièmement, au regard de la possible causalité reconnue par l'experte entre l'inflammation traumatique du tendon du long chef du biceps et l'événement du 3 mai 2015 (chute dans les escaliers), le flou entourant le déroulement de cette chute et son issue (réception sur le pied, les fesses ou le côté ?) devra également être levé. Quatrièmement, l'argumentation de l'experte à l'appui du caractère dégénératif – car bilatéral – des lésions observées à l'épaule droite comme à l'épaule gauche apparaît désormais insuffisante au vu de l'intervention chirurgicale du 28 octobre 2016. Cette dernière ne concernait en effet que l'épaule droite. d. Dans ces circonstances, il s'impose que le rapport d'expertise du 4 avril 2016 soit complété notamment à la lumière du compte-rendu opératoire du 28 octobre 2016 et du rapport du 21 octobre 2016 de la Dresse F_____ - et des quatre points mis en exergue ci-dessus (consid. 14c). Étant donné que la Clinique Corela/Medlex SA a été frappée d'un retrait de l'autorisation d'exploitation durant trois mois (cf. ATA/967/2016 du 15 novembre 2016, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 en tant que l'arrêt cantonal attaqué concerne le A/850/2017 - 25/26 - « département expertises » de ladite clinique) et qu'il n'est a priori pas exclu, dans ce contexte, que le rapport d'expertise du 4 avril 2016 comporte des modifications faites sans l'accord ou à l'insu de la Dresse I_____, l'intimée aura le choix

de confier ce complément d'expertise – voire une nouvelle expertise – à un autre expert. Dans ce cas, l'intimée devra permettre à la recourante de participer au choix de l'expert à désigner (cf. ATAS/226/2013). Si en revanche, l'intimée estime préférable de faire confiance à la même experte personnellement, il lui incombera de soumettre le rapport du 4 avril 2016 à cette dernière et de lui demander de confirmer préalablement si elle reconnaît être l'auteur de l'ensemble de ce rapport et si ce document reflète fidèlement les arguments, appréciations et conclusions auxquels elle est elle-même parvenue à la suite de la consultation de l'appareil locomoteur du 26 février 2016 et de l'examen du dossier de la recourante. À défaut d'une telle confirmation écrite, la charge d'apporter les éclaircissements requis devra être confiée à un autre expert. 15. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. 16. a. Obtenant partiellement gain de cause, une indemnité doit être accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.-. b. 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.