

GE_GERICHTE ATAS/3/2020 vom 7. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_3_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/3/2020 du 7 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/3/2020 del 7 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1er janvier 2017.

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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations avec effet au 30 mai 2017, suite aux accidents dont le recourant a été victime en janvier et février 2017. Il se pose plus particulièrement la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant – et l'intervention chirurgicale à

A/1345/2018 - 12/20 - laquelle ils ont donné lieu le 31 mai 2017 – sont en lien de causalité avec les accidents qu'il a subis.

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. Conformément à l'art. 4 LPGA, 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. b. 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). c. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être 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. 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

A/1345/2018 - 13/20 - 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). 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). d. 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). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 7

L'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la

A/1345/2018 - 14/20 - division commune d'un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). D'après l'art. 16 al. 1 LPGA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 9

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

A/1345/2018 - 15/20 - 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit

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

A/1345/2018 - 16/20 -

E. 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).

E. 11

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 12

En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations le 30 mai 2017, en se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils, les Drs H_____ et O_____, selon lesquels les accidents des 7 janvier et 18 février 2017 n'avaient entraîné aucune atteinte structurelle et avaient cessé de déployer leurs effets au 13 mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle du recourant. Le recourant conteste cette appréciation. Il fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, il souffrait d'une bursite avec micro fracture de l'olécrâne et que ce trouble était une conséquence du traumatisme du coude subi par l'intéressé suite aux accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017. Dans l'ordonnance d'expertise du 21 juin 2019, la chambre de céans a relevé qu'il existait une importante divergence d'opinion entre les médecins traitants du recourant et les médecins-conseils de l'intimée s'agissant du lien de causalité entre les atteintes ayant justifié l'intervention du 31 mai 2017 et les événements des mois de janvier et février 2017. En effet, dans son appréciation chirurgicale du 7 mars 2018, la Dresse O_____ avait admis qu'une bursite pouvait être provoquée par un accident. Elle avait cependant retenu que les troubles du

coude gauche ayant motivé l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017 n'étaient en aucun cas séquellaires des événements des 7 janvier et 18 février 2017. Le Dr H_____ retenait quant à lui une réaction tissulaire (justifiant une bursectomie) à la présence d'ostéophyte. Or le médecin précise que les ostéophytes ou becs de perroquets

A/1345/2018 - 17/20 - étaient une excroissance osseuse anormale, fréquents dans l'évolution de l'arthrose, souvent présents après dégénérescence du cartilage articulaire. Ils n'étaient jamais accidentels et leur développement se faisait sur plusieurs années. De leur côté, les Dr D_____ et E_____ considéraient que la bursite était imputable aux événements de janvier et février 2017. Dans son rapport médical du 22 mai 2017, le Dr D_____ retenait le diagnostic de « bursite post-traumatique », concordant avec l'événement du 18 février 2017. Quant au Dr E_____, il avait relevé, dans son courriel du 9 mai 2017, que le traumatisme du coude gauche survenu au mois de janvier avait laissé des séquelles de type bursite à répétition avec un bec olécrânien. La chambre de céans a retenu qu'il ne s'agissait que de simples avis médicaux ne satisfaisant pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Ils suffisaient néanmoins à jeter un doute sur l'appréciation du Dr H_____, dont la motivation était succincte. Le médecin n'exposait en particulier pas les motifs pour lesquels il avait exclu que la bursite ait été provoquée par un choc, ou qu'elle ait résulté d'une réaction à une autre atteinte constatée lors de l'intervention (insertion distale du triceps très inflammatoire) ou à l'examen IRM (contusion osseuse). Son appréciation selon laquelle l'ostéophyte n'était jamais accidentel était du reste contredite par le Dr E_____ qui avait précisé en audience qu'il était difficile d'estimer si la cause de la morphologie de l'olécrâne du recourant était accidentelle ou morphologique. Dans son rapport du 4 novembre 2019, l'expert judiciaire s'est rallié aux avis des médecins traitants. Il a retenu que les atteintes ayant nécessité l'intervention du 31 mai 2017 étaient dues de façon certaine aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 qui avaient engendré une douleur et une impotence fonctionnelle au niveau du coude gauche. Les radiographies et IRM préopératoires ne montraient aucune anomalie de type dégénératif. Il n'y avait ni ostéophytes visibles, ni anomalie cartilagineuse visible. Les examens ne montraient que des anomalies traumatiques dont la contusion osseuse de l'épitrôchlée et la dystrophie cutanée et sous-cutanée de la peau en regard de l'olécrâne. Le processus observé au niveau du coude gauche du patient n'aurait pas pu survenir sans les événements des 7 janvier et 18 février 2017. L'évolution vers un rétablissement complet sans séquelles comme cela avait été constaté lors de l'examen clinique du 30 octobre 2019 démontrait sans aucun doute qu'il s'agissait d'un état pathologique passager lié à l'accident de janvier et de février 2017. Cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse détaillée, les plaintes du recourant, un examen clinique, l'analyse des documents radiographiques, des diagnostics clairs, une critique étayée des appréciations des Drs H_____ et O_____ et des conclusions cohérentes et motivées.

E. 13

Les critiques émises par l'intimée à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci.

A/1345/2018 - 18/20 - L'intimée maintient que le recourant n'a présenté, par suite des deux chocs subis à son coude gauche, ni bursite, ni ostéophytes, mais une contusion osseuse et des tissus mous de son coude gauche. Or une contusion osseuse ne motivait pas une intervention chirurgicale. L'argument se fonde sur l'appréciation de la Dresse O_____ du

17 décembre 2019 selon laquelle en présence d'une imagerie comme une IRM, qui principalement a trait à la description des tissus mous, la bursite devrait être confirmée, ce qui n'était pas le cas du recourant. En l'occurrence, le Dr E_____ a expliqué de manière convaincante à l'audience devant la chambre de céans que si le coude était au repos lors de l'examen, il était normal de ne pas observer de bursite car elle se dégonflait. L'IRM était toujours effectuée lorsque le coude était dans une position de détente, sans activité physique et sans mouvement volontaire. L'examen clinique permettait d'observer le coude en mouvement et l'ablation de la bourse était l'intervention préconisée lorsqu'il y avait des signes cliniques. L'expert judiciaire a du reste confirmé que le diagnostic de bursite post-traumatique pouvait reposer sur un examen clinique. Cela résulte également du rapport de la Dresse O_____ du 24 avril 2019, selon lequel s'il y a bursite, la présence d'un gonflement, qui peut aller jusqu'à la grosseur d'un œuf, est déjà cliniquement constatée. On s'étonne d'ailleurs qu'en dépit d'une demande formulée en ce sens par le Dr E_____, l'intimée n'ait pas fait examiner le recourant par son médecin d'arrondissement ou par un expert. Certes, selon la jurisprudence rappelée précédemment, l'absence d'un examen personnel du patient par le médecin de l'assurance n'est pas en soi propre à exclure d'emblée la valeur probante de son rapport. Il n'empêche qu'en l'occurrence, l'évolution de l'état de santé du patient telle que décrite à l'époque par le Dr D_____, son chirurgien traitant, confirmée en cela par le Dr E_____, aurait largement justifié un tel examen personnel, sinon des investigations complémentaires. Quoi qu'il en soit, compte tenu des déclarations des médecins, il n'y a pas lieu d'attacher une importance décisive à l'absence de bursite objectivée lors de l'examen radiologique et de l'IRM. Or il ressort des documents médicaux versés au dossier, appuyés en cela par les déclarations du Dr E_____, que ce dernier a observé une bursite lors de l'examen clinique du 9 mai 2017. Il convient donc de s'en tenir aux appréciations des Drs D_____ et E_____ confirmant la présence d'une bursite objectivée à l'examen clinique, étant précisé que, comme cela ressort du compte-rendu opératoire du 31 mai 2017, une bursectomie a en définitive été réalisée lors de l'intervention du 31 mai 2017. L'expert judiciaire a du reste confirmé que l'intervention était basée sur une évolution peu satisfaisante du patient avec des douleurs et une impotence se prolongeant et sur une conviction clinique du chirurgien de l'existence d'une bursite post-traumatique. Il suit de là que l'intervention était justifiée par la présence d'une bursite, de sorte que la question de savoir si la contusion osseuse détectée sur l'IRM du 11 mai 2017 justifiait à elle seule une intervention ne se pose plus.

A/1345/2018 - 19/20 - Reste à voir si ces atteintes (bursite et contusion osseuse) sont dues aux accidents de janvier et de février 2017. Sur ce point, la position de l'expert judiciaire, claire et convaincante, ne prête à aucune équivoque : « les atteintes ayant nécessité l'intervention du 31 mai 2017 sont dues de façon certaine aux événements du 7 janvier et/ou du 18 février 2017 qui ont engendré une douleur et une impotence fonctionnelle au niveau du coude gauche ». D'après l'expert, le processus observé au niveau du coude gauche du recourant n'aurait pas pu survenir sans les événements précités. Il a précisé qu'aucune pathologie ni traumatique, ni dégénérative, ni inflammatoire, ni tumorale préexistante au niveau du coude gauche ne faisait penser à un état antérieur. Les radiographie et IRM pratiqués ne décelaient, en particulier, pas d'ostéophytes visibles. Il a expliqué, au surplus, qu'une bursite était le plus souvent en lien avec un traumatisme ou un frottement inhabituel et continu, les ostéophytes (non présentes en l'occurrence) ne jouant aucun rôle dans le déclenchement d'une bursite olécrânienne. D'après l'expert, le lien de causalité avec les événements des 7 janvier et/ou du

E. 18

février 2017, au sens des considérants. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus la procédure est gratuite. * * * * *

A/1345/2018 - 20/20 - 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.