

## **GE\_GERICHTE ATAS/532/2020 vom 10. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_532\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_532_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/532/2020 du 10 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/532/2020 del 10 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 35**

Le recourant a répliqué par courrier du 1er octobre 2018. Il considérait qu'à la suite du recours, l'intimée modifiait son paradigme d'appréciation. Dans l'appréciation médicale du Dr I\_\_\_\_\_, sur lequel l'intimée s'était basé pour nier le droit aux prestations dans ses différentes décisions, ce médecin avait effectué une analyse du lien de causalité et avait estimé que l'accident de vélo du 28 mai 2017 n'était pas propre à expliquer les symptômes présents à l'épaule droite. Suite au recours, lors duquel le recourant avait mis en exergue qu'il fallait déterminer si les lésions étaient de façon certaine d'origine malade, l'intimée avait procédé à une nouvelle

---

A/1913/2018 - 10/23 - analyse du cas et estimait désormais que les lésions constatées étaient uniquement dégénératives. Le recourant contestait les conclusions de la nouvelle appréciation médicale. En effet, alors que la Dresse L\_\_\_\_\_ ne retenait aucune déchirure de la coiffe des rotateurs, cette position était contredite par l'analyse effectuée par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ le 20 juillet 2017, qui confirmaient la présence d'une déchirure de la coiffe. Dès lors, le cas relevait bien de l'art. 6 al. 2 LAA. Il soulignait aussi que ces derniers l'avaient vu, alors que la Dresse L\_\_\_\_\_ ne l'avait jamais vu, ni examiné. Si par impossible la chambre de céans estimait que la situation médicale n'était pas claire, il convenait, cas échéant, de réaliser une expertise judiciaire afin de départager les points de vue. En définitive, le recourant persistait dans ses conclusions.

#### **E. 36**

L'intimée a dupliqué par courrier du 25 octobre 2018. Il n'était pas déterminant que la Dresse L\_\_\_\_\_ n'avait pas examiné personnellement l'assuré. Cette seule circonstance ne rendait pas sans valeur probante son appréciation, qui reposait sur un dossier médical contenant des constatations objectives établies sur la base d'exams complets (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4). L'appréciation médicale du 23 juillet 2018 constituait un moyen de preuve admissible, car elle reposait sur une analyse des documents versés au dossier, elle émanait d'un médecin officiant pour le compte de l'intimée, et le recourant avait pu librement se déterminer sur la valeur probante du document (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_410/2013 du 15 janvier 2014). Pour le surplus, l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_ se prononçait explicitement sur le fait que les lésions de l'épaule droite étaient de manière prépondérante (et non de façon certaine, cf. art. 6 al. 2 LAA) imputables à l'usure ou à une maladie. Il appartenait au médecin de déterminer si une lésion ressortant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_ n'était pas en contradiction

avec le rapport d'IRM des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ dont se prévalait le recourant. Une expertise judiciaire ne s'avérait pas opportune.

### **E. 37**

Sur quoi, 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), 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.

---

A/1913/2018 - 11/23 - 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. 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. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition de l'intimée du 7 mai 2018, en tant qu'elle a mis fin aux prestations d'assurance pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017. En particulier, la question se pose de savoir si l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 9 février 2018 en lien avec la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et verser les prestations correspondantes. 6. 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 corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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).

---

A/1913/2018 - 12/23 - 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. 7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les elongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). 8. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA. 9. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a

---

A/1913/2018 - 13/23 - désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la

preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893). 10. Dans un arrêt 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). 11. 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). 12. Dans l'arrêt déjà cité du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a considéré que, si l'assureur-accidents parvient à se libérer de son obligation de servir des prestations à la suite d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, il n'aura pas besoin d'examiner si une prise en charge au sens de l'art. 6 al. 2 LAA serait subsidiairement possible, car le devoir de prendre en charge le sinistre aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli comporte des conditions de libération de l'obligation de servir les prestations qui sont plus contraignantes que dans le cas d'une lésion corporelle selon l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.5 et 9.2).

---

A/1913/2018 - 14/23 - 13. 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). 14. 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 la 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). 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). 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

---

A/1913/2018 - 15/23 - traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que

la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 15. 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). 16. 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

---

A/1913/2018 - 16/23 - 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 oeuvre 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 oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de 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). 17. En l'espèce, l'intimée a, par courrier du 27 juillet 2017, admis que l'événement du 28 mai 2017 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Son appréciation n'est pas critiquable, comme le recourant a chuté à vélo. Mais sa détermination a été basée sur la déclaration d'accident-bagatelle du 24 juillet 2017 qui mentionnait une contusion de l'épaule droite à titre d'atteinte à la santé. L'intimée n'avait pas encore été renseignée d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux, sinon de manière très lacunaire et imprécise de par la description de l'état de fait de l'accident figurant dans la déclaration d'accident-bagatelle, où il était exposé que les premiers examens médicaux indiquaient une déchirure complète de ligament. L'on ne saurait dès lors considérer que le courrier du 27 juillet 2017 vaudrait admission d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA s'agissant d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs. 18. La question pourrait donc se poser de savoir si, dans le cas particulier,

l'intimée devrait admettre un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA concernant une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs, mais cette question peut rester indécise en l'espèce, car le recours doit être admis même à l'aune des conditions de prise en charge selon l'art. 6 al. 2 LAA, qui sont moins contraignantes pour l'assureur- accident (cf. supra, sous consid. 12). 19. En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017, considérant que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Elle s'est référée à l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, Ce dernier avait considéré qu'un traumatisme avec choc direct de l'épaule droite n'était pas propre à causer une lésion de la coiffe des rotateurs ou à aggraver de manière déterminante une lésion préexistante de la coiffe des rotateurs, car une telle contusion guérissait sans séquelles au degré de la vraisemblance prépondérante. En cours de procédure judiciaire, l'intimée s'est en outre référée à l'appréciation médicale de la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin au sein de sa Division de

---

A/1913/2018 - 17/23 - médecine des assurances, qui a affirmé que l'assuré ne présentait pas de déchirure tendineuse. Ce constat était nouveau dans la mesure où, d'une part, l'intimée elle-même avait exposé dans la décision entreprise que l'assuré « a[vait] été victime d'une chute à vélo, se blessant à l'épaule droite. Il en [était] résult[é] une lésion de la coiffe des rotateurs. » D'autre part, le Dr I\_\_\_\_\_ n'avait pas nié la lésion, mais apprécié que l'accident n'était pas propre à la causer. L'on notera par ailleurs que le médecin de la Division de médecine des assurances n'a pas proposé de discussion des passages des documents médicaux figurant au dossier d'assurance dont le contenu ne correspondait pas en tout point à sa propre appréciation médicale. En particulier, bien qu'elle se soit référée au rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017 des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, elle n'a pas expliqué la différence entre la déchirure transfixiante de la coiffe concernant la totalité du supra-épineux que le bilan posé par ces derniers confirmait et l'absence de déchirure tendineuse qu'elle retenait. Au demeurant, si l'intimée a, à plusieurs occasions, critiqué les avis du Dr C\_\_\_\_\_, elle n'a pas formulé de doute sur le rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Pour toutes ces raisons, la chambre de céans retient qu'à la date des examens effectués par ces derniers, l'assuré souffrait d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux. 20. a. La déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG). Dès lors que le recourant, in casu, a souffert d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux, dont l'existence est attestée par les pièces médicales se trouvant au dossier, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit, en principe, être prise en charge par l'intimée (cf. Message du Conseil fédéral additionnel relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents; organisation et activités accessoires de la

CNA] du 19 septembre 2014 [ci-après : le Message], FF 2014 7715), sans examen plus approfondi des causes de la lésion (GEHRING, op cit., n. 8 ad Art. 6 UVG), soit de la présence ou non d'un facteur exogène (David IONTA, Révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents : résumé et commentaires des modifications les plus importantes, in: Jusletter 30 janvier 2017, n. 34 p. 7). L'art. 6 al. 2 LAA repose en effet sur la présomption que les lésions corporelles figurant sur la liste sont causées par un accident (GEHRING, op. cit., n. 8 ad Art. 6 UVG). L'examen du lien de causalité entre l'évènement assuré

---

A/1913/2018 - 18/23 - et la lésion n'a alors plus lieu d'être (Patricia USINGER-EGGER, RSAS 2016 p. 615). b. Jusqu'au 31 décembre 2016, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.1 et les références). Ainsi, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffisait que l'évènement accidentel provoque en partie l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4) malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prenait fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine était établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. On ne se fondait donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et les références) c. Depuis le 1er janvier 2017, l'assureur peut se libérer de son obligation d'allouer des prestations s'il prouve que la lésion corporelle énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. On observera à cet égard que le Message (dans sa version en français) parle de lésion "manifestement" due à l'usure ou à une maladie, ce qui ne correspond ni au texte adopté dans les trois langues officielles de la Confédération (cf. Christine GRAA/Jeanne-Marie MONNEY, Révision de la LAA: le point sur quelques nouveautés, in: Plaidoyer. - Lausanne. - Année 34(2016), n° 4, p. 32-33, notes de bas de page n. 17 et 18; FF 2014 7703 et 7715), ni à la version en allemand du Message (« Der Unfallversicherer kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist » - BBl 2014 7922 et 7935). Par « usure », le législateur a entendu exclure la prise en charge par l'assureur- accidents des lésions corporelles dues à des efforts répétitifs et identiques (vibrations, microtraumatismes, efforts physiques prolongés ; cf. GEHRING, op. cit., n. 9 ad Art. 6 UVG et n. 8 ad Art. 4 ATSG). Le terme « maladie » est défini par l'art. 3 LPGa (GEHRING, op. cit., n. 10 ad Art. 6 UVG) - soit des notions équivalentes à celles qui étaient mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, qui se référait aux lésions (manifestement) imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (cf. Evalotta SAMUELSSON, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung: das Beispiel des Meniskusrisses, in: RSAS 2018, p. 341, 355,

---

A/1913/2018 - 19/23 - 358, qui emploie les termes de « lésions dégénératives ou pathologiques » en évoquant l'art. 6 al. 2 LAA; et dans le même sens : Gabriela Riemer-Kafka, *Schweizerisches Sozialversicherungsrecht*, 2018, n. 2.40 p. 71). Mais ni la loi ni l'ordonnance ne précisent ce que recouvre la notion « de manière prépondérante » (GEHRING, op cit., n. 8 ad Art. 6 UVG). À cet égard, la doctrine considère qu'il y a lieu d'appliquer par analogie l'art. 9 al. 1 LAA en rapport avec les maladies professionnelles, disposition selon laquelle « [s]ont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent ». Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe 1 de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 3 et la référence). L'existence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 231/02 du 10 juin 2003 consid. 5.4 et U 281/02 du 2 février 2004 consid. 6). De manière analogue, la doctrine considère que l'obligation de prêter selon l'art. 6 al. 2 LAA cesse lorsque la lésion corporelle est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie (HÜSLER, op cit., p. 34 ; GEHRING, op cit., n. 11 ad Art. 6 UVG ; André Nabold, *UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, 2018, n. 44 ad Art. 6 UVG). Il incombe à l'assureur-accidents d'apporter cette preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante (HÜSLER, op cit., p. 34). Dans un arrêt du 27 mars 2019 (UV.2018.00215), le Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich, après avoir estimé que le rapport du médecin-traitant discréditait celui du médecin-conseil, a renvoyé la cause à l'assureur-accidents pour mise en oeuvre d'une expertise indépendante afin que l'expert détermine, entre autres, si les lésions au genou étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Si la juridiction cantonale n'a pas clarifié ces termes, dans son appréciation, le médecin-conseil avait considéré que la cause prépondérante due à l'usure ou à la maladie devait l'être à plus de 50 % (consid. 3.3). C'est également en ce sens que s'est prononcée la Commission ad hoc Sinistres LAA - qui élabore des

---

A/1913/2018 - 20/23 - directives sous forme de recommandations afin d'obtenir une application uniforme de la LAA - (cf. recommandation n° 2/86 du 24 mars 2017, p. 3 ; [https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hocf/1986/02\\_86f\\_2017.pdf](https://www.koordination.ch/fileadmin/files/ad-hocf/1986/02_86f_2017.pdf)). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien droit, rappelée ci-dessus (consid. 17b.), selon

laquelle la responsabilité de l'assureur-accidents est engagée lors même que la lésion corporelle a été provoquée, du moins partiellement, par un événement accidentel en dépit de son origine en grande partie dégénérative, ne saurait guère être maintenue au vu de la teneur de l'art. 6 al. 2 LAA qui prévoit une exclusion de prise en charge en cas de cause prédominante due à l'usure ou à la maladie (cf. NABOLD, op. cit., n. 46 ad Art. 6 UVG). Partant, dorénavant, si dans un cas donné, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA - dont il est présumé qu'elles ont été causées ou aggravées par un événement accidentel, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant à plus de 50 %, l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Au vu de ce qui précède, dans un arrêt de principe du 22 août 2019, la chambre de céans considère qu'il appartient désormais à l'assureur-social d'apporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion corporelle est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie (ATAS/747/2019, 22 août 2019, consid. 17d.). Dans l'arrêt déjà cité du 24 septembre 2019, destiné à publication, le Tribunal fédéral a posé la même exigence de preuve, selon laquelle l'assureur-accident doit démontrer que la lésion est due de manière prépondérante, soit à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.5). 21. En l'occurrence, s'il est vrai que la déclaration d'accident-bagatelle du 24 juillet 2017 mentionne une contusion de l'épaule droite à titre d'atteinte à la santé, il n'en demeure pas moins qu'il ressort des pièces médicales au dossier, notamment du rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017 des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, que le recourant a souffert d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux, ayant nécessité une opération chirurgicale. Quant aux causes à l'origine de l'atteinte, le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 met notamment en évidence un modèle dégénératif pré-arthrosique gléno-huméral et une arthrose acromio-claviculaire modérée. Il n'expose toutefois pas de lien causal entre ces constatations (ou toute autre usure ou maladie de l'épaule droite) et la constatation principale de son bilan, c'est-à-dire la déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux. Le contenu de ce rapport n'a pas fait l'objet de critiques au cours de la procédure.

---

A/1913/2018 - 21/23 - L'intimée a, plutôt, critiqué les avis du Dr C\_\_\_\_\_. Pourtant, le recourant a été adressé à ce dernier postérieurement au rapport de radiographie et d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juillet 2017, qui a joué un rôle déterminant dans l'orientation du cas médical. En effet, la radiographie et l'arthro-IRM ont été demandées par le Dr D\_\_\_\_\_ qui, lors de la première consultation du recourant, avait posé le diagnostic de probable déchirure du sus-épineux. Ce diagnostic a été confirmé par les examens médicaux du 20 juillet 2017, raison pour laquelle le recourant a été adressé au Dr C\_\_\_\_\_ pour une probable chirurgie. Ce dernier a principalement porté son attention sur la pertinence d'un geste chirurgical. Par exemple, dans son courrier du 8 août 2017 au Dr D\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ a focalisé son attention sur les besoins chirurgicaux du recourant, pour définir lesquels il sollicitait un bilan complémentaire à gauche comprenant une IRM. De même, dans son rapport du 23 janvier 2018, il a mis l'accent sur l'opération de l'épaule droite qu'il allait effectuer, se désintéressant explicitement de la cause accidentelle ou

maladive. Ce désintérêt s'explique par le fait que, dans sa perspective de chirurgien, l'opération chirurgicale allait s'effectuer indépendamment de la cause de l'atteinte. Néanmoins, lorsqu'il s'est prononcé sur celle-ci, le Dr C \_\_\_\_\_ a toujours considéré que l'origine de l'atteinte était accidentelle. Le Dr D \_\_\_\_\_ a toujours été de même avis. L'appréciation médicale du médecin d'arrondissement du 17 novembre 2017 énonce des modifications qu'il qualifie de dégénératives et non accidentelles, notamment le fait que la tête humérale était largement à découvert, que le tendon sus-épineux était largement rétracté, qu'étaient présentes des tendinopathies du tendon sous-scapulaire et du tendon du long biceps. Toutefois, à défaut d'explications spécifiques, l'appréciation médicale du 17 novembre 2017 n'établit pas que le tendon qui a dû être réparé chirurgicalement présentait lui-même un état dégénératif. L'appréciation médicale du médecin de la Division de médecine des assurances du 23 juillet 2018 se conclut par l'assertion selon laquelle le recourant ne présentait pas de déchirure tendineuse. Forcément, elle ne propose pas de discussion explicite des causes d'une déchirure dont l'existence est niée. Il a déjà été relevé que cette conclusion est posée sans que ne soit préalablement discuté, ni critiqué, le bilan posé dans le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 selon lequel le recourant souffrait d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs concernant la totalité du supra-épineux. Par ailleurs, l'appréciation médicale du 23 juillet 2018 ne propose pas de discussion du rapport de radiographies du 2 août 2017 par le Dr H \_\_\_\_\_, qui décrit que le bilan osseux de l'articulation acromio-claviculaire droite était normal, alors que, dans l'appréciation médicale du 23 juillet 2018, l'analyse débute par la description d'une ascension de la tête humérale. L'on notera que le rapport de radiographie et d'arthro-IRM du 20 juillet 2017 ne conclut pas non plus à une ascension de la tête humérale.

---

A/1913/2018 - 22/23 - Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs (droite) concernant la totalité du supra-épineux dont a souffert le recourant, est attribuable à raison de plus de 50 % à l'usure ou à la maladie. 22. Par conséquent, il ne se justifie pas de mettre fin aux prestations d'assurance pour l'épaule droite avec effet au 27 novembre 2017. En particulier, l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 9 février 2018 en lien avec la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et verser les prestations correspondantes. Le recours est bien fondé et sera ainsi admis. 23. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée 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]), à charge de l'intimée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

---

A/1913/2018 - 23/23 - 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.