

GE_GERICHTE ATAS/597/2015 vom 18. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_597_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/597/2015 du 18 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/597/2015 del 18 agosto 2015

Erwägungen

E. 22

Par courrier du 24 avril 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions, et rappelé que les prestations de soins n'étaient jamais réduites, même si l'atteinte à la santé n'était que partiellement imputable à un accident.

E. 23

Le 5 mai 2015, le recourant a produit une attestation datée du 21 avril 2015 du docteur J_____, médecin conseil de l'assureur-maladie français, selon lequel il s'agissait bien d'une rupture traumatique de la coiffe car un hématome du bras ou

A/414/2015 - 12/22 - de l'épaule dans les jours suivant une rupture ligamentaire de la coiffe ne se retrouvait jamais, car les lésions de la coiffe étaient compatibles avec le mécanisme accidentel décrit, car l'atrophie musculaire et la dégénérescence graisseuse s'installaient au long cours en moyenne au bout d'un an, et car l'arthroscanner ne mettait en évidence aucune lésion dégénérative laissant évoquer une rupture spontanée ou préexistante.

E. 24

Par duplique du 22 mai 2015, l'intimée a également persisté, soulignant que le Dr J_____ n'était pas compétent pour se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle en vertu du droit suisse. En outre, ce médecin ne s'était pas déterminé sur la base d'un dossier complet et son avis n'était donc pas de nature à ébranler l'expertise particulièrement détaillée et complète du Dr G_____. L'intimée a maintenu que l'intervention chirurgicale avait permis de traiter la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, lésion dégénérative et sans rapport de causalité naturelle avec l'accident. A titre subsidiaire, elle a rappelé que le statu quo sine était intervenu au plus tard le 4 août 2013, soit deux mois après le sinistre et qu'au-delà de cette date, seules les lésions dégénératives avaient joué un rôle dans les troubles présentés par le recourant. Compte tenu de l'existence de lésions dégénératives préexistantes à l'accident, l'appréciation d'un retour à un statu quo sine devait se faire selon les règles de la vraisemblance prépondérante. En l'occurrence, l'expert avait estimé qu'il était très hautement vraisemblable que le statu quo sine était atteint quatre à huit semaines après l'événement, ce qui avait été confirmé par le Dr H_____.

E. 25

En date du 26 mai 2015, le recourant a relevé que l'atrophie musculaire et la dégénérescence graisseuse s'installaient au long cours, en moyenne au bout d'un an. Le fait qu'elles n'existaient pas à cinq mois du traumatisme était un argument irréfutable en faveur d'une lésion traumatique. Il a maintenu que rien n'établissait l'existence d'atteintes dégénératives ou de maladies antérieures à l'accident, et qu'il y avait eu une continuité des symptômes depuis la chute jusqu'à l'opération. Faute de preuve irréfutable que son atteinte

à la santé était imputable exclusivement à des causes étrangères à l'accident, l'intimée ne pouvait refuser la couverture des soins de l'opération qui l'avait complètement guéri. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.

A/414/2015 - 13/22 - 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. Interjeté dans la forme prévue par la loi et en temps utile, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. Le litige porte sur le point de savoir si les lésions présentées par le recourant au niveau de son épaule droite doivent être prises en charge par l'intimée. 5. 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. 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 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 l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet

accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009).

A/414/2015 - 14/22 - 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). b. 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). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (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. 6. a. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, 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 : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b).

A/414/2015 - 15/22 - La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ;

ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a récemment confirmé un jugement admettant l'existence d'une lésion assimilée à un accident dans le cas où un expert, mandaté par l'assureur-accidents, avait exposé que « l'action vulnérante de l'événement lui paraissait certes susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs vu la manière dont l'assuré avait chuté et la surcharge pondérale de celui-ci (BMI à 40) ; d'autres éléments en défaveur de cette hypothèse l'amenaient toutefois à conclure qu'un lien de causalité entre la chute et l'atteinte à l'épaule droite était invraisemblable - il en voulait pour preuve la présence d'une tendinopathie chronique aux deux épaules, plus importante à droite qu'à gauche, ainsi que d'une arthrose acromio-claviculaire, l'existence d'éléments de non organicité, l'âge de l'assuré au moment de la lésion (62 ans) et, enfin, certaines caractéristiques visibles à l'IRM telles qu'une atrophie du corps charnu du sus-épineux, l'étendue de la rétraction tendineuse ainsi que l'aspect scléreux du trochiter ». Notre Haute cour en a conclu que ce médecin avait ainsi « expressément reconnu que la chute à hauteur d'homme de l'assuré, présentant de surcroît une importante surcharge pondérale, était susceptible de léser un tendon de la coiffe des rotateurs ». Elle a ajouté que selon les déclarations du médecin-traitant de l'assuré, dont rien ne permettait de douter de leur crédibilité, l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau des épaules avant l'accident assuré. En outre, il avait ressenti des douleurs et présentait une impotence fonctionnelle immédiatement après avoir chuté sur son épaule droite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2013 du 24 juin 2014). b. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement

A/414/2015 - 16/22 - établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, 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 accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du

E. 31

janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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 OLAA, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 7. 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). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/414/2015 - 17/22 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en

œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/414/2015 - 18/22 - 8. Enfin, 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). 9. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les rapports des Drs G_____ et H_____ pour mettre fin à ses prestations à compter du 4 août 2013. Concernant la lésion du LCB, qui avait été selon l'expert possiblement causée par la chute accidentelle de juin 2013, elle n'avait pas fait l'objet de l'opération du 17 décembre 2013 et le statu quo sine était en tous les cas atteint au plus tard à fin juillet-début août 2013. Cela étant, puisque l'expert ne retenait qu'un lien de causalité possible, ce lien n'était pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des lésions du sous-scapulaire et du sus-épineux, l'expert avait estimé que l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident était hautement, voire très hautement improbable. Ainsi, la lésion traumatique de cette coiffe restait une hypothèse possible, mais très hautement improbable, d'autant plus qu'aucune constatation ni aucun examen radiologique ne permettait de retenir une atteinte traumatique. Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise et se réfère à l'appréciation de son médecin-traitant, lequel conclut à une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. 10. Il résulte des pièces versées au dossier que le recourant est tombé sur le coude et l'avant-bras droits en date du 9 juin 2013 et que cette chute, dont le caractère de facteur extérieur, soudain et involontaire, n'est pas contesté par l'intimée, a déclenché une vive symptomatologie douloureuse notamment à l'épaule droite, étant rappelé que le recourant n'a jamais présenté de symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite avant le sinistre (rapports des Drs F_____ du 5 décembre 2013 et Dr G_____ du 17 avril 2014), ce que l'intimée ne conteste pas. Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la chute du 9 juin 2013 a, au moins, déclenché les symptômes douloureux dont s'est plaint le recourant. La forte douleur initiale a été remplacée par une douleur sourde, essentiellement à l'épaule (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ p. 3). En outre, il est établi, et non contesté par les parties, que le recourant a subi une déchirure quasi complète du tendon sous-scapulaire, lésion dont l'existence est attestée par l'arthro-

A/414/2015 - 19/22 - IRM du 2 décembre 2013 et qui a nécessité l'intervention pratiquée par le Dr F_____ le 17 décembre 2013. Cette atteinte correspond à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. C'est le lieu de rappeler qu'un simple état dégénératif ou morbide antérieur ne suffit encore pas à exclure l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, les lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont couvertes par l'assureur-accidents, même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Ce n'est que si l'origine exclusivement dégénérative de la lésion est manifeste qu'il incombe à l'assureur-maladie de la prendre en charge. 11. Il convient donc d'examiner si les rapports des Drs G_____ et H_____ permettent de conclure que la lésion du recourant est, manifestement, d'origine exclusivement dégénérative. a. Dans son rapport du 17 avril 2014, le Dr G_____ a signalé plusieurs états antérieurs (une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une tendinopathie du LCB, une arthropathie dégénérative gléno-humérale débutante, une possible/probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale) et diagnostiqué un status neuf mois après une probable entorse de l'épaule droite et une « possible lésion concomitante » du tendon du muscle sous-scapulaire. Il a considéré qu'il apparaissait « hautement probable » que le recourant avait une coiffe dégénérative au moment de l'événement, de sorte que la relation de causalité naturelle entre le sinistre et l'intervention chirurgicale paraissait « hautement, voire très hautement improbable » (rapport p. 11). De même, dans son complément d'expertise du 27 septembre 2014, il a noté que « l'action vulnérante aurait pu très bien léser un tendon de la coiffe de rotateurs », mais que cette hypothèse était « sérieusement mise en doute » par la clinique ayant suivi le traumatisme, et que les « éléments radiologiques parlaient assez clairement en faveur d'une pathologie dégénérative (haute ou très haute vraisemblance)» (rapport p. 7). Il a conclu à la « haute, voire la très haute, probabilité » que la coiffe des rotateurs avait également subi un surmenage chronique (rapport p. 8). Ainsi, bien que le Dr G_____ ait estimé que le recourant présentait plusieurs atteintes préexistantes de la coiffe des rotateurs et souligné l'importance de l'atteinte malade préexistante, force est de constater qu'il admet que l'action vulnérante aurait pu engendrer la lésion du recourant. Son appréciation ne permet donc pas de considérer que l'atteinte serait manifestement d'origine exclusivement dégénérative. b. Quant au rapport du 18 novembre 2014 du Dr H_____, ce médecin a mentionné « la preuve de l'existence d'altérations d'origine dégénérative » et estimé que « l'absence d'hématome et l'absence de symptomatologie initiale douloureuse avec

A/414/2015 - 20/22 - une limitation de mobilité importante parlent très clairement contre la thèse d'un traumatisme ayant provoqué simultanément une rupture partielle du tendon du sus-épéux, une rupture complète du tendon sous-scapulaire et une déchirure du long chef du biceps ». La chambre de céans relève toutefois que, s'il est exact que le recourant a déclaré le 6 janvier 2014 avoir consulté le 17 juin 2013 en raison d'une « gêne persistante », sans faire état de douleurs, et que le rapport du Dr E_____ du 23 septembre 2013 ne relate pas de souffrances, il n'en reste pas moins que de nombreux documents attestent que le recourant a ressenti une violente douleur lors de la chute, puis une douleur sourde, « modérée et supportable » (rapport du Dr G_____ du 17 avril 2013), oscillant entre 2 et 3 sur une échelle de 10 (rapport du Dr F_____ du 5 décembre 2012). Des douleurs à la palpation de l'épaule et une rotation interne douloureuse ont notamment été constatées lors de la première consultation (rapport du 5 juillet 2013) et le Dr F_____ a noté que les

amplitudes de l'épaule étaient pathologiques (rapport du 5 décembre 2013). En outre, le recourant a déclaré au Dr G_____ que la situation avait été « confortable », mais en raison d'une certaine « épargne » (rapport du 17 avril 2014). Dans ces conditions, on ne saurait retenir ni une absence de symptomatologie douloureuse initiale ni une absence de limitation de la mobilité, de sorte que les conclusions du médecin conseil apparaissent fondées sur des prémisses inexactes. Son avis ne saurait donc être suivi. Partant, l'intimée n'était pas fondée, sur la base de ces documents, à nier tout lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. D'ailleurs, elle a expressément conclu qu'une lésion traumatique était une hypothèse possible, ce qui était suffisant pour que la prise en charge du cas lui incombe, même si ladite hypothèse était qualifiée de très hautement improbable. 12. Reste donc à examiner si les status quo ante vel sine ont été atteints et ce, en tenant compte des diagnostics relatifs aux LCB, mais également des autres lésions touchant la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. S'agissant d'un retour à un statu quo ante ou de l'évolution vers un statu quo sine, il est rappelé qu'on ne saurait se fonder sur la vraisemblance prépondérante, dans le cas de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées). Les Drs G_____ et H_____ se sont uniquement fondés sur l'atteinte du LCB pour fixer le retour à un statu quo sine deux mois après l'événement. Leurs appréciations ne sont donc pas déterminantes, dès lors qu'elles ne tiennent pas compte de l'évolution de l'atteinte de la coiffe des rotateurs dans son ensemble. Quant au Dr F_____, il a indiqué le 30 juillet 2014 que les traitements étaient terminés, sans exposer à partir de quelle date précise le statu quo ante vel sine aurait été atteint. La chambre de céans constate qu'on peut déduire des allégations et

A/414/2015 - 21/22 - conclusions du recourant, lequel a affirmé être complètement guéri grâce à l'intervention de son médecin traitant, qu'il considère que ce moment est survenu le 16 juin 2014, date de la dernière consultation de contrôle dont il réclame le remboursement. Compte tenu du fait que la guérison n'aurait pas pu être obtenue sans l'opération réalisée en décembre 2013 et que l'IRM et les consultations de contrôle apparaissent indispensables pour juger de l'évolution, il semblerait effectivement qu'un retour au statu quo soit intervenu le 16 juin 2014. Faute toutefois d'une appréciation médicale motivée en ce sens, la chambre de céans n'est pas en mesure de retenir qu'un tel fait est avéré. Il incombera donc à l'intimée de déterminer la date du retour au statu quo ante/sine, en sollicitant de nouvelles mesures d'instruction si elle entend refuser le remboursement des factures demandé par le recourant. 13. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée, le lien de causalité entre l'accident du 9 juin 2013 et les lésions à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant étant établi. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision concernant le versement des prestations légales dues. 14. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral, alors que la fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit au droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2011 du 13 juin 2012 consid. 5). En l'espèce, le recourant obtenant très largement gain de cause, les dépens seront fixés à CHF 2'000.- (cf. art. 6 RFPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la
forme :

A/414/2015 - 22/22 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.