

GE_GERICHTE ATAS/734/2019 vom 19. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_734_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/734/2019 du 19 août 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/734/2019 del 19 agosto 2019

Erwägungen

E. 31

janvier 2008 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur- accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y

A/1157/2018 - 22/31 - a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 consid. 3.2 et 8C_357/2007 consid. 3.2). c/bb. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 20 août 1997 consid. 2b; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la

survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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). 9. a. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103

A/1157/2018 - 23/31 - consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. b. Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (arrêts du Tribunal fédéral 8C_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1 et 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Meyer (éd.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 973, n. 214). 10. Selon l'art. 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) 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 (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGa ; al. 3). L'annexe 1 de l'OLAA énumère les substances nocives et les maladies dues à certains travaux. 11. 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).

A/1157/2018 - 24/31 - 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 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 œuvre 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 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

A/1157/2018 - 25/31 - b/bb. 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). b/cc. 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). 12. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

A/1157/2018 - 26/31 - 13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 14. En l'espèce, la chambre de céans, dans son ordonnance d'expertise, a considéré ce qui suit : Il est constant qu'en raison d'une chute survenue le 5 janvier 2014 lors d'un match de football, le

recourant a subi une atteinte tant à l'épaule droite qu'au coude droit, dont la relation de causalité avec cet accident a été admise par l'intimée lors des rechutes du 2 février 2015 et du 10 juin 2016, justifiant ainsi la prise en charge du traitement médical de ces deux atteintes ainsi que l'incapacité de travail (variable) du recourant jusqu'au 25 octobre 2017, date à laquelle, de l'avis de l'intimée, les troubles résiduels ne découlaient plus des suites de l'accident du 5 janvier 2014 mais étaient de nature malade. Faisant sienne l'appréciation du 23 octobre 2017 du Dr F_____ pour l'épaule droite, l'intimée fait valoir en substance qu'une IRM effectuée le 24 avril 2014, mettait déjà en évidence un état maladif antérieur à l'accident, prenant la forme d'une arthrose acromio-claviculaire importante puis d'un conflit sous-acromial et enfin d'une tendinopathie avec signes de rupture nécessitant une révision de la coiffe des rotateurs et une excision de la clavicule distale. En conséquence, la pathologie dégénérative qui existait déjà au moment de l'accident du 5 juin 2014 était désormais la cause des douleurs et de l'intervention chirurgicale pratiquée le 19 décembre 2017. Quant aux troubles de l'épaule droite en relation de causalité avec l'accident, le statu quo sine avait été atteint au plus tard trois mois après l'accident, compte tenu du mécanisme de l'événement (chute sans énergie cinétique élevée). Cette appréciation ne convainc pas pour plusieurs raisons. Premièrement, le Dr F_____ ne se réfère pas à la description de l'événement par l'assuré le 19 mai 2014 : « Nous jouions sur du gazon synthétique et alors que le terrain était mouillé, en courant j'ai glissé du pied droit. Malheureusement, mon pied est arrivé ensuite

A/1157/2018 - 27/31 - sur une zone sèche et il a été bloqué d'un seul coup. J'ai perdu l'équilibre et je suis tombé sur le coude droit puis sur l'épaule droite » (cf. dossier intimée, pce 45). Or, en appréciant ces mêmes faits, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. H_____ évoque une « violente chute lors d'un jeu de football », mettant en doute l'absence d'énergie cinétique élevée. En second lieu, le Dr F_____ n'explique pas, dans son rapport du 23 octobre 2017, pourquoi il avait considéré, dans ses appréciations antérieures, toutes postérieures de plus de trois mois à l'accident, que l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident (rapport du 31 juillet 2014), que le lien de causalité entre la tendinite de la coiffe des rotateurs et l'accident du 5 janvier 2014 lui paraissait probable (rapport du 2 novembre 2014) et que les troubles mentionnés par le Dr E_____ en juillet 2016 (soit après la seconde rechute) présentaient un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014 (rapport du 18 juillet 2016). Or, si le Dr F_____ était d'avis, le 2 novembre 2014, que la tendinite de la coiffe des rotateurs était probablement due à l'accident, c'était notamment en connaissance des IRM des 24 avril et 24 septembre 2014. Dans ces circonstances, le fait de se focaliser, les 23 octobre 2017 et 14 février 2018, sur les seuls remaniements dégénératifs objectivés par ces mêmes IRM convainc d'autant moins que le Dr F_____ semble ne pas s'être procuré l'IRM du 30 janvier 2017 – elle ne figure en tout cas pas au dossier versé à la procédure – sur laquelle le Prof. H_____ se fonde le 20 octobre 2017 pour retenir qu'il existe une indication à une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs. S'agissant de l'atteinte au coude droit, l'appréciation du 1er septembre 2017 du Dr F_____ ne convainc guère non plus en tant qu'elle retient que la présence d'un kyste arthrosynovial, objectivée à l'IRM du 8 juin 2017, indiquerait la présence d'une atteinte dégénérative. En effet, quoi qu'en dise l'intimée, le Dr J_____ ne se contente pas de développer un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » dans son rapport du 31 octobre 2017, il explique que la présence du kyste arthrosynovial s'inscrit dans l'évolution du coude depuis l'accident, celle-ci étant notamment marquée par un épanchement articulaire qui constituerait, selon lui, la cause de ce kyste. Le Dr F_____

ne prend cependant pas position au sujet de cette relation de cause à effet expliquée par son confrère, ce qui rend ses appréciations du 1er septembre 2017 et 14 février 2018 d'autant plus lacunaires qu'en date du 31 mars 2015, une IRM du coude « gauche » (recte : droit) objectivait déjà la présence d'une lame d'épanchement intra-articulaire. Or, à cette époque, soit le 8 mai 2015 – et même après la rechute du 10 juin 2016 –, le Dr F_____ était lui-même d'avis que l'enthésopathie des épicondyliens était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014. Compte tenu de ce qui précède, la fin des prestations d'assurance au 25 octobre 2017 se fonde sur des appréciations médicales dépourvues de valeur probante. La chambre de céans ne peut pas non plus se fonder sur les rapports des médecins traitants, insuffisamment motivés. À cet égard, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. H_____ repose principalement sur un raisonnement « post hoc ergo propter

A/1157/2018 - 28/31 - hoc ». Quant à l'appréciation du 31 octobre 2017 du Dr J_____, elle demeure trop succincte sur l'étiologie du kyste arthrosynovial. En l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer sur la survenance du « statu quo sine » à la date retenue par l'intimée. Aussi s'impose-t-il de mettre en œuvre une expertise. 15. a. Fondé sur trois entretiens avec le recourant, une analyse des documents médicaux du dossier, des radiographies et un scanner récents de l'épaule droite requis par l'expert, comprenant les plaintes du recourant, des diagnostics clairs ainsi qu'une explication étayée du lien de causalité entre les diagnostics posés et l'accident, le rapport d'expertise judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiel précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. A cet égard, il y a lieu de préciser que, comme relevé par l'intimé, le fait que l'expert ait indiqué au titre de lésion corporelle assimilée à un accident (art. 9 al. 2 aOLAA) les diagnostics de contusion de la coiffe des rotateurs avec conflit sous-acromial transitoire et capsulite rétractile et contusion et développement d'une épicondylite post-traumatique du coude droit, qui ne relèvent pas de cette catégorie, n'a pas d'incidence sur les conclusions de l'expertise, lesquelles restent entièrement probantes. b. L'intimée se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire ; quant au recourant, il estime qu'elle n'est pas probante. Toutefois, les critiques émises par celui-ci ne sont pas à même d'en remettre en cause la valeur probante. 16. a. Tout d'abord, le recourant souligne le fait que l'expert mentionne de façon erronée la présence d'une tendinite en lieu et place d'une déchirure du tendon. A cet égard, l'expert a motivé de façon détaillée, en procédant à l'analyse de toutes les images radiologiques, que le tendon du sus-épineux de l'épaule droite était globalement intact et qu'il n'y avait pas vraiment de déchirure de ce tendon (les deux examens de l'épaule droite qui décrivaient une atteinte / déchirure partielle du tendon du sus-épineux, notamment l'IRM du 1er septembre 2014 et l'arthro-IRM de l'épaule droite du 23 juin 2017, ne démontraient une lésion compatible avec une déchirure partielle que sur une seule coupe dans le plan coronal de ces examens respectifs. En plus de cela, lors de l'intervention du 19 décembre 2017, au niveau de cette épaule droite, aucune lésion de ce tendon du sus-épineux au niveau de son côté articulaire ou au niveau de son côté bursal n'avait été décrite et aucune sanction thérapeutique ou chirurgie réparatrice au niveau de ce tendon n'avait été effectuée (expertise judiciaire p. 9). Selon l'expert, on pouvait conclure que, au niveau du tendon du sus-épineux il y avait eu une irritation / tendinopathie post-traumatique transitoire, probablement accompagnée par une capsulite post-traumatique d'accompagnement comme cela se voyait souvent lors de ce type de trauma (voir examen clinique du 26 octobre 2015 par le Dr H_____), le tout s'étant progressivement résorbé dans les longs mois qui avaient suivi cet accident du 5 janvier

2014. Il avait subsisté un conflit sous-acromial dû à l'hypertrophie et à

A/1157/2018 - 29/31 - l'exostose sous-acromiale due à cette arthrose acromio-claviculaire, conflit sous-acromial qui avait été levé et adressé par l'intervention du 19 décembre 2017 ; par contre il avait subsisté un conflit mécanique / souffrance acromio-claviculaire droit (expertise judiciaire p. 9). La critique du recourant à l'égard de l'expertise judiciaire, en tant qu'elle exclut une déchirure du tendon, ne peut ainsi qu'être rejetée. b. Ensuite, le recourant estime que les conditions de prise en charge d'une lésion assimilée à un accident sont remplies. Comme exposé ci-avant, le recourant ne présente toutefois pas de telles lésions. c. Enfin, le recourant estime qu'il est victime d'une maladie professionnelle que l'intimée droit prendre en charge par l'apparition d'un kyste arthro-synovial dû aux contraintes répétitives au niveau de son coude droit. Certes, l'expert relève à cet égard que les insertionites chroniques du tendon du triceps sur l'olécrane avec calcification / ossification au site d'insertion et, dans une moindre mesure, les tendons fléchisseurs au niveau de l'épicondylite interne de ce coude droit, peuvent parfois être à l'origine de douleurs mais surtout témoignent d'un passé impliquant des charges et des contractures de ces groupes musculaires et tendineux contre-résistance à répétition et d'une manière prolongée. Ces stigmates d'une surcharge chronique de l'articulation concernée permettent de mieux comprendre l'apparition éventuelle d'une dégénérescence de l'articulation sous-jacente et l'apparition de kystes (Ganglion cysts ; expertise judiciaire p. 11). Le kyste était la manifestation d'une atteinte dégénérative du coude droit, ce qui se comprenait aisément vu l'activité de sertisseur du recourant, exercée pendant de longues années avec des contraintes répétitives au niveau du coude droit (expertise judiciaire p. 14). L'expert évoque ainsi une origine du kyste due à une surcharge chronique de l'articulation concernée en lien avec la profession du recourant. Le recourant ne prétend toutefois pas que cette affection serait due à des travaux relevant de l'annexe 1 de l'OLAA. Par ailleurs, cette constatation de l'expert ne permet pas non plus, en l'état, de confirmer que le kyste en cause aurait été causé exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). En toute hypothèse, cette question outrepassé l'objet du présent litige, limité à la question de savoir si les affections présentées par le recourant sont, au-delà du 25 octobre 2017, en lien de causalité naturelle et adéquat avec l'accident du 5 janvier 2014. 17. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire peuvent être confirmées, soit que le recourant a présenté, suite à l'accident, les diagnostics décrits par l'expert (expertise p. 8) et qu'à partir du 11 janvier 2016, le statu quo ante a été atteint, de sorte que dès cette date, seuls les facteurs étrangers à l'accident influent sur l'état de santé du recourant ; en particulier, les atteintes ayant justifié l'intervention du 19 décembre 2017 ne sont pas dues à l'accident, mais à une pathologie préexistante à celui-ci.

A/1157/2018 - 30/31 - En conséquence, la décision de l'intimée mettant fin à ses prestations au 25 octobre 2017, ne peut qu'être confirmée. 18. Le recourant prétend encore à la mise en œuvre, par l'intimée, de mesures de réadaptation professionnelle. Outre que ces mesures relèvent du domaine de l'assurance-invalidité, il a été constaté, dans le rapport d'expertise judiciaire, que les affections du recourant et donc ses conséquences sur l'exercice de son activité professionnelle habituelle, relèvent, dès le 11 janvier 2016, d'un état malade et ne sont plus à la charge de l'intimée. 19. Le droit d'être entendu garanti constitutionnellement comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de

nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 133 I 270 consid. 3.1 p. 277; 124 II 132 consid. 2b p. 137 et la jurisprudence citée). Au surplus, la jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 191/2008 du 24 novembre 2008). En l'occurrence, il sera renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition requise par le recourant des Drs N____, J____ et H____, le rapport d'expertise judiciaire, probant, permettant à la chambre de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. 20. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1157/2018 - 31/31 - 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.