

GE_GERICHTE ATAS/739/2019 vom 21. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_739_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/739/2019 du 21 août 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/739/2019 del 21 agosto 2018

Erwägungen

E. 35

Dans son rapport du 17 février 2019, le Dr R_____ a indiqué que son expertise se fondait sur une rencontre avec l'assuré le 13 février 2018, l'anamnèse obtenue auprès de ce dernier et un examen clinique qui avait duré un peu plus d'une heure et demie. Il avait déjà fait une expertise orthopédique de l'intéressé à la demande de l'OAI en mai 2018. Il avait à nouveau examiné le dossier radiologique apporté par l'assuré, en particulier un premier examen par IRM de l'épaule gauche du 11 mai 2015 et avait pris connaissance de l'expertise effectuée par le Dr Q_____ et des rapports des médecins ayant suivi l'assuré. L'expert a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs persistantes de l'épaule gauche ; gonarthrose primaire du genou gauche et cervico-brachalgies persistantes à gauche. L'assuré avait décrit que suite à sa chute du 31 juin 2014, il avait développé des douleurs de l'épaule gauche, lesquelles avaient rapidement disparu. Il avait pu reprendre son métier habituel rapidement. Avant l'événement du 30 avril 2015, l'assuré décrivait ne pas avoir de douleurs à l'épaule gauche. Les radiographies standards effectuées le lendemain de la chute avaient montré l'absence de lésions osseuses d'origine traumatique, une densification sous-chondrale du trochiter et une lésion kystique probablement ancienne à la jonction de la tête et du col de la face

A/3940/2017 - 11/20 - interne de la tête humérale d'environ 1 cm. L'examen IRM n'avait pas montré de lésion d'origine traumatique. Il avait montré une image de rupture transfixiante du tendon du supra-épineux avec rétractation tendineuse d'environ 2,5 cm (stade II) et une discrète infiltration graisseuse de la musculature stade I selon Goutallier, une irrégularité du tendon du sous-épineux et une rupture des fibres hautes du tendon sous-scapulaire. Il y avait aussi une arthrose acromio-claviculaire avec des irrégularités des surfaces. Ces lésions paraissaient anciennes. Cette atteinte n'était a priori pas imputable à l'accident du 30 avril 2015, car les images de lésion étaient celles d'une ancienne déchirure. Aucune lésion structurelle d'origine traumatique récente n'avait été diagnostiquée, mais seulement des troubles dégénératifs liés à l'âge et au métier de l'assuré. Le lien de causalité entre l'accident du 30 avril 2015 et cette atteinte n'était pas probable en raison de l'âge du patient auquel les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares. Le mécanisme de l'événement en cause n'était pas compatible avec une déchirure de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs dont plusieurs étaient antagonistes. Une rétractation tendineuse nécessitait plusieurs mois avant d'apparaître. On pouvait donc dire que suite à l'événement en cause, il y avait eu une aggravation sur le plan de la symptomatologie d'un état maladif préexistant de l'épaule gauche. Aucune lésion structurelle récente n'avait été démontrée suite à l'événement de 2015. Le précédent accident subi par l'assuré ne jouait plus de rôle dans l'atteinte à l'épaule gauche. Avant l'événement du 30 avril 2015, l'assuré n'avait pas de douleurs à cette épaule.

Après l'événement de juillet 2014, il avait eu des douleurs pendant quelques semaines, puis elles avaient disparu. Les troubles objectivables de l'épaule gauche de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 30 avril 2015, aucune lésion structurelle récente d'origine traumatique suite à cet événement n'ayant été diagnostiquée. Un état dégénératif préexistant lié à l'usure en relation avec le métier et l'âge de l'assuré avait contribué avec l'accident du 30 avril 2015 à la survenue des atteintes. L'assuré présentait des atteintes dégénératives préexistantes à l'accident du 30 avril 2015. Les douleurs de l'épaule gauche avaient réapparu suite à l'événement d'avril 2015. Il était possible que même sans chute, l'assuré aurait eu des douleurs dans le futur à cette épaule. Il commençait depuis quatre mois à avoir aussi des douleurs à l'épaule droite. Selon l'expert, l'accident en cause avait révélé, mais pas causé, des lésions dégénératives préexistantes. Ces lésions des tendons de la coiffe des rotateurs étaient très fréquentes à partir de 50 ans. Une grande majorité des personnes avec ces atteintes étaient asymptomatiques. Le statu quo sine avait été retrouvé à 4 semaines de l'événement en cause. Il s'agissait du temps nécessaire pour soulager habituellement une contusion de l'épaule. À partir de cette date, c'était les lésions dégénératives préexistantes qui étaient à l'origine des problèmes de l'assuré. Il n'y avait actuellement aucun traitement susceptible d'améliorer de façon importante et

A/3940/2017 - 12/20 - durable l'état de l'épaule gauche de l'assuré. En ce qui concernait la chute du 30 avril 2015, a priori, le statu quo sine avait été retrouvé à 4 semaines. Suite à l'événement en cause, il n'y avait pas eu d'atteinte à l'intégrité corporelle. S'agissant des gonalgies dont souffrait encore l'assuré, le diagnostic en lien avec le genou gauche était une gonarthrose primaire. Suite à la fracture de la rotule survenue en août 2011, les examens radiologiques avaient montré déjà la présence d'une gonarthrose tri-compartmentale. Habituellement, ces gonarthroses se péjoraient progressivement au fil du temps. À terme, l'assuré aurait besoin d'une prothèse totale du genou. Cette atteinte n'était pas imputable à l'accident du 29 août 2014 (recte 2011), car la gonarthrose était déjà visible sur les images radiologiques de 2011. L'accident du 29 août 2014 (recte 2011) n'était pas la cause unique ou une cause partielle de cette atteinte. Les précédents accidents subis par l'assuré ne jouaient pas un rôle dans cette atteinte. Il n'y avait pas de lien de causalité possible entre l'accident du 30 avril 2015 et les troubles objectivables actuels. Des facteurs étrangers à l'accident du 30 avril 2015 n'avaient pas contribué avec ledit accident à la survenance de cette atteinte. L'assuré présentait des lésions dégénératives du genou gauche depuis 2011. Il s'agissait d'une gonarthrose tri-compartmentale avec des lésions méniscales bilatérales et une lésion partielle du LCA. L'accident du 30 avril 2015 n'avait pas déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement. S'il y avait eu une contusion du genou, cet événement avait cessé de déployer ses effets un mois après. L'état du genou gauche se dégradait progressivement. À terme, l'assuré aurait besoin d'une prothèse totale du genou.

E. 36

Le 12 mars 2019, l'intimée a relevé quelques erreurs de date qui se corrigeaient néanmoins facilement à la lecture du dossier. Sous anamnèse actuelle, l'expert faisait tout d'abord référence à un événement du 31 juin 2015, à comprendre comme étant l'accident du 1er juillet 2014, puis un accident du 30 avril 2016, à comprendre du 30 avril 2015. Au terme de son examen, l'expert partageait l'appréciation du Dr Q_____ et retenait que l'accident en cause avait révélé, mais pas causé les lésions dégénératives préexistantes de l'épaule gauche et avait fixé le statu quo sine après 4 semaines, ce qui était le temps nécessaire pour

soulager une contusion de l'épaule. Au niveau du genou gauche, l'expert rejoignait également l'appréciation de son confrère qui fixait le statu quo sine à 4 semaines après le dernier accident du 30 avril 2015, s'il y avait eu une contusion de ce genou lors de cet accident. L'intimée confirmait en conséquence les conclusions déjà exprimées.

E. 37

Le recourant n'a pas transmis de conclusions après expertise dans le délai qui lui a été imparti.

E. 38

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

A/3940/2017 - 13/20 - 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) 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. 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. 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 31 mai 2015. 6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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/3940/2017 - 14/20 - 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. 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). c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/3940/2017 - 15/20 - d. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents

(initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). e. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, 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). 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/3940/2017 - 16/20 - 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 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). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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).

A/3940/2017 - 17/20 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 8. 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. La procédure dans le

domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut

A/3940/2017 - 18/20 - 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 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 corresponde 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). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 10. En l'espèce, l'expertise du Dr R_____ répond à tous les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle contient certes quelques erreurs de dates, qui s'expliquent notamment par des erreurs précédentes figurant au dossier. Ces erreurs ne remettent toutefois pas en cause les conclusions de l'expert. En effet, celui-ci a bien pris en compte dans son analyse les accidents passés du recourant et ses conclusions sont convaincantes.

A/3940/2017 - 19/20 - Sur la base de son expertise, il convient de retenir que les atteintes à la santé du recourant persistant au-delà du 31 mai 2015 n'étaient plus en lien de causalité naturelle et adéquat avec les accidents qu'il avait subis. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à son intervention au 31 mai 2015 dans sa décision du 16 juin

2017, qui doit être confirmée. 11. Infondé, le recours sera rejeté. 12. La procédure est gratuite.

A/3940/2017 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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