

# **GE\_GERICHTE ATAS/744/2016 vom 21. September 2016**

GE Cour de justice, 2016-09-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_744\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_744_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/744/2016 du 21 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/744/2016 del 21 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1er 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 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

A/2120/2015 - 14/25 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

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, en vertu des art. 56 ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si l'intervention chirurgicale du 29 août 2014 et l'incapacité de travail totale qui s'en est suivie jusqu'au 31 mars 2015 doivent être pris en charge par l'intimée.

### **E. 5**

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).

## **E. 6**

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, 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: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des elongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en

A/2120/2015 - 15/25 - faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). 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 et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, 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 ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

## **E. 7**

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 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 A/2120/2015 - 16/25 - rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

## **E. 8**

a. 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 (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), 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 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3ème éd. 2016 p. 1016 n. 385). Lorsque le *statu quo sine vel ante* est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références). b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ;

dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. p. 1015 n. 381). c. 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

A/2120/2015 - 17/25 - 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).

## **E. 9**

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).

## **E. 10**

a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la

preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, 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, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le

A/2120/2015 - 18/25 - 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 264 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, 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 dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités).

## **E. 11**

a. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. 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 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

b. Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si

A/2120/2015 - 19/25 - à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu ex ante en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C\_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références).

## **E. 12**

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). 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 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).

A/2120/2015 - 20/25 -

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).

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).

### **E. 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

A/2120/2015 - 21/25 - 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).

#### **E. 14**

En l'espèce, il est constant qu'à la suite d'un accident de la circulation routière survenu le 15 septembre 2011, le recourant a subi une atteinte à l'épaule droite et au genou gauche mais qu'à compter de l'examen effectué le 1er mai 2012 par le Dr J\_\_\_\_\_, seuls les troubles de cette épaule étaient encore d'actualité. Considérant le 4 juin 2013 que l'état du tendon sus-épineux ne s'était pas modifié au cours des dernières années et que la situation ne se modifierait plus à l'avenir – sauf aggravation éventuelle due à des lésions dégénératives – ce médecin avait proposé à l'intimée de clôturer le cas et, le 6 juin 2014, évalué à 5% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). L'intimée n'a cependant pas rendu de décision de clôture du cas ni de décision d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Elle a au contraire maintenu le versement d'indemnités journalières en fonction d'une incapacité de travail qui n'a jamais diminué à moins de 50% depuis le 23 janvier 2012, cette situation étant encore d'actualité à la date de la décision querellée. Si dans cette dernière, l'intimée ne remet pas en question cette incapacité et les indemnités journalières qui en découlent, elle conteste l'obligation de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 29 août 2014 et – malgré les arrêts de travail à 100% du Dr M\_\_\_\_\_ du 28 août 2014 au 31 mars 2015 – des indemnités journalières supérieures à 50% au décours de cette intervention, cette position étant motivée par l'avis médical du 28 octobre 2014 du médecin d'arrondissement de l'intimée.

Dans cette appréciation, la Dresse O\_\_\_\_\_ indique que l'intervention subie le 29 août 2014 visait à traiter des lésions dégénératives de l'épaule et qu'elle ne concernait donc pas l'intimée, référence étant faite à l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ du 4 juin 2013 pour seule motivation. Ce dernier invoque certes des lésions dégénératives qui pourraient aggraver la situation. Il n'indique toutefois pas si ces dernières ont été causées ou aggravées par l'accident du 15 septembre 2011, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si l'intervention chirurgicale du 29 août 2014 et ses suites sont imputables – ne serait-ce que partiellement – à l'accident du 15 septembre 2011. Ainsi, en l'absence de description des interférences médicales entre l'accident et d'autres événements qui, considérés isolément, ne sont pas nécessairement assurés, les rapports de ces deux médecins d'arrondissement sont dépourvus de toute valeur probante. Pour le reste, certains avis médicaux versés au dossier divergent sur la question de savoir si l'intervention du Dr M\_\_\_\_\_ était motivée par des diagnostics présentant un lien de causalité avec l'accident. Dans ses réponses du 3 novembre 2015, la Dresse R\_\_\_\_\_ prend certes position à ce sujet mais sans avoir examiné le recourant ni l'intégralité du dossier médical. Ainsi, la chambre de céans ne saurait se fonder sur cette appréciation et encore moins sur les avis du Dr M\_\_\_\_\_, peu clairs et en partie incohérents. Enfin, il subsiste un certain flou, voire des divergences dans les diagnostics posés par les divers spécialistes en orthopédie intervenus dans ce dossier.

En l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer et n'a pas d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise.

A/2120/2015 - 22/25 - probante. Pour le reste, certains avis médicaux versés au dossier divergent sur la question de savoir si l'intervention du Dr M\_\_\_\_\_ était motivée par des diagnostics présentant un lien de causalité avec l'accident. Dans ses réponses du 3 novembre 2015, la Dresse R\_\_\_\_\_ prend certes position à ce sujet mais sans avoir examiné le recourant ni l'intégralité du dossier médical. Ainsi, la chambre de céans ne saurait se fonder sur cette appréciation et encore moins sur les avis du Dr M\_\_\_\_\_, peu clairs et en partie incohérents. Enfin, il subsiste un certain flou, voire des divergences dans les diagnostics posés par les divers spécialistes en orthopédie intervenus dans ce dossier.

A/2120/2015 - 23/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris le dossier radiologique) de l'intimée et du recourant, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin. 2. Commet à cette fin le docteur S\_\_\_\_\_.

spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Donnée subjectives du recourant. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s) précis. 5. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez le recourant et comment elles ont évolué. Décrire leur évolution avant l'accident du 15 septembre 2011 et après. 6. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite du recourant sont imputables à l'événement accidentel du 15 septembre 2011 et, si oui, laquelle/lesquelles. 7. Le recourant présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite ? Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse. 8. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles. 9. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses IRM/arthro-IRM de l'épaule droite versées au dossier ? Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ? S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite, correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA : a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver. b. L'accident du 15 septembre 2011 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?

A/2120/2015 - 24/25 - c. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 29 août 2014 sont-elles dues à l'accident du 15 septembre 2011 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante. d. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du

#### **E. 15**

septembre 2011 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ? k. L'accident du 15 septembre 2011 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ? l. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes

A/2120/2015 - 25/25 - influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ? m. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50%) ou certain (100%) avec l'accident du 15 septembre 2011, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? 10. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et des médecins-conseils. Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des Drs J\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, médecins-conseils de la SUVA, ou de la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin-conseil de Fortuna Protection Juridique SA, sur la question des diagnostics, des atteintes ayant nécessité l'intervention du 29 août 2014 et/ou du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse. 11. Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail du recourant au décours de l'intervention du 29 août 2014 (du 28 août 2014 au 31 mars 2015), veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse. 12. Formuler un pronostic global. 13. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ; 5. Réserve le sort des frais ; 6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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