

# **GE\_GERICHTE ATAS/78/2020 vom 4. Februar 2020**

GE Cour de justice, 2020-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_78\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_78_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/78/2020 du 4 février 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/78/2020 del 4 febbraio 2020

## **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), 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**

Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations prévues par la loi en cas d'accident. En particulier, malgré la conclusion du recourant tendant à l'octroi de prestations en lien avec l'événement du 4 juillet 2018, l'examen de la chambre de céans n'est pas limité au point de savoir si des prestations sont dues uniquement à ce titre. En effet, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, elle n'est pas liée par les conclusions des parties, qui ont en outre eu l'occasion de s'exprimer sur le droit aux prestations en lien avec l'accident allégué de mai 2018. Ce point fait ainsi également l'objet du litige.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

A/2117/2019 - 11/19 - 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions

dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

#### **E. 5**

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

#### **E. 6**

Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une

A/2117/2019 - 12/19 - 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. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 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 la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). En cas d'état maladif antérieur, si l'on peut admettre qu'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). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2).

## **E. 7**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, qui s'applique au cas d'espèce, eu égard au principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1), l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

A/2117/2019 - 13/19 - On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. a9 al. 2 OLAA. Bien que la loi ne précise pas que la liste désormais contenue à l'art. 6 al. 2 LAA est exhaustive, rien ne permet de retenir qu'il y ait une modification sur ce point (Irene HOFER in Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 61 ad art. 6 LAA). Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. a9 al. 2 OLAA, pour que des lésions corporelles puissent être assimilées à un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, l'existence d'une cause extérieure étant en revanche indispensable (ATF 139 V 327 consid. 3.1). En revanche, le nouveau droit ne fait plus dépendre le droit aux prestations en cas de lésion corporelle figurant à l'art. 6 al. 2 LAA de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, le simple fait qu'il s'agisse d'une telle lésion conduit désormais à la présomption qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident devant être prise en charge par l'assureur-accidents. Toutefois, la possibilité aménagée à l'art. 6 al. 2 LAA pour l'assureur-accidents d'amener la preuve du contraire continue de rendre nécessaire la distinction entre lésions corporelles donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents et lésions dont la prise en charge incombe à l'assureur-maladie, bien qu'elles figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. À cet égard, la question d'un premier événement, dont l'assuré se souvient et qu'il peut identifier – notamment eu égard à l'importance d'un facteur de rattachement temporel par rapport à la couverture d'assurance, à la compétence de l'assureur-accidents, au calcul du gain assuré et au droit applicable – reste pertinente sous l'empire du nouveau droit. Il convient toutefois de souligner que l'assureur-accidents est en principe tenu de fournir des prestations en cas de lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, aussi longtemps qu'il ne fournit pas la preuve que la cause prépondérante de l'atteinte est l'usure ou la maladie. Cela suppose que,

dans le cadre de son devoir d'instruction, il clarifie en détail les circonstances dans lesquelles est survenue la lésion. Si aucun événement initial n'est défini, ou seul un événement insignifiant ou bénin, cela permet d'amener plus facilement la preuve exonérant l'assurance-accidents. En effet, la cause de la lésion doit être déterminée en premier lieu par des experts médicaux, en tenant compte de l'ensemble des causes possibles. Outre l'état antérieur, il faut ainsi également examiner en détail les circonstances de la première apparition des plaintes. Les différents indices plaidant pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être analysés du point de vue médical. Pour que la preuve libératoire soit retenue, l'assureur-accidents doit démontrer, sur la base d'expertises médicales concluantes,

A/2117/2019 - 14/19 - que la lésion corporelle est de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, attribuable à l'usure ou à la maladie. Si la palette des causes se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a réussi à amener la preuve libératoire, sans qu'il soit nécessaire d'apporter des précisions supplémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 destiné à la publication consid. 8.3 et 8.6).

## **E. 8**

Celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2). S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 2a). Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). En droit des assurances sociales, on applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

## **E. 9**

Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). La vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 10**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément déterminant pour la

A/2117/2019 - 15/19 - valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

## **E. 11**

Dans le cas d'espèce, le droit à la prise en charge des troubles de l'épaule consécutifs au 4 juillet 2018 pourrait résulter soit de l'existence d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, pour autant qu'il ne soit pas démontré

A/2117/2019 - 16/19 - qu'elle est de manière prépondérante imputable à une maladie ou à l'usure, soit de la reconnaissance d'un accident survenu durant les rapports d'assurance, sous réserve de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet événement et

l'apparition desdits troubles. Il convient en premier lieu d'analyser si l'événement remontant au 4 juillet 2018 peut être qualifié d'accident. Tel n'est pas le cas. En effet, on ne saurait voir de facteur extraordinaire dans le fait de soulever une caisse de 7 kg, a fortiori dans le cas d'un commis de cuisine, dont les tâches impliquent généralement la réception des livraisons et le rangement des marchandises. S'agissant du point de savoir si l'événement du 4 juillet 2018 a causé une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, il faut en préambule rappeler que les déboîtements d'articulations au sens de la let. b de cette disposition ne visent que les déboîtements au sens propre, c'est-à-dire les luxations, mais non les déboîtements incomplets (subluxations), les torsions et les entorses (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010 consid. 5.2). Cette jurisprudence a certes été rendue sous l'empire de l'ancien droit. Elle reste cependant applicable (André NABOLD in Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éd.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 2018, n. 47 ad art. 6). Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, les rapports de son médecin-conseil ne peuvent se voir reconnaître valeur probante s'agissant de l'exclusion d'une luxation. En premier lieu, ils ne comprennent pas tous les éléments nécessaires à cet effet selon la jurisprudence, puisqu'ils consistent essentiellement en avis émis à la suite de résumés du dossier, qui ne sont guère étayés que par des observations empiriques qu'on ne saurait généraliser à l'ensemble des patients sans autre motivation. En effet, dans son avis initial du 9 juillet 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a nié l'existence d'une luxation, indiquant ne pas croire que le recourant aurait été en mesure de la réduire lui-même, et soutenant que les constatations cliniques du médecin traitant étaient incompatibles avec une telle lésion. Le médecin-conseil a par la suite persisté à nier la survenance d'une luxation – fût-elle causée par la chute alléguée – en se fondant essentiellement sur les douleurs et les suites généralement observées dans ce genre d'atteinte. La position du Dr D\_\_\_\_\_ n'est au demeurant pas dénuée de contradiction, puisqu'il semble conclure simultanément à une lésion ancienne et à une instabilité chronique d'origine malade. Quant au fait qu'une luxation impliquerait la peur d'un nouvel épisode, on rappellera que le recourant a précisément indiqué craindre de nouvelles occurrences au Dr C\_\_\_\_\_. Enfin, son argumentation du 1er novembre 2019, excluant la possibilité d'une luxation au motif que les mouvements du recourant le 4 juillet 2018 consisteraient en une flexion et non une abduction découlent de pures spéculations quant à la position de l'étagère. De plus, les explications du Dr C\_\_\_\_\_ réfutent la position du Dr D\_\_\_\_\_. Si ses rapports ne sauraient se voir conférer valeur probante, faute de satisfaire aux

A/2117/2019 - 17/19 - exigences formelles en la matière rappelées ci-dessus, ils suffisent cependant à susciter de sérieux doutes sur la pertinence des conclusions du médecin-conseil de l'intimée. On ajoutera que les documents radiologiques, notamment l'IRM, citent également des stigmates de luxation, et que le Dr F\_\_\_\_\_, s'il a bien évoqué une instabilité, n'a pas remis en cause les explications du recourant quant à la survenance d'une luxation. On ne peut en particulier pas écarter les avis des médecins traitants et du radiologue au motif qu'ils n'auraient pas été « rédigés dans un contexte de médecine des assurances », comme le voudrait l'intimée. En premier lieu, cette argumentation tombe à l'évidence à faux, puisque plusieurs de ces rapports ont été établis à la demande de l'intimée ou dans le cadre de la présente procédure. En outre, un diagnostic relève d'une démarche scientifique liée à l'identification de certains critères établis. En l'état, rien ne permet de retenir que les médecins auraient fait preuve d'une légèreté telle qu'ils auraient mentionné certains diagnostics de manière sciemment erronée. Au vu de ce qui précède, on

ne peut à ce stade exclure au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi le 4 juillet 2018 une luxation donnant droit aux prestations en cas d'accident, à savoir une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. L'instruction doit ainsi être complétée sur ce point. Compte tenu des circonstances, si l'existence d'une luxation est confirmée mais ne peut être attribuée au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement du 4 juillet 2018, il faudra également déterminer si elle a pu être causée par l'événement évoqué par le recourant, soit la chute survenue en mai 2018. À titre préliminaire, il faut souligner que cette chute constitue bien un accident au sens de la loi, le fait de tomber relevant d'un facteur extérieur extraordinaire. Au sujet de l'existence même de cet accident, il n'existe pas de motif de douter de sa réalité. Le fait que le recourant ne l'ait pas annoncé immédiatement n'y suffit pas. On rappellera du reste que selon l'art. 45 al. 1 1ère phrase LAA, le travailleur assuré doit aviser sans retard son employeur ou l'assureur de tout accident qui nécessite un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. A contrario, un accident qui ne requiert pas de soins immédiats et n'entrave pas la capacité de travail n'est pas soumis à cette obligation d'annonce sans délai. En outre, comme le recourant le souligne à juste titre, il n'a jamais donné de version contradictoire quant à cette chute, dont il a parlé au Dr F\_\_\_\_\_ avant la décision de l'intimée niant l'existence d'un accident. On ne se trouve ainsi pas ici dans les situations où la survenance d'un accident doit être mise en doute en raison de variations et d'incohérences dans les déclarations de l'assuré, ou parce que sa réalité est contredite par d'autres éléments matériels du dossier (à titre d'exemples, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 4.1 et 9C\_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.2). De plus, contrairement à ce que l'intimée soutient, le fait que le recourant n'ait pas eu recours à des soins ni pas subi d'arrêt de travail immédiatement après sa chute ne fait pas obstacle à la qualification d'accident. En effet, nul n'est besoin que l'atteinte à la santé consécutive à un accident soit suivie

A/2117/2019 - 18/19 - d'un examen médical, d'un traitement ou d'une incapacité de travail pour répondre à la définition consacrée par l'art. 4 LPGa (Stéphanie PERRENOUD in Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 7 ad art. 4). En outre, dès lors que le traitement médical dont l'octroi est litigieux pourrait avoir été rendu nécessaire par cette chute, il est inexact de soutenir qu'elle n'est pas dommageable, les soins ayant simplement été différés. Cela étant, la réalité de l'accident ne suffit pas à ouvrir le droit aux prestations, la responsabilité de l'intimée n'étant engagée que si les troubles du recourant dès le 4 juillet 2018 sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, et ce qu'ils soient imputables à une luxation ou non. En effet, en cas d'accident au sens de la loi, les prestations ne sont pas dues uniquement en cas de survenance d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. En l'état du dossier, eu égard au caractère pas suffisamment probant des rapports médicaux, un tel lien ne peut être établi ou exclu au degré de la vraisemblance prépondérante. L'instruction médicale doit ainsi également porter sur ce point.

## **E. 12**

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires à trancher le droit aux prestations. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant des avis de

son médecin-conseil malgré les rapports allant dans le sens contraire des médecins traitants du recourant. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en diligentant une expertise qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Cette expertise devra déterminer si le recourant a subi une luxation complète ouvrant le droit aux prestations lors de l'événement du 4 juillet 2018, et dans la négative d'examiner si les troubles du recourant postérieurs au 4 juillet 2018 sont en lien de causalité naturelle avec la chute accidentelle subie en mai 2018. L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision en tenant compte des conclusions de ladite expertise.

### **E. 13**

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). \* \* \* \* \*

A/2117/2019 - 19/19 -

**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.