

GE_GERICHTE ATAS/836/2015 vom 4. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_836_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/836/2015 du 4 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/836/2015 del 4 novembre 2015

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).

A/612/2015 - 10/19 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

a) Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). D'après l'art. 62 LPA, le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (al. 3). Lorsqu'une personne à qui une décision devait être notifiée ne l'a pas reçue, sans sa faute, le délai de recours court du jour où cette personne a eu connaissance de la décision (al. 5). b) Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2; ATF 124 V 400 consid. 2a et les références). c) En l'espèce, la décision sur opposition du 16 janvier 2015 a été envoyée en pli recommandé au mandataire du recourant à son ancienne adresse et semble-t-il réexpédiée à son adresse actuelle le 26 janvier 2015. Le recourant allègue avoir reçu la décision sur opposition le 26 janvier 2015. Etant donné qu'il n'y a aucun justificatif dans le dossier d'un second envoi en pli recommandé, il convient de se fonder sur les déclarations du recourant. Partant, il faut admettre que la notification de la décision

litigieuse a eu lieu le 26 janvier 2015 et que le recours formé le 24 février 2015 a été introduit le vingt-neuvième jour du délai de recours, soit en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2009 et les troubles des membres supérieurs, respectivement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 31 mars 2011.

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

A/612/2015 - 11/19 - 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 et 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) 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). b) 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c) 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

A/612/2015 - 12/19 - 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). d) 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). 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). e) Si un facteur extérieur n'a fait que déclencher les symptômes d'une lésion assimilée à un accident, le droit aux prestations prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine, c'est à dire le caractère désormais exclusivement dégénératif ou maladif de l'atteinte à la santé, est clairement établi; le degré de la vraisemblance prépondérante ne suffit pas, sans quoi l'on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (cf. arrêts 8C_357_2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2, U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

E. 7

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 (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). b) 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/612/2015 - 13/19 - 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). c) Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) 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). e) 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

A/612/2015 - 14/19 - l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f) 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). g) 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 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).

E. 9

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique

A/612/2015 - 15/19 - 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 le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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).

E. 10

Dans son arrêt du 25 avril 2013, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction médicale complémentaire au vu des appréciations médicales divergentes quant à la nature et à l'origine des troubles du recourant tout en relevant que les constatations faites

par les spécialistes en radiologie ne paraissent guère contestables. Dans son arrêt du 7 mai 2012, la chambre de céans a écarté l'avis du Dr M_____ au motif qu'il se base sur d'autres diagnostics que ceux retenus par les rapports d'imagerie des arthro-IRM des épaules. Elle a également dénié une valeur probante à l'appréciation du Dr L_____ du 23 février 2011 dans la mesure où ce médecin ne motive pas ses conclusions quant à l'ancienneté de la lésion tendineuse très partielle de l'épaule droite. Dans son arrêt de renvoi, le Tribunal fédéral n'a pas contesté le jugement cantonal sur ces questions. Par conséquent, au vu des appréciations médicales divergentes quant à la nature et à l'origine des troubles, il incombait à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale permettant de clarifier, d'une part, la nature des lésions subies par le recourant lors de l'accident du 27 novembre 2009, à savoir tendinopathie du sus-épineux avec ou sans rupture partielle dudit tendon, d'autre part, l'origine de ces lésions, à savoir post-traumatique ou dégénérative avec ou sans aggravation par l'accident et enfin de statuer sur la question du lien de causalité, respectivement sur celle de la disparition des causes accidentelles. Or, le mandat d'expertise ne pose nullement ces questions ce qui permet déjà de douter de l'utilité du rapport d'expertise du Dr N_____.

E. 11

En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 28 avril 2014, le Dr N_____ diagnostique une lésion partielle non transfixiante du tendon du supra-épineux aux

A/612/2015 - 16/19 - deux épaules et une légère instabilité dorso-radiale de la métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Parmi les atteintes diagnostiquées, il considère que seule celle du pouce gauche est vraisemblablement en relation avec l'accident. A la question, « les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées sont-elles encore, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, des séquelles de l'accident ? », l'expert répond que l'atteinte du pouce gauche est probablement en relation de causalité avec l'accident. Par contre, l'atteinte des épaules ne l'est pas. A la question, « les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées ne sont-elles, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, plus à considérer du tout comme des séquelles de l'accident ? », il répond que l'atteinte des épaules n'est plus à considérer comme séquelle de l'accident. Force est de constater que dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ se borne à indiquer que l'atteinte aux épaules résulte d'un état maladif sans développer et démontrer pourquoi il arrive à cette conclusion. Or, sur la question cardinale et controversée de l'origine des ruptures bilatérales partielles du tendon supra-épineux, chez un travailleur de force âgé de 42 ans au moment de l'accident, il appartenait à l'expert d'expliquer pourquoi les lésions des épaules ne sont pas post-traumatiques, respectivement pourquoi les causes accidentelles ont complètement disparu. En outre, ses réponses sont contradictoires en tant qu'il ne retient aucun lien entre l'accident et les lésions bilatérales partielles non transfixiantes du tendon du supra-épineux et en même temps il considère que l'atteinte aux épaules n'est plus séquellaire de l'accident. Or, si les troubles des épaules sont sans rapport de causalité avec l'accident, ils ne peuvent pas ne plus être considérés comme des séquelles de l'accident ou, autrement dit, s'ils ne sont plus séquellaires de l'accident au moment de l'examen de l'expert, ils étaient à l'origine en rapport de causalité avec l'accident. Par conséquent, en tant qu'il ne comporte aucune réelle motivation quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident et les lésions des épaules et qu'il contient des contradictions, le rapport du Dr N_____ ne satisfait pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante. En outre, il est incomplet. En effet, pour permettre de statuer sur la question du lien de causalité,

respectivement sur celle de la disparition des causes accidentelles en cas d'aggravation d'un état maladif préexistant, son rapport devait préciser à partir de quelle date les causes accidentelles ont complètement disparu, ce qu'il ne fait pas, étant relevé que, pour sa part, l'intimée ne lui a pas posé cette question.

E. 12

a) Selon la littérature médicale (Quand faut-il opérer une rupture de la coiffe des rotateurs ?, par A. DJAHANGIRI et A. FARRON in Revue Médicale Suisse 2009 p. 2551ss), la rupture de la coiffe des rotateurs peut être d'origine traumatique, dégénérative ou mixte. Les ruptures traumatiques font suite à des chutes sur le moignon de l'épaule ou des mouvements d'abduction contrariés. Les ruptures dégénératives surviennent chez des sujets plus âgés, et sont souvent associées à un rétrécissement de l'espace sous-acromial (acromion crochu ou avec ostéophyte).

A/612/2015 - 17/19 - Des traumatismes parfois mineurs peuvent dans ces conditions provoquer des ruptures plus ou moins complètes de la coiffe (p. 2552). Il existe une corrélation significative entre l'âge et la survenue d'une atteinte de la coiffe des rotateurs. La prévalence de rupture chez les sujets asymptomatiques est de 20% entre 60 et 70 ans, et atteint même 50% chez les individus entre 70 et 80 ans. Il existe un délai moyen de dix ans entre l'âge d'apparition d'omalgie sur tendinopathie de la coiffe sans rupture (49 ans) et l'âge moyen d'apparition d'une rupture de la coiffe unilatérale (59 ans) et près de vingt ans pour une bilatérale (68 ans ; p. 2551 et 2552). b) D'après la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 496/00 du 8 juin 2001 consid. 3b), l'expérience médicale démontre que la lésion de la coiffe des rotateurs est pratiquement toujours - sauf dans le cas de « rupture » - l'aboutissement d'un processus dégénératif qui, à la suite d'une occurrence fortuite, devient symptomatique (cf. aussi ATF 123 V 44 consid. 2a). Or, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dont font partie les ruptures de la coiffe des rotateurs (let. f), 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 et les références). Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2). c) Dans le cas du recourant, malgré le renvoi du dossier par le Tribunal fédéral pour instruction complémentaire et la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, la chambre de céans ne dispose toujours pas des éléments médicaux lui permettant de vérifier d'une part, si les troubles de l'épaule sont d'origine post-traumatique, dégénérative ou mixte, respectivement s'ils ont été causés ou décompensés par l'accident du 27 novembre 2006, d'autre part, si le statu quo ante vel sine a été atteint et depuis quelle date, respectivement si le caractère exclusivement dégénératif des lésions est établi de façon manifeste et depuis quelle date.

E. 13

a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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

A/612/2015 - 18/19 - consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assureur ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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). b) En l'espèce, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles des épaules et l'accident du 27 novembre 2009, malgré l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire. Par conséquent, l'intimée n'a pas instruit correctement la situation médicale, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, à charge pour l'expert de diagnostiquer les troubles des membres supérieurs, de se prononcer notamment sur l'étiologie des lésions diagnostiquées, de déterminer si une cause extérieure a déclenché les symptômes dont souffre le recourant, de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions diagnostiquées, de déterminer si le caractère exclusivement dégénératif des lésions est établi de façon manifeste et depuis quelle date, respectivement en cas d'absence d'origine dégénérative des lésions si le statu quo ante ou sine est atteint et depuis quelle date. En outre, il devra également statuer notamment sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles et sur l'existence d'une atteinte à l'intégrité physique, respectivement sur leur taux. La chambre de céans est d'avis qu'au vu de la problématique du cas d'espèce, l'expertise devra être confiée à un orthopédiste spécialisé dans les troubles de l'épaule. Après quoi, l'intimée devra réexaminer le droit aux prestations en rendant une nouvelle décision.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition du

E. 16

janvier 2015 est annulée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/612/2015 - 19/19 - 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.