

GE_GERICHTE ATAS/958/2015 vom 14. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_958_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/958/2015 du 14 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/958/2015 del 14 dicembre 2015

Erwägungen

E. 16

Le 12 novembre 2014, l'intimée a répondu au recours : il conclut à son rejet. Le recourant omet intentionnellement de mentionner, dans son recours, les atteintes dégénératives dont il souffrait déjà avant l'événement du 16 novembre 2013. Or, ces atteintes sont incontestables et reconnues par tous les médecins. Le

E. 17

Le 3 décembre 2014, le recourant a formulé des observations sur la réponse de l'intimée. Il persiste dans ses conclusions et sollicite l'audition du Dr F_____, produisant en outre une pièce complémentaire, soit un article de doctrine médicale dont ce médecin est l'un des auteurs. Le but de cette étude est « d'effectuer à la lumière des connaissances actuelles, une révision des critères évocateurs de lésions accidentelles de la coiffe des rotateurs en présence ou non d'un état antérieur » ainsi que les « lésions assimilées à un accident ».

E. 18

L'intimée a répondu le 6 février 2015. Elle persiste dans ses conclusions. Elle observe, au sujet de l'étude scientifique produite, que celle-ci n'est qu'en phase de rédaction, et que l'un des avocats (soussignés) n'est autre que l'un de ses coauteurs. Elle remarque qu'il pourrait être plus sage d'attendre la version définitive avant d'en tirer les conclusions pour le moins hâtives que le recourant souhaite en déduire.

E. 19

a) Le 13 mai 2015, la chambre de céans a procédé à l'audition du Dr F_____, qui a déclaré être toujours actuellement le médecin traitant du recourant, assurant un suivi régulier à une fréquence de six mois, la dernière consultation remontant à environ deux mois. Il a précisé qu'après sa première consultation, au terme de laquelle il avait été décidé de pratiquer une intervention chirurgicale qui s'était

A/2699/2014 - 10/32 - déroulée début janvier 2014, un suivi avait été nécessaire et l'était encore actuellement, car la manière dont il avait été procédé était inhabituelle: l'intervention pratiquée a non seulement consisté à réparer la lésion aiguë, mais également à pallier par un transfert musculaire à une insuffisance chronique du muscle et du tendon sous-scapulaires de la coiffe des rotateurs. Il s'agissait d'une opération nouvelle, qu'il avait apprise à Zurich ; à l'époque - en août 2013 - il n'en avait été pratiqué que cinq, et comme toute intervention nouvelle, elle nécessitait un suivi pour en vérifier l'évolution et les effets. Il confirmait intégralement son rapport du 17 décembre 2013 au Dr D_____. Il a confirmé qu'avant l'événement du 16 novembre 2013, le patient décrivait une symptomatologie de son épaule, précisant qu'effectivement, le patient lui avait indiqué qu'il avait déjà une symptomatologie douloureuse de son épaule, avant la chute du mois de novembre 2013, ce

qui se vérifiait d'ailleurs à l'IRM ; mais par suite de la chute qu'il a faite, il a perdu une partie de sa qualité de vie, car il avait ensuite des difficultés à dormir, à vivre, à travailler, et d'une manière générale à avoir une qualité de vie acceptable. Le 25 juin 2014, il avait établi un rapport à l'intention du médecin-conseil de l'intimée, après sa consultation de l'avant-veille. Il rappelait au premier paragraphe que le patient présentait une lésion chronique de sa coiffe des rotateurs antérieure avec infiltration graisseuse de stade 3 de la partie haute du tendon sous-scapulaire et du grand rond. Il a précisé à ce sujet que la lésion chronique faisait en effet référence à une situation antérieure à la chute de novembre 2013, mais le qualificatif d'antérieure ne se rapportait pas à la chronologie, mais à la localisation de la symptomatologie, soit sur le devant de l'épaule, correspondant au sous-scapulaire et non pas au sus-épineux, qui a précisément été déchiré complètement lors de la chute de novembre 2013. A la question de savoir ce que l'on doit comprendre par « lésion chronique », à partir de quand une lésion devient « chronique », et dans ce contexte, ce qu'évoque notamment l'infiltration graisseuse de stade 3 en termes d'origine et de durée de la lésion, il a précisé que l'on oppose à une « lésion chronique » une « lésion aiguë ». On distingue l'ancienneté de la lésion (chronique ou aiguë) à l'observation de l'infiltration graisseuse. Il s'agit là d'un des signes distinctifs. Il y a plusieurs stades d'infiltrations graisseuses, soit de 1 à 4. Pour illustrer ces distinctions il a indiqué que pour que le sous-scapulaire développe une infiltration graisseuse de stade 3 ou 4, on doit compter sur une période de trois ans. Dans le cas particulier, le sus-épineux ne présente pas d'infiltration graisseuse, ce qu'il pouvait vérifier encore au moment où il s'exprimait, ayant sous les yeux une image IRM T1. Il a d'ailleurs montré et commenté cette image, sur son ordinateur portable, à la chambre de céans et aux parties.

A/2699/2014 - 11/32 - En réponse à une question du conseil du recourant, il a précisé que l'imagerie qu'il venait de présenter, et sur laquelle il se fondait, avait été pratiquée cinq semaines après la chute de novembre 2013. Il a précisé au sujet de la lourdeur de cette chute qu'il n'avait aucune raison de douter des explications que son patient lui avait données, soit qu'il avait chuté lourdement sur son épaule ; ce qu'il pouvait également concevoir, par le fait que dans cette même chute il a eu des côtes brisées. Se posait dès lors la question du traumatisme aigu du sus- et sous-épineux que cette chute avait pu provoquer. Pour lui, ce traumatisme était évident et il pouvait le démontrer par les observations qu'il avait pu faire et qui sont de trois ordres : absence d'infiltration graisseuse des muscles concernés ; œdème musculaire - qui peut être lié à une rétraction ou à une atteinte concomitante du nerf supra-scapulaire. Néanmoins, cette dernière hypothèse n'était que peu probable dans la mesure où la prévalence des lésions du nerf supra-scapulaire dans le cadre de lésions massives de la coiffe des rotateurs est de moins de 2 % dans une étude prospective qu'il avait publiée en 2014; troisièmement, la présence d'un moignon tendineux sur le trochiter, qui est un signe de lésion traumatique selon les publications de Markus LOEW. Dans la mesure de ce qui précède, il ne pouvait partager l'opinion émise par l'expert G_____, qui ne reconnaît pas l'intensité de cette action vulnérante, alors que, comme on l'a vu, la violence de la chute est évidente et de nature à engendrer les traumatismes dont le patient a été atteint. Il a également considéré que l'expert G_____ n'est pas un spécialiste de l'épaule, et qu'il ne fait pas partie du groupe d'experts en la matière, contrairement à son frère (sauf erreur), G_____. Il ne pouvait dès lors donner qu'un avis, qui n'avait été émis, dans le cas particulier, que sur la base d'un dossier. S'agissant du statu quo sine, celui-ci n'aurait jamais pu être atteint si l'on n'avait pas procédé à une intervention chirurgicale, et le patient aurait présenté – comme dans 80 % des cas – une épaule pseudo-paralytique. En

l'occurrence, le patient, même après l'opération, n'allait pas aussi bien qu'avant la chute. Il ne le connaissait pas à l'époque, mais il se plaint toujours de ses douleurs, lorsqu'il le reçoit, tous les six mois. Il peut au demeurant le vérifier par recoupement avec des rapports de physiothérapie, qu'il tenait d'ailleurs à disposition si nécessaire. Une amélioration n'était pas envisageable. Ceci dit, lorsque M. A_____ présenterait une symptomatologie non compatible avec une qualité de vie acceptable, il pourrait lui proposer – mais cela n'était pas le cas actuellement – une solution consistant dans la pose d'une prothèse totale d'épaule inversée. Sur question du conseil du recourant, il pouvait affirmer aujourd'hui que les troubles présentés par M. A_____ à la suite de son accident ont été la cause d'une gêne sévère qui a motivé une opération et une longue rééducation.

A/2699/2014 - 12/32 - Sur questions du conseil de l'intimée, il a indiqué que le transfert musculaire qu'il avait pratiqué n'avait pas compliqué la rééducation et qu'il était satisfait du résultat. Pour déterminer le choix de pratiquer l'opération, il n'avait pas procédé à des examens comparatifs d'une épaule par rapport à l'autre, car les critères de réparation ne se basent que sur l'épaule ipsi-latérale (du côté concerné). Ces critères sont principalement l'âge, l'infiltration graisseuse, la rétraction tendineuse et la qualité du tendon. A ces critères s'ajoutent encore la biologie du patient, sa mobilité (lorsqu'il l'avait vu, en décembre 2013, il souffrait mais il avait récupéré ses amplitudes passive et active). L'un des critères que l'on voyait souvent ces derniers temps est celui de la perte de la mobilité active (épaule pseudo-paralytique). Dans le cas particulier, le patient n'en souffrait pas lorsqu'il l'avait examiné. b) Le recourant a pour sa part précisé, en cours d'audition du témoin : " Je souhaiterais préciser à ce stade que malgré la symptomatologie « de trois ans » à laquelle il est fait référence, et dont je pouvais souffrir, avant la chute, j'ai tout de même pratiqué la voile en haute mer pendant 35 ans, y compris jusqu'aux mois précédant la chute, et je n'étais absolument pas empêché de manipuler les voiles, de barrer un bateau..., ce que je n'ai plus pu faire après la chute, et ce dont je suis encore diminué dans mes possibilités, malgré les améliorations consécutives à l'opération."

E. 20

A l'issue de cette audition les parties ont considéré qu'au vu des informations données par le Dr F_____, il apparaissait judicieux de soumettre celles-ci aux services médicaux d'AXA, soit au Dr G_____, et en fonction des résultats de cette consultation, l'on pourrait, le cas échéant, éviter une expertise judiciaire. Les parties ont dès lors sollicité un délai pour pouvoir réaliser d'une part ces consultations, et d'autre part pour discuter entre elles de la suite éventuelle de cette procédure.

E. 21

L'intimée a communiqué sa détermination par courrier du 30 juin 2015 : le Dr G_____ avait été interpellé, à la suite de l'audition du Dr F_____. Dans un rapport du 22 juin 2015, complémentaire à celui du 30 mars 2014, ce médecin-conseil, se fondant sur l'ensemble du dossier médical et radiologique à disposition, ainsi que sur le procès-verbal d'audience du 13 mai 2015, a tout d'abord observé (ad ch.1) qu'en Suisse, les titres reconnus sont ceux de FMH en chirurgie orthopédique, en chirurgie de la main, et expert SIM, mais pas ceux de spécialistes de l'épaule, du coude, de la hanche,... Par ailleurs l'avis du médecin-conseil n'est pas un avis de partie mais un avis neutre. Il a ensuite émis les remarques suivantes : - 2 et 3. Lors de l'audience, le patient déclare avoir fait de la voile en haute mer pendant 35 ans (sport connu pour solliciter considérablement les membres supérieurs), y compris jusqu'aux

mois précédant la chute du 16 novembre 2013. Cependant, depuis le 29 juin 2013, il était en incapacité de travail de longue durée pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec apparition progressive d'insomnies, stress, fatigue et idées suicidaires.
AXA

A/2699/2014 - 13/32 - avait limité l'octroi d'indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au 25 novembre 2013. - 4 à 9. Le dossier contient aussi la mention d'une ancienne intervention chirurgicale cervicale. On ne sait pas si elle était associée à des troubles neurologiques ou à des cervicobrachialgies, et si elle avait laissé des séquelles. Le Dr F_____ avait confirmé que son patient présentait déjà une symptomatologie préexistante de son épaule « droite » (?), avant l'accident du 16 novembre 2013, ce qui corroborait parfaitement les troubles dégénératifs objectivés. Dans son rapport médical du 25 juin 2014, ce médecin avait qualifié ce traumatisme d'adéquat, sans analyse complète de la causalité naturelle ni de l'action vulnérante manifestement inappropriée. Il avait confirmé que son patient avait retrouvé en décembre 2013 la mobilité complète de son épaule mais avec la persistance de douleurs plus fortes qu'avant le traumatisme. Cet élément isolé avait une valeur probante plutôt faible, si l'on ne voulait pas tomber dans le syllogisme du post hoc ergo propter hoc. L'épaule n'était en tout cas pas « pseudoparalytique » avant l'opération. L'intervention chirurgicale avait été faite pour « éviter qu'elle (l'épaule) ne le devienne (pseudoparalytique) comme dans 80 % des cas ». Pour ce médecin-conseil, ce pronostic sombre restait discutable, mais il n'était pas relevant pour l'analyse de la causalité naturelle. Le Dr F_____ ajoute que le statu quo sine n'aurait jamais été atteint s'il ne l'avait pas opéré, et plus loin qu'il persistait des séquelles définitives qui pourraient nécessiter une arthroplastie hypothétique à long terme (option qu'il avait considérée comme mauvaise dans son rapport du 17 décembre 2013). Ces déclarations semblaient contradictoires. - 10.

Absence de toute notion de traumatisme dans les indications radiologiques figurant sur le rapport d'échographie du 26 novembre 2013 et celui de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 9 décembre 2013. Il relève que ce dernier rapport avait été établi en annulation et remplacement d'un précédent rapport du 6 décembre 2013 « (à la demande du Dr F_____ ?) » Et qu'il ne mentionnait que les éléments anamnestiques suivants : « status après infiltration le 26 novembre 2013 avec bon effet, mouvement brusque et réapparition très subite de douleurs de l'épaule. Nouveau bilan extensif ». Ces éléments sont importants: d'une part on sait qu'un œdème du muscle sus-épineux peut se retrouver à l'IRM après une infiltration cortisonée; d'autre part et contrairement au choc direct du 16 novembre 2013, ce « mouvement brusque » exécuté deux semaines plus tard avait peut-être sollicité le tendon du sus-épineux. Ce dernier était déjà manifestement le siège d'un état dégénératif préexistant sévère (cf. plus loin). Une éventuelle lésion assimilée à un accident (OLAA 9.2) ne s'appliquait donc pas pour ce 2e événement. - 11. À l'examen de l'arthro-IRM du 9 décembre 2013 cette épaule ne présentait aucun signe de lésions fraîches, notamment aucun signe de contusion des parties molles ni de contusions osseuses (qui aurait pu signer un choc direct

A/2699/2014 - 14/32 - récent sévère) ; mais par contre toute une série de lésions manifestement dégénératives. L'articulation acromio-claviculaire était le siège de remaniements dégénératifs avec ostéophytose et petite ossification marginale sans évidence de lésions fraîches. Les tendons de la coiffe des rotateurs présentaient tous une tendinopathie interstitielle qui devenait perforante au niveau du sus-épineux et du sous-scapulaire avec une large perte de substance de ces deux tendons antagonistes. Tous

les groupes musculaires de la coiffe des rotateurs étaient le siège d'une amyotrophie graisseuse avancée de stade II dans le muscle sus-épineux et sous-épineux et de stade III dans les muscles sous- scapulaires et grand rond selon la classification de Goutallier. À noter que pour les muscles sus-épineux et grand rond, l'amyotrophie graisseuse est maximale dans la portion crânienne de ces muscles où il n'y a pratiquement plus de fibres musculaires visibles sous l'aponévrose, remplacées par de la graisse. Si l'on ne considère que ces parties musculaires crâniennes, la dégénérescence graisseuse atteindrait un stade IV. Quoi qu'il en soit, l'amyotrophie graisseuse doit être considérée comme diffuse et majeure dans tous les muscles de la coiffe des rotateurs y compris dans le sus-épineux, témoignant de l'aboutissement d'un processus chronique évoluant sur des années. - Les éléments ci-dessus s'ajoutent à ceux de son analyse précédente et confirment ses conclusions du 10 mars 2014. Le statu quo sine de la contusion bénigne du 16 novembre 2013 a dû être retrouvé au plus tard après un mois. Et pour conclure, il se réfère au récent ouvrage, publié en 2011, sous l'égide de la SOFCOT - la plus grande société d'orthopédie en Europe - et sous la direction des Drs KEMPF et MOLÉ, ouvrage de référence faisant le point sur la doctrine médicale actuelle en la matière. Pour lui la valeur de cet ouvrage de référence dépasse de très loin les avis personnels de quelques chirurgiens isolés. Après avoir fait la synthèse de ce rapport médical complémentaire, l'intimée a persisté intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle ne s'opposait toutefois pas (plus) à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

E. 22

juin 2015. Il persiste intégralement dans les conclusions de son recours. Contrairement au Dr G_____, le Dr F_____ avait pu constater de visu les lésions affectant l'épaule du recourant des suites de sa chute, non seulement à l'occasion de plusieurs examens cliniques, avant et après l'intervention, mais également lors de celle-ci. Il était donc indiscutablement le mieux placé pour distinguer les lésions qui relevaient d'une dégénérescence chronique antérieure à la chute, de celles, traumatiques, qui en avaient été la conséquence. Avant sa chute, la pratique de la voile du recourant se limitait à quelques sorties par an, mais ne constituait en aucun cas une activité sportive pratiquée de manière intensive. Le fait qu'il ait pu pratiquer la voile jusqu'à sa chute démontre qu'en dépit de quelques lésions dégénératives, au

A/2699/2014 - 15/32 - demeurant fréquentes pour des personnes de son âge et partant non significatives, l'état de son épaule lui permettait néanmoins de pratiquer sporadiquement ce sport exigeant. Contrairement à ce que tente d'affirmer le médecin-conseil de l'intimée, l'allégation du recourant renforce la thèse selon laquelle la mobilité de son épaule avant la chute n'était pas affectée par les tendons sujets aux lésions dégénératives, de sorte que celles-ci n'ont joué aucun rôle à l'occasion ni après la chute, laquelle avait en revanche occasionné la rupture brutale de tendons auparavant sains, de même que les conséquences ultérieures. Toute l'argumentation de l'intimée se borne à contester sans motif ce qui précède. Les considérations du médecin-conseil relatives à l'incapacité de travail du recourant, pour motifs psychiques en 2013 sont étrangères au litige et suggèrent la partialité de ce médecin, au profit de l'intimée. La seule question en l'espèce pertinente est de savoir si l'incapacité de travail du recourant était liée aux suites de sa chute ou d'un état dégénératif antérieur. À cet égard, les réponses fournies par le Dr F_____ sont sans équivoque et incomparablement plus convaincantes que celles du médecin-conseil de l'intimée. L'intervention cervicale évoquée par le Dr G_____ au ch. 4 de ses observations, sans

aucun rapport avec l'épaule, avait été pratiquée il y a plus de vingt ans par un neurochirurgien réputé. Elle n'avait laissé aucune séquelle. Au demeurant il appartient à l'assureur de démontrer l'existence d'un lien - entre cette intervention et les lésions concernées ici -, ce que ne fait pas le Dr G _____. L'existence d'une pathologie dégénérative n'est pas contestée. Elle ne l'a jamais été. Le Dr F _____ a clairement expliqué que les tendons atteints de dégénérescence chronique n'étaient pas les mêmes que ceux qui se sont rompus sous l'effet de la chute. Il a exposé lors de son audition par la chambre de céans, sans ambiguïté, que les signes de dégénérescence concernent le tendon « sous-scapulaire » alors que c'est le « sus-épineux » qui a été « déchiré complètement lors de la chute de novembre 2013 ». S'agissant de ce tendon, il confirme qu'il ne faisait l'objet d'aucune infiltration graisseuse caractéristique des lésions chroniques... Il avait d'ailleurs illustré son affirmation en montrant et commentant à la chambre de céans et aux parties l'imagerie dont il disposait dans son ordinateur au moment de son audition. C'est à tort que le Dr G _____ reproche au Dr F _____ de ne pas avoir entrepris l'analyse complète de la causalité, ni de l'action vulnérante, au moment de son rapport. Il s'était d'ailleurs longuement expliqué au moment de son audition sur l'action vulnérante de la chute et son caractère adéquat au regard des lésions constatées. Pour le surplus, le recourant ayant commenté point par point le dernier rapport du médecin-conseil de l'intimée, ses remarques seront reprises dans la mesure utile dans les considérants. L'instruction de la cause a clairement établi les relations de causalité permettant d'imputer l'incapacité de travail du recourant aux conséquences de sa chute et non à celles d'un état dégénératif antérieur. Il a encore joint à ses écritures deux états de frais pour la période du 20 avril 2014 au jour de ses écritures, s'agissant de l'évaluation des honoraires d'avocat, en vue de la fixation de l'indemnité de procédure réclamée.

A/2699/2014 - 16/32 -

E. 23

Les parties ont été informées de ce que la suite de la procédure était réservée.

E. 24

Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

novembre 2013 a mis en évidence des lésions multiples de la coiffe des rotateurs avec microcalcifications et bursite sous-acromiale sévère. Une infiltration de cortisone de l'espace sous-acromial gauche a été faite avec un bon effet. Quelques jours plus tard, les douleurs sont réapparues lors d'un mouvement brusque de l'épaule. Une arthro-IRM de l'épaule gauche a montré une tendinopathie massive de la coiffe des rotateurs avec perte de substance du sus-épineux et du sous-scapulaire et infiltration graisseuse grade II et III. Le 16 décembre 2013 le patient a consulté le Dr F _____: il présentait une douleur acromio-claviculaire sans limitation

A/2699/2014 - 23/32 - fonctionnelle de son épaule gauche avec des signes de provocation positive pour un conflit sous-acromial. Une intervention chirurgicale lui a été proposée avec réparation de la coiffe des rotateurs au moyen d'un lambeau intérieur du grand dorsal. Les suites ne sont pas connues. Le médecin-conseil conclut que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche de ce patient et l'accident du 16 novembre 2013 est très peu

probable pour neuf raisons - énumérées en détail dans les faits retenus ci-dessus ad chiffre 9 pages 4 et 5. En conclusion, il considère que ce patient présentait certainement un état dégénératif sévère de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche (tête quasi-chauve) dont la symptomatologie aurait pu débiter à n'importe quel moment, soit par la dynamique de la lésion elle-même, soit en réponse à des événements bénins et ordinaires de la vie, tels que des contusions. L'événement n'a fait que révéler, mais n'a pas causé, les dégâts anatomiques. Sachant que l'immense majorité des contusions bénignes guérissent sans séquelles en moins d'un mois, on peut raisonnablement considérer que le statu quo sine de l'événement du 16 novembre 2013 a été retrouvé au plus tard le jour de la consultation médicale du 16 décembre 2013. Il résulte donc de cet avis que l'événement du 16 novembre 2013 était de nature accidentelle, soit une chute dont la description évoque une violence certaine ayant causé immédiatement des douleurs aiguës à l'épaule gauche et aux côtes. Le médecin-conseil se fonde sur les documents médicaux à disposition, retenant essentiellement les aspects dégénératifs mis en évidence par les examens effectués entre le 26 novembre et le 6 décembre 2013. On constate toutefois d'emblée que les constatations différenciées du Dr F_____, dans son rapport du 17 décembre 2013, qui distingue d'une part la lésion de la coiffe supérieure d'allure récente aux dépens du tendon sus-épineux, et la luxation du long chef du biceps, qui évoquent des lésions d'origine traumatique, et d'autre part les importantes infiltrations graisseuses du tendon sous scapulaire et du grand rond, qui évoquent quant à elles une origine dégénérative, n'ont pas été pris en compte de façon différenciée par le Dr G_____. Ce dernier constate simplement que le Dr F_____ a proposé au patient une intervention chirurgicale avec réparation de la coiffe des rotateurs au moyen d'un lambeau intérieur du grand dorsal, dont les suites ne sont pas connues. Or, le chirurgien traitant mentionne expressément dans son rapport non seulement les différentes options qui s'offraient au patient, mais également celle retenue et qu'il décrit, soit : la réalisation d'une arthrotomie de l'épaule, la réparation du tendon sus-épineux et la réparation partielle de son tendon sous-scapulaire, et pour cette dernière, pour pallier à l'insuffisance de ce tendon, l'utilisation d'un lambeau antérieur du grand dorsal. Cette description montre de façon claire que l'objectif de cette intervention chirurgicale était non seulement de réparer la lésion (d'origine traumatique) touchant le sus-épineux, mais également de réparer l'épaule dans les parties atteintes par des dégénérescences, en particulier avec le recours au lambeau du grand dorsal, dont le chirurgien avait expressément relevé dans son rapport que contrairement au grand rond, ce muscle n'était pas atteint par des infiltrations graisseuses, ce qui permettait d'en utiliser un lambeau pour pratiquer la chirurgie

A/2699/2014 - 24/32 - réparatrice du sous-scapulaire et du grand rond. Dans son rapport, le médecin-conseil note simplement que les suites de l'intervention chirurgicale ne sont pas connues. La chambre de céans relève à ce sujet qu'il est regrettable que ce médecin, chargé d'émettre un avis décisif, impliquant qu'il ait à disposition tous les éléments nécessaires pour se forger une opinion objective et complète (d'autant qu'il n'a jamais lui-même examiné l'assuré) n'ait pas eu la curiosité d'interpeller le chirurgien, notamment pour solliciter le cas échéant un rapport opératoire ou des détails sur ce qu'il avait pu observer lors de l'intervention. On relèvera en outre que certains des motifs retenus par le médecin-conseil, pour considérer que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche de ce patient et l'accident du 16 novembre 2013 était très peu probable, n'apparaissent pas déterminants – voire totalement étrangers à la problématique posée -, suggérant une approche très subjective, qui laisse entrevoir une certaine partialité du

médecin à l'égard de l'assuré, favorable à l'assureur. Il en va ainsi de l'âge du patient et des antécédents de douleurs à l'épaule : certes il est usuel de voir que plus l'âge avançant, plus il est fréquent de voir des lésions d'origine dégénérative, mais cela n'exclut pas, dans certains cas, des lésions d'origine traumatique, comme ici par rapport à la lourdeur de la chute, celles qui ont atteint le sus-épineux; ce qui peut non seulement expliquer que l'accident ait pu à la fois révéler certains dégâts anatomiques, mais en causer d'autres. Ce que le médecin-conseil n'exclut du reste pas, dès lors qu'il considère seulement que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche de ce patient et l'accident du 16 novembre 2013 est très peu probable. Un second motif interpelle : la déclaration d'accident tardive (7.1.2014). Il n'est pas contesté que, immédiatement après sa lourde chute en avant, le recourant a ressenti des douleurs aiguës à l'épaule gauche et aux côtes. Certes, au lieu de se rendre immédiatement à l'hôpital ou chez un médecin, il a pris sur lui de rentrer chez lui et de traiter ces douleurs lui-même en absorbant des anti-inflammatoires, partant de l'idée que les douleurs allaient rapidement disparaître. Ce n'est donc que plusieurs jours plus tard, les douleurs ne disparaissant pas, qu'il a consulté un rhumatologue qui l'a d'abord envoyé faire une échographie et pratiqué une infiltration de cortisone laquelle semblait avoir eu un bon effet. Puis, les douleurs étant réapparues après un mouvement brusque de l'épaule, le rhumatologue l'a adressé à la consultation d'un chirurgien spécialiste de l'épaule. Et c'est alors que des investigations complémentaires ont été entreprises. Ce n'est donc qu'après avoir consulté le Dr F_____, à un moment proche des fêtes de fin d'année, et que ce dernier eût recommandé, au vu de ses constatations, une intervention chirurgicale, - dont on sait au demeurant qu'elle doit intervenir rapidement - , que celle-ci a été planifiée pour les premiers jours de janvier 2014, et qu'ainsi est intervenue la déclaration d'accident, à la rentrée de janvier. On voit mal, au vu du déroulement des faits et de la chronologie de ceux-ci, en période de fêtes de fin d'année, en quoi la déclaration d'accident serait ainsi tardive, et surtout serait un indice du caractère peu probable de la cause accidentelle des lésions concernées, respectivement partiellement concernées. Le médecin-conseil retient encore que l'importance des lésions

A/2699/2014 - 25/32 - tendineuses musculaires de la coiffe des rotateurs ne permet pas une simple suture comme dans les lésions traumatiques, mais nécessite un transfert musculaire au moyen du grand dorsal. Par cette remarque, le médecin-conseil semble n'avoir retenu, des indications du médecin traitant, qu'une partie seulement de ce que ce dernier a indiqué : le recours à un lambeau du grand dorsal ne concernait en réalité qu'une partie de l'intervention, soit la réparation partielle du tendon sous-scapulaire. Ainsi, sur de nombreux points, l'avis du médecin-conseil, sur la base duquel l'intimée a mis fin à ses prestations, en considérant que le statu quo sine était atteint le 16 décembre 2013 n'emporte pas la conviction, et l'on ne saurait lui attribuer la valeur probante exigée par la jurisprudence.

b) Pendant la procédure d'opposition, il a été versé à la procédure une lettre du 25 juin 2014 du Dr F_____ au médecin-conseil de l'intimée : le chirurgien traitant indique alors avoir revu son patient après six mois d'une réparation de la coiffe des rotateurs gauche. Rappelant l'état de l'épaule gauche avant l'intervention, il indique : « il présentait une lésion chronique de sa coiffe des rotateurs antérieurs avec infiltrations graisseuses de stade 3 de la partie haute du tendon sous scapulaire et du grand rond. À la suite d'un traumatisme adéquat, il a fait une rupture complète et aiguë de sa coiffe des rotateurs postéro-supérieur. Les signes radiologiques sont pathognomoniques, à savoir un œdème aigu de rétraction. (Je suis en train de publier ce signe,...). Ceci est la preuve que le patient a présenté une lésion

traumatique aiguë... ». Et plus loin : « l'évolution est donc inespérée au vu de la situation de départ. L'avulsion complète de sa coiffe postéro-supérieure a cicatrisé. Le patient va continuer à faire des progrès et je compte le revoir à un an de l'intervention. En vous laissant donc vous repencher sur ce dossier et en restant à votre entière disposition pour des renseignements complémentaires,... »

Pour tout commentaire, le médecin-conseil de l'intimée a apporté, le 18 juillet 2014, une mention manuscrite sur le courrier du médecin traitant : « pas d'élément nouveau ■ maintenir mes conclusions du rapport médical du 10. 3. 2014 ». L'intimée en déduit, dans sa décision sur opposition, que ce ne serait qu'après avoir pris connaissance du refus de l'assureur que le Dr F_____ prétexte un traumatisme adéquat sans aucune motivation et n'expliquant pas en quoi les conclusions du Dr G_____ seraient erronées. Cette appréciation ne résiste pas à l'examen : en effet, à la conclusion du médecin-conseil (lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche et l'accident du 16 novembre 2013 très peu probable, et statu quo sine de l'événement du 16/11/2013 retrouvé au plus tard le 16/12/2013 au motif que l'immense majorité des contusions bénignes guérissent sans séquelle en moins d'un mois), le médecin traitant a opposé l'étiologie des lésions constatées, soit lésion chronique de la coiffe des rotateurs antérieure avec infiltrations graisseuses de stade 3 de la partie haute du tendon sous scapulaire et du grand rond, avant l'accident et, à la suite d'un traumatisme « adéquat » (chute du 16/11/2013), il a fait une rupture complète aiguë de sa coiffe des rotateurs postéro supérieure. Il explique ensuite la raison pour laquelle il est selon lui prouvé que le patient a présenté une lésion

A/2699/2014 - 26/32 - traumatique aiguë : pour lui les signes radiologiques sont pathognomoniques, à savoir la présence d'un œdème aigu de rétraction.

c) Dans le cadre du présent recours, le Dr F_____ a été entendu par la chambre de céans : pour le détail de ces déclarations, il y a lieu de se rapporter aux faits retenus ci-dessus (ch.19 lettre a) p.8 à 11). Il a confirmé ses rapports antérieurs; l'intervention chirurgicale du 8 janvier 2014 avait non seulement consisté à réparer la lésion aiguë, mais également à pallier par un transfert musculaire à une insuffisance chronique du muscle et du tendon sous-scapulaires de la coiffe des rotateurs. Il s'agissait d'une opération nouvelle, qu'il avait apprise à Zurich ; à l'époque - en août 2013 - il n'en avait été pratiqué que cinq, et comme toute intervention nouvelle, elle nécessitait un suivi pour en vérifier l'évolution et les effets. Il a précisé, s'agissant de sa lettre du 25 juin 2014 au médecin-conseil de l'intimée (§1), que la lésion chronique faisait en effet référence à une situation antérieure à la chute de novembre 2013, mais le qualificatif d'antérieure ne se rapportait pas à la chronologie, mais à la localisation de la symptomatologie, soit sur le devant de l'épaule, correspondant au sous-scapulaire et non pas au sus-épineux, qui a précisément été déchiré complètement lors de la chute de novembre 2013. Il a expliqué en détail ce qui, à l'observation des documents médicaux, permettait de distinguer les lésions chroniques (antérieures à la chute), et la lésion aiguë, consécutive à la chute, en précisant que l'un des signes distinctifs entre ces deux types de lésions était l'observation ou non d'infiltrations graisseuses de stade avancé (3 ou 4), ce qui était manifestement le cas pour les parties avant de l'épaule (subscapulaire et grand rond), au contraire du sus-épineux, ce qu'il pouvait vérifier sur une image IRM T1, qu'il avait sous les yeux, et qu'il a d'ailleurs montrée et commentée à la chambre de céans et aux parties. Il a précisé que cette image avait été pratiquée cinq semaines après la chute de novembre 2013. Au sujet de cette chute, il n'avait aucune raison de douter des explications que son patient lui avait données, soit qu'il avait chuté lourdement sur son épaule ; ce qu'il

pouvait également concevoir, par le fait que dans cette même chute il a eu des côtes brisées. Se posait dès lors la question du traumatisme aigu du sus- et sous-épineux que cette chute avait pu provoquer. Pour lui, ce traumatisme était évident et il pouvait le démontrer par les observations qu'il avait pu faire et qui sont de trois ordres : absence d'infiltration graisseuse des muscles concernés ; œdème musculaire - qui peut (aussi) être lié à une rétraction ou à une atteinte concomitante du nerf supra- scapulaire, mais cette dernière hypothèse n'est que peu probable dans la mesure où la prévalence des lésions du nerf supra-scapulaire dans le cadre de lésions massives de la coiffe des rotateurs est de moins de 2 % dans une étude prospective qu'il avait publiée en 2014 ; troisièmement, la présence d'un moignon tendineux sur le trochiter, qui est un signe de lésion traumatique selon les publications de Markus LOEW. Il ne pouvait dès lors partager l'opinion du Dr G_____, qui ne reconnaît pas l'intensité de cette action vulnérante, alors que la violence de la chute était évidente et de nature à engendrer les traumatismes dont le patient a été atteint.

A/2699/2014 - 27/32 - Le Dr G_____ s'est prononcé, à la suite de l'audition du Dr F_____. Dans un rapport du 22 juin 2015, complémentaire à celui du 30 mars 2014: il a émis les remarques consignées – pour le détail - dans les faits retenus ci-dessus (ad ch. 21 p. 11 à 13). La chambre de céans ne peut que s'étonner de certaines remarques du médecin-conseil, censé se prononcer sur les éléments apportés par l'audition en enquêtes par le médecin traitant : se référant aux explications du recourant qui, en comparution personnelle, expliquait avoir pratiqué la voile en haute mer pendant 35 ans, jusqu'aux mois ayant précédé sa chute du 16 novembre 2013, le médecin-conseil remarque que l'assuré était, depuis le 29 juin 2013, en incapacité de travail de longue durée pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec apparition progressive d'insomnies, stress, fatigue et idées suicidaires. AXA avait limité l'octroi d'indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au 25 novembre 2013. Cette question est totalement étrangère à la problématique posée et l'on a peine à en saisir la pertinence, sinon à tenter de discréditer le recourant, au profit de l'assurance qui se trouve, dans le cas particulier, être à la fois l'assureur perte de gain maladie et l'assureur-accidents. Ainsi cette remarque laisse planer un doute sérieux sur la pleine objectivité du médecin-conseil, et sur son impartialité. Une seconde remarque est elle aussi troublante : le médecin-conseil note que le dossier contient aussi la mention d'une ancienne intervention chirurgicale cervicale, « dont on ne sait pas si elle était associée à des troubles neurologiques ou à des cervicobrachialgies, et si elle avait laissé des séquelles ». Il n'en parlait pas dans son rapport du mois de mars 2014, ne fait ici qu'effleurer le sujet, sans dire en quoi cette ancienne intervention pourrait avoir la moindre relation avec l'état dégénératif de l'épaule du recourant, suggérant implicitement que tel pourrait être le cas, tout en admettant que l'on ne dispose d'aucune information quant aux raisons de cette intervention, dont on ne connaît pas même la date. Le recourant a indiqué à ce sujet dans ses dernières écritures, qu'il s'agissait d'une intervention pratiquée il y a plus de vingt ans par un neurochirurgien réputé. Cette intervention n'avait laissé aucune séquelle. Mais si le médecin-conseil avait sérieusement considéré que cette circonstance pouvait entrer en ligne de compte dans la problématique posée, il lui incombait manifestement de solliciter des renseignements supplémentaires de la part de l'assuré. Il a préféré laisser planer un doute, qui affecte manifestement sa crédibilité. Il constate ensuite que le médecin traitant avait confirmé la symptomatologie préexistante de l'épaule « droite ». Or, non seulement cette affirmation ne vient pas renforcer ses propres conclusions, car cette question n'a jamais été remise en cause, sauf qu'il évoque l'épaule droite alors qu'il n'a jamais été question que de l'épaule gauche. Il critique ensuite le fait que le médecin traitant

avait qualifié, dans son rapport médical du 25 juin 2014, le traumatisme d'adéquat, - ce que l'on comprend évidemment comme décrivant un choc de nature à provoquer les lésions constatées

A/2699/2014 - 28/32 - - encore faut-il lire la phrase concernée intégralement ; mais il reproche encore au médecin traitant de ne pas avoir procédé à l'analyse complète de la causalité naturelle ni de l'action vulnérante manifestement inappropriée, selon lui. Il ne dit pas en revanche, pour sa part, en quoi l'action vulnérante (dont il admet donc le principe) serait inappropriée. Il se contente de minimiser la lourdeur de la chute, - pour conclure à une contusion bénigne de l'épaule - et ne procède pas davantage à une analyse appropriée de la causalité naturelle. Il va même jusqu'à relever que le rapport relatif à l'arthro-IRM du 9 décembre 2013 a été annulé et refait « (à la demande du Dr F_____ ?) » suggérant un doute à l'égard de la probité de ce dernier. Le médecin-conseil voit encore des contradictions dans les explications du Dr F_____ : ce dernier indique que le statu quo sine n'aurait jamais été atteint s'il n'avait pas opéré le patient, et plus loin qu'il persistait des séquelles définitives qui pourraient nécessiter une arthroplastie hypothétique à long terme. Le médecin-conseil relève que le médecin traitant avait considéré cette dernière option comme mauvaise dans son rapport du 17 décembre 2013 ; d'où selon lui une contradiction de la part du médecin traitant. N'en déplaise au Dr G_____, il n'y a aucune contradiction dans les explications du chirurgien traitant : il tombe sous le sens que si dans un premier temps, ce dernier, exposant toutes les options possibles initialement, avait mentionné l'arthroplastie, pour l'exclure à ce stade, privilégiant une intervention chirurgicale préalable, il n'apparaît nullement contradictoire que si, dans l'avenir, les effets escomptés de la chirurgie pratiquée ne suffisaient pas, il puisse se justifier alors de recourir à une autre intervention, qui n'apparaissait, initialement, pas prioritaire parmi les solutions possibles. Ces éléments montrent, à eux seuls, et sans que l'énumération soit exhaustive, que l'on ne peut reconnaître pleine valeur probante à l'avis du médecin-conseil de l'intimée. Au contraire, les explications du chirurgien traitant, devant la chambre de céans, en plus des rapports médicaux préalables qu'il avait établis, apparaissent cohérentes, fondées sur des éléments concrets ressortant du dossier. Nonobstant la préexistence d'éléments dégénératifs, la lourdeur de la chute accidentelle du 16 novembre 2013 a été de nature à provoquer les lésions traumatiques, qu'il a constatées et réparées, dans le cadre de son intervention du 7 janvier 2014, en même temps qu'il a également procédé aux gestes nécessaires pour traiter du même coup les lésions d'origine dégénérative, pour l'essentiel à d'autres endroits de l'épaule, comme il l'a démontré de façon convaincante. En résumé, le médecin-conseil de l'intimée n'a pas rapporté la preuve de ce que l'atteinte à la santé et les douleurs, apparues immédiatement après la chute accidentelle du 16 novembre 2013 seraient exclusivement d'origine malade ou dégénérative, et par conséquent l'assureur-accident doit prendre en charge toutes les prestations résultant de cette atteinte à la santé, lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

A/2699/2014 - 29/32 - 11. Reste encore à examiner si le statu quo ante vel sine a été atteint au 16 décembre 2013 comme le soutient l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, ou au contraire dès le 8 août 2014, jour où le médecin traitant a mis un terme à l'incapacité de travail d'abord fixée à 100 % du 16 novembre 2013 au 25 mai 2014, puis à 50 % du 26 mai au 8 août 2014 comme le prétend le recourant. S'agissant d'un retour à un statu quo ante ou de l'évolution vers un statu quo sine, il est rappelé qu'on ne saurait se fonder sur la vraisemblance prépondérante, dans le cas de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2

OLAA. L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées). À cet égard, force est de constater que le médecin-conseil de l'intimée a fixé le statu quo ante vel sine au 16 décembre 2013, le jour de la première consultation du recourant auprès du Dr F_____, après avoir considéré, sans autre démonstration, que la chute du recourant, le 16 novembre 2013, serait « inappropriée ». Il en a minimisé l'importance, estimant qu'elle n'aurait engendré qu'une contusion à l'épaule qui, selon l'expérience générale, se rétablirait après un mois. Au vu de ce qui précède, il n'a pas démontré que l'atteinte à la santé qui a persisté au-delà du 16 décembre 2013, proviendrait exclusivement de causes dégénératives, de sorte que selon l'application des principes rappelés précédemment, l'intimée est tenue à prestations au-delà de cette date.

12. a) S'agissant de la fixation des indemnités journalières, respectivement de la détermination du moment où serait atteint le statu quo ante vel sine, la chambre de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales, devoir se fonder sur l'appréciation médicale du médecin traitant : ce dernier a estimé, à la suite de son intervention du 7 janvier 2014 et sur la base de son suivi de l'évolution des suites opératoires, que l'incapacité totale (100 %) de travailler du recourant s'est prolongée du 16 novembre 2013 au 25 mai 2014, puis à 50 % du 26 mai au 8 août 2014, sa capacité de travail étant entière dès cette date. En tant que tel, l'intimée ne conteste pas cette appréciation, sinon pour considérer que les conséquences de l'incapacité depuis le 16 décembre 2013 ne lui incombaient pas. b) Le recourant conclut à la condamnation de l'intimée à lui verser la somme de CHF 78'382.90 sous suite d'intérêts à 5 % de la date moyenne du 15 février 2014, sous imputation de la somme de CHF 2'761.70 au titre d'indemnités journalières pour cause d'accident. Les conclusions du recourant (CHF 78'382.90) sont fondées sur un revenu annuel de CHF 157'200.- soit une indemnité journalière de CHF 344.54 à raison de 80 % du salaire assuré (80 % de 157'200 = 125'760/365). c) Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG A1) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1) Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-

A/2699/2014 - 30/32 - accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3) Aux termes de l'art. 17 LAA l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG A1), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence (al.1). Le Conseil fédéral établit, pour déterminer les indemnités journalières, des tables dont l'usage est obligatoire (al.3).

L'art. 22 OLAA fixe le montant maximum du gain assuré à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (al.1). Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes - non concernées en l'espèce - (al. 2). L'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (al. 3). Comme l'a relevé à juste titre l'intimée, le revenu pris en compte par le recourant pour calculer le montant de ses conclusions excède le revenu assuré maximum de l'art. 22 OLAA. Comme on le verra ci-dessous, la cause étant retournée à l'intimée pour nouvelle

décision, calcul et paiements des prestations auxquelles le recourant a droit, les indemnités journalières doivent être calculées sur la base du salaire maximum du gain assuré au sens de l'art. 22 OLAA. 13. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée, le lien de causalité entre l'accident du 16 novembre 2013 et les lésions à la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche du recourant étant établi. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision concernant le versement des prestations légales dues. 14. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral, alors que la fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit au droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2011 du 13 juin 2012 consid. 5).

15. En l'espèce, le recourant obtenant très largement gain de cause, les dépens seront fixés à CHF 2'000.- (cf. art. 6 RFPA). 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2699/2014 - 31/32 -

A/2699/2014 - 32/32 - 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.