

GE_GERICHTE ATAS/963/2016 vom 24. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_963_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/963/2016 du 24 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/963/2016 del 24 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En 2016, le lundi de Pentecôte tombait le 16 mai. Datée du 13 avril 2016, la décision querellée a été reçue au plus tôt le lendemain, faisant ainsi courir le délai de recours du 15 avril jusqu'au samedi 14 mai. Posté le

A/1566/2016 - 15/28 - 17 mai 2016, le recours a été formé en temps utile. Respectant également les formes prescrites, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue

(ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). On rappellera également que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 1a ; ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées). b. Toujours selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). En outre, la question qui excède l'objet de la contestation doit être en état d'être jugée et le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force. Enfin, il faut que tous les droits procéduraux des parties soient respectés (Ulrich MEYER, Isabel VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, p. 446). c. En l'espèce, la chambre de céans n'est pas habilitée à se prononcer sur le trouble anxio-dépressif invoqué pour la première fois par la recourante dans son écriture du 17 mai 2016. Diagnostiqué le 4 mai 2016 par le médecin traitant (pièce 19 recourante), soit postérieurement à la décision querellée, et présenté non pas comme une conséquence de l'accident mais de la position de l'intimée dans le traitement du dossier, le trouble allégué ne fait pas partie de la contestation et porte sur un aspect n'étant de surcroît pas en état d'être jugé. Le litige porte ainsi sur le lien de causalité entre l'accident du 28 septembre 2014 et les troubles présentés par la recourante à l'épaule droite, plus particulièrement sur la prise en charge par

A/1566/2016 - 16/28 - l'intimée des frais de traitement y relatifs et des indemnités journalières au-delà du 22 avril 2015, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations.

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique

ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause

A/1566/2016 - 17/28 - extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

E. 7

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 8

a En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît

A/1566/2016 - 18/28 - consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant (et la pleine indemnité journalière en cas d'incapacité de travail), dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3ème éd. 2016 p. 1016 n. 385). Lorsque le statu quo sine vel ante est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références). b. L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. p. 1015 n. 381). c. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics,

l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (ATF 116 V 152, consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 135/96 du 20 août 1997 consid. 2b). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à

A/1566/2016 - 19/28 - un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/ Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50).

E. 9

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 10

a. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré

de vraisemblance prépondérante correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée

A/1566/2016 - 20/28 - est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

b. On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 et les arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2).

E. 11

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/1566/2016 - 21/28 - des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

A/1566/2016 - 22/28 -

b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 12

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 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 13

Se rangeant à l'avis de ses médecins-conseils, les Drs G_____ et K_____, l'intimée considère qu'à la suite d'une chute consécutive à une glissade dans une salle de bains, survenue le 28 septembre 2014, la recourante a présenté des douleurs au bras droit, en particulier à l'épaule droite, d'origine traumatique – en ce sens que l'accident avait entraîné une activation douloureuse d'un état antérieur manifestement asymptomatique auparavant. Dans la mesure où le Dr F_____ relevait simplement, le 22 avril 2015, un long chef du biceps douloureux – l'état de l'épaule étant rassurant par ailleurs –, il était possible, selon le Dr G_____, de considérer que le statu quo sine était atteint le 22 avril 2015. Après que la recourante eut attiré l'attention de l'intimée, dans son opposition du 14 décembre 2015, sur diverses IRM objectivant notamment la persistance de signes de bursite sous-acromiale, le Dr K_____ a considéré en substance, le 12 février 2016, qu'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs – « qui comprend également, sur le plan fonctionnel, le tendon du long biceps », ne pouvait se produire en se cognant la partie supérieure du bras droit, dans la région de l'épaule, contre le rebord de la baignoire. Ainsi, ce traumatisme par choc direct n'expliquait pas la petite fissure intrascapulaire du tendon du long biceps mise en évidence par l'IRM du 11 mars 2015. Quant à la bursite subacromiale, qui « avait été prouvée pour la dernière fois le 4 décembre 2015, soit plus d'un an après la contusion à l'épaule », elle n'était pas, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident mais une modification pathologique liée à l'âge.

A/1566/2016 - 23/28 - Les appréciations de ces médecins-conseils ne convainquent pas : S'agissant du Dr G_____, on relèvera en premier lieu que les douleurs – dont l'activation traumatique le 28 septembre 2014 et la subsistance le 22 avril 2015 ont clairement été admises par ce médecin – ont continué à nécessiter de nombreuses prestations de soins au-delà du 22 avril 2015 (médicaments, physiothérapie, acquisition et port d'une cale d'abduction du bras, infiltrations, intervention chirurgicale le 14 juin 2016, etc.), date retenue pour la fixation du statu quo sine. Quant aux constatations plutôt rassurantes du Dr F_____, sur lesquelles le Dr G_____ a fondé son appréciation du 20 octobre 2015, elles sont mises en doute par les documents d'imagerie, lesquels donnent un substrat aux douleurs. Ainsi, l'IRM du 15 mars 2015 met en évidence une bursite subacromiale ainsi qu'une petite fissure intracapsulaire du tendon du long biceps, diagnostics que le second médecin conseil de l'intimé, le Dr K_____, ne conteste pas. Force est toutefois de constater que ce médecin exclut l'origine traumatique d'une lésion au niveau de la coiffe

des rotateurs sur la base d'un mécanisme accidentel qui ne correspond pas aux versions données par les Drs H_____, D_____ et E_____. Alors que ceux-ci évoquent une chute avec réception sur le coude fléchi, respectivement une chute sur le sol sur l'avant-bras droit semi-fléchi ou le coude droit fléchi (rapports du 23 octobre 2014, respectivement du 7 janvier 2015 et du 9 octobre 2015), le Dr K_____, qui n'a jamais rencontré ni examiné la recourante, est le seul à mentionner (éventuellement avec le Dr F_____ ; pièce 71 intimée), que la recourante aurait cogné la partie supérieure du bras droit, dans la région de l'épaule, contre le rebord de la baignoire (pièce 135 intimée). Dans ces circonstances, les déductions tirées d'un tel mécanisme accidentel par le Dr K_____ sont pour le moins sujettes à caution. De plus, en tant que ce médecin-conseil indique que la bursite sous-acromiale a été prouvée pour la dernière fois plus d'un an après la contusion à l'épaule, il passe principalement sous silence le fait que ladite bursite a été mise en évidence par le Dr H_____ moins d'un mois après l'accident (cf. pièce 37 intimée). Or, l'omission de cet élément pose problème à plus d'un titre : premièrement, cette bursite était présentée, le 25 avril 2016, comme étant encore en partie responsable des douleurs actuelles (cf. pièce 18 recourante) ; deuxièmement, à l'époque où cette affection a été objectivée pour la première fois, soit le 23 octobre 2014, l'intimée fournissait encore des prestations en lien avec l'accident du 28 septembre 2014. En conséquence, le Dr K_____ ne saurait se contenter d'affirmer de façon abstraite que la bursite constitue, au degré de la vraisemblance prépondérante, une modification pathologique liée à l'âge ; il doit expliquer, pour autant que cela soit le cas, que cette pathologie ne constitue plus, au degré de vraisemblance requis, une conséquence de l'accident et, dans l'affirmative, à quelle date. Or, de telles explications motivées font précisément défaut. Compte tenu de ces éléments et de l'absence de description claire des interférences médicales entre l'accident et d'autres événements qui, considérés isolément, ne sont pas nécessairement assurés, les rapports de ces deux médecins-conseils sont dépourvus de toute valeur probante. Pour le reste, les appréciations émises par les

A/1566/2016 - 24/28 - médecins traitants et/ou des spécialistes divergent sur de trop nombreux éléments, y compris diagnostiques, pour permettre à la chambre de céans de se fonder sur l'un ou l'autre de leurs rapports. Enfin, il subsiste un flou, voire des divergences autour du mécanisme accidentel.

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

S'agissant des observations de l'intimée du 14 octobre 2016, la chambre de céans renoncera à modifier la question 1 dans le sens voulu par l'intimée dès lors que le dossier de la procédure comprend le dossier AI. En revanche, elle reprendra partiellement les autres propositions faites par l'intimée dans la mesure de leur pertinence.

A/1566/2016 - 25/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris le dossier radiologique) de l'intimée et de la recourante, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin. 2. Commet à cette fin le Docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Données subjectives de la recourante. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s) précis. 5. Indiquer

depuis quand ces atteintes sont présentes chez la recourante et comment elles ont évolué. Décrire leur évolution avant l'accident du 28 septembre 2014 et après. 6. Déterminer avec précision les circonstances de l'événement du 28 septembre 2014 et le mécanisme accidentel. 7. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite de la recourante sont imputable à l'événement accidentel du 28 septembre 2014 et, si oui, laquelle/lesquelles. 8. La recourante présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite ? Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse. 9. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles. 10. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses IRM/arthro-IRM de l'épaule droite versées au dossier. Lesquelles correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ? 11. En quoi a consisté précisément l'intervention du 14 juin 2016 ? S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite, correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA : a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ?

A/1566/2016 - 26/28 - b. L'accident du 28 septembre 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ? c. En particulier, les atteintes ayant nécessité des prestations de soins après le 22 avril 2015 – soit notamment les infiltrations et l'intervention du

E. 14

Formuler un pronostic global.

E. 15

Toute remarque utile et proposition de l'expert.

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

A/1566/2016 - 28/28 -

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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