

GE_GERICHTE A/1157/2018 vom 3. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1157_2018

FR: GE_GERICHTE A/1157/2018 du 3 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/1157/2018 del 3 ottobre 2018

Erwägungen

E. 25

septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales concernées par ladite modification seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après : aLAA, respectivement aOLAA).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En tenant compte de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), soit du 25 mars au 8 avril 2018, le recours a été interjeté en temps utile dans la mesure où il a été déposé le 9 avril 2018 contre la décision du 1^{er} mars 2018 reçue au plus tôt le lendemain. Respectant également la forme prévue par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes que le recourant a subies à l'épaule droite et au coude droit doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 25 octobre 2017.
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).
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). b/aa. L'art. 6 al. 2 aLAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Selon l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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 aOLAA 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 aOLAA, 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 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 aOLAA 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 aOLAA – les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). b/bb. Les lésions de tendons (déchirures, élongations et extensions) ne peuvent pas toutes être qualifiées de lésions corporelles assimilées à un accident, mais uniquement les déchirures de tendons et, avec des exigences plus sévères en matière de preuve, les déchirures partielles de tendons (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 277/99 du 30 août 2001 consid. 4c ; ATF 114 V 306 consid. 5c ; Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. II). Lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire, une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (123 V 43 consid. 2b). 7. 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. [endif]>![if> 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. b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas atteint, 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). Lorsque le statu quo sine ou 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). 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). c/aa. Par opposition, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2007 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Ainsi, en matière de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, la question déterminante, pour le refus de prestations d'assurance, n'est pas de savoir si les lésions subies revêtent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine dégénérative – par opposition à une origine accidentelle – mais si cette origine est exclusivement dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 aOLAA 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 aOLAA, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 consid.

3.2 et 8C_357/2007 consid. 3.2). c/bb. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 20 août 1997 consid. 2b; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/ Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50). 8. 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). 9. a. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. b. Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (arrêts du Tribunal fédéral 8C_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1 et 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le

système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS,

L'assurance-accidents obligatoire in Meyer (éd.), Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd. 2016, p. 973, n. 214).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se

fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 11. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. 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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) 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 correspond 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). 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). En l'espèce, il est constant qu'en raison d'une chute survenue le 5 janvier 2014 lors d'un match de football, le recourant a subi une atteinte tant à l'épaule droite qu'au coude droit, dont la relation de causalité avec cet accident a été admise par l'intimée lors des rechutes du 2 février 2015 et du 10 juin 2016, justifiant ainsi la prise en charge du traitement médical de ces deux atteintes ainsi que l'incapacité de travail (variable) du recourant jusqu'au 25 octobre 2017, date à laquelle, de l'avis de l'intimée, les troubles résiduels ne découlaient plus des suites de l'accident du 5 janvier 2014 mais étaient de nature malade.

Faisant sienne l'appréciation du 23 octobre 2017 du Dr F_____ pour l'épaule droite, l'intimée fait valoir en substance qu'une IRM effectuée le 24 avril 2014, mettait déjà en évidence un état maladif antérieur à l'accident, prenant la forme d'une arthrose acromio-claviculaire importante puis d'un conflit sous-acromial et enfin d'une tendinopathie avec signes de rupture nécessitant une révision de la coiffe des rotateurs et une excision de la clavicule distale. En conséquence, la pathologie dégénérative qui existait déjà au moment de l'accident du 5 juin 2014 était désormais la cause des douleurs et de l'intervention chirurgicale pratiquée le 19 décembre 2017. Quant aux troubles de l'épaule droite en relation de causalité avec l'accident, le statu quo sine avait été atteint au plus tard trois mois après l'accident, compte tenu du mécanisme de l'événement (chute sans énergie cinétique élevée). Cette appréciation ne convainc pas pour plusieurs raisons. Premièrement, le Dr F_____ ne se réfère pas à la description de l'événement par l'assuré le 19 mai 2014 : « Nous jouions sur du gazon synthétique et alors que le terrain était mouillé, en courant j'ai glissé du pied droit. Malheureusement, mon pied est arrivé ensuite sur une zone sèche et il a été bloqué d'un seul coup. J'ai perdu l'équilibre et je suis tombé sur le coude droit puis sur l'épaule droite » (cf. dossier intimée, pce 45). Or, en appréciant ces mêmes faits, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. G_____ évoque une « violente chute lors d'un jeu de football », mettant en doute l'absence d'énergie cinétique élevée. En second lieu, le Dr F_____ n'explique pas, dans son rapport du 23 octobre 2017, pourquoi il avait considéré, dans ses appréciations antérieures, toutes postérieures de plus de trois mois à l'accident, que l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident (rapport du 31 juillet 2014), que le lien de causalité entre la tendinite de la coiffe des rotateurs et l'accident du 5 janvier 2014 lui paraissait probable (rapport du 2 novembre 2014) et que les troubles mentionnés par le Dr E_____ en juillet 2016 (soit après la seconde rechute) présentaient un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014 (rapport du 18 juillet 2016). Or, si le Dr F_____ était d'avis, le 2 novembre 2014, que la tendinite de la coiffe des rotateurs était probablement due à l'accident, c'était notamment en connaissance des IRM des 24 avril et 24 septembre 2014. Dans ces circonstances, le fait de se focaliser, les 23 octobre 2017 et 14 février 2018, sur les seuls remaniements dégénératifs objectivés par ces mêmes IRM convainc d'autant moins que le Dr F_____ semble ne pas s'être procuré l'IRM du 30 janvier 2017 – elle ne figure en tout cas pas au dossier versé à la procédure – sur laquelle le Prof. G_____ se fonde le 20 octobre 2017 pour retenir qu'il existe une indication à une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs. S'agissant de

l'atteinte au coude droit, l'appréciation du 1^{er} septembre 2017 du Dr F_____ ne convainc guère non plus en tant qu'elle retient que la présence d'un kyste arthrosynovial, objectivée à l'IRM du 8 juin 2017, indiquerait la présence d'une atteinte dégénérative. En effet, quoi qu'en dise l'intimée, le Dr I_____ ne se contente pas de développer un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » dans son rapport du 31 octobre 2017, il explique que la présence du kyste arthrosynovial s'inscrit dans l'évolution du coude depuis l'accident, celle-ci étant notamment marquée par un épanchement articulaire qui constituerait, selon lui, la cause de ce kyste. Le Dr F_____ ne prend cependant pas position au sujet de cette relation de cause à effet expliquée par son confrère, ce qui rend ses appréciations du 1^{er} septembre 2017 et 14 février 2018 d'autant plus lacunaires qu'en date du 31 mars 2015, une IRM du coude « gauche » (recte : droit) objectivait déjà la présence d'une lame d'épanchement intra-articulaire. Or, à cette époque, soit le 8 mai 2015 – et même après la rechute du 10 juin 2016 –, le Dr F_____ était lui-même d'avis que l'enthésopathie des épicondyliens était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014. Compte tenu de ce qui précède, la fin des prestations d'assurance au 25 octobre 2017 se fonde sur des appréciations médicales dépourvues de valeur probante. La chambre de céans ne peut pas non plus se fonder sur les rapports des médecins traitants, insuffisamment motivés. À cet égard, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. G_____ repose principalement sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Quant à l'appréciation du 31 octobre 2017 du Dr I_____, elle demeure trop succincte sur l'étiologie du kyste arthrosynovial. En l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer sur la survenance du « statu quo sine » à la date retenue par l'intimée. Aussi s'impose-t-il de mettre en œuvre une expertise. Celle-ci sera confiée au Docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique, à Carouge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement À la forme : 1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris radiologique) de l'intimée et du recourant, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin.!

exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.![endif]>![if> b. L'accident du 5 janvier 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 ?![endif]>![if> c. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 19 décembre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.![endif]>![if> d. Les atteintes pour lesquelles le Dr I _____ retient une indication opératoire dans son rapport du 31 octobre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention envisagée est justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique est prépondérante.![endif]>![if> e. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 5 janvier 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?![endif]>![if> f. L'accident du 5 janvier 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?![endif]>![if> g. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?![endif]>![if> h. Pour autant que l'accident du 5 janvier 2014 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?![endif]>![if> i. Pour autant que l'accident du 5 janvier 2014 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes et que le « statu quo sine » ou « statu quo ante » ne soit pas atteint, estimez-vous qu'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant ? Si oui, à quelle date peut-on s'attendre à une stabilisation de son état de santé ? Si non, depuis quand l'état de santé du recourant est-il stabilisé ? ![endif]>![if> S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite et/ou au coude droit, ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA : j. L'accident du 5 janvier 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?![endif]>![if> k. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 19 décembre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.![endif]>![if> l. Les atteintes pour lesquelles le Dr I _____ retient une indication opératoire dans son rapport du 31 octobre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention envisagée est justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique est prépondérante.![endif]>![if> m. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 5 janvier 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?![endif]>![if> n. L'accident du 5 janvier 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?![endif]>![if> o. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?![endif]>![if>

p. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50%) ou certain (100%) avec l'accident du 5 janvier 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

q. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50%) ou certain (100%) avec l'accident du 5 janvier 2014 et pour autant que le « statu quo sine » ou « statu quo ante » ne soit pas atteint, estimez-vous qu'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant ? Si oui, à quelle date peut-on s'attendre à une stabilisation de son état de santé ? Si non, depuis quand l'état de santé du recourant est-il stabilisé ?

10. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la SUVA.

Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions du Dr F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, sur la question du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver votre réponse.

11. Le recourant doit-il changer d'activité professionnelle ?

12. Formuler un pronostic global.

13. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;

5. Réserve le sort des frais ;

6. Réserve le fond.

La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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