

GE_GERICHTE A/1508/2017 vom 8. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1508_2017

FR: GE_GERICHTE A/1508/2017 du 8 février 2018

IT: GE_GERICHTE A/1508/2017 del 8 febbraio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.02.2018 A/1508/2017

A/1508/2017 ATAS/115/2018 du 08.02.2018 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit +rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1508/2017 ATAS/115/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 février 2018 5 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. A_____, à MEYRIN, représenté par FORTUNA Protection Juridique SA recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1959, a travaillé en tant que maçon pour B_____ Sàrl et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 26 juillet 2016, il a subi un accident. Selon la déclaration de sinistre du 5 septembre 2016 de son employeur, il a glissé sur l'échafaudage en descendant et s'était rattrapé avec son bras. A titre de blessure est mentionnée une élongation. Le travail a été interrompu à la suite de l'accident dès le 3 septembre 2016.! [endif]>! [if> 3. Selon la conclusion d'un ultrason de l'épaule droite effectué le 9 septembre 2016, il y a des signes en faveur d'une tendinopathie avec probable déchirure du tendon du muscle supra-épineux, et une image suggestive de tendinopathie du tendon du muscle sous-scapulaire. Il n'y avait pas d'argument échographique pour une atteinte du tendon du muscle sous-épineux. Cela était toutefois possible au niveau du tiers-supérieur. ! [endif]>! [if> 4. Le 20 septembre 2016, l'assuré a répondu à un questionnaire de la SUVA. Il y a indiqué être descendu les escaliers de l'échafaudage, lorsqu'il avait glissé sur les marches, s'était tordu la jambe et rattrapé avec le bras. Le jour-même, il avait ressenti des douleurs. Le 3 septembre 2016, il a consulté à l'Hôpital de La Tour. Il était toujours en incapacité totale de travailler et le traitement médical n'était pas terminé. ! [endif]>! [if> 5. Selon le rapport médical du 25 septembre 2016 du docteur C_____ de l'Hôpital de La Tour, l'assuré a subi un traumatisme à l'épaule droite avec un déficit fonctionnel, ainsi qu'une contusion au genou. Pour l'épaule, le diagnostic était une lésion du sus- et sous-épineux. L'incapacité de travail était totale. ! [endif]>! [if> 6. Après avoir pris en charge le cas dans un premier temps, la SUVA a annulé le droit aux prestations par décision du 10 octobre 2016, au motif que les atteintes à la santé n'étaient liées ni à un accident ni à une lésion assimilée à un accident.! [endif]>! [if> 7. Par acte du 14 octobre 2016, l'assuré a formé opposition provisoire à la décision de la SUVA, par l'intermédiaire de son conseil.! [endif]>! [if> 8. L'arthro-imagerie radio-magnétique (IRM) de l'épaule droite réalisée le 25 octobre 2016 a mis en évidence une rupture complète des tendons supra-épineux et infra-épineux, ainsi qu'une rupture partielle des fibres profondes du tendon subscapulaire à sa partie haute avec une subluxation médiale du tendon long chef du biceps qui est le siège d'une discrète tendinopathie focale. Il y avait par ailleurs une atteinte trophique légère à modérée des

muscles supra-épineux et infra-épineux et une atteinte du tendon proximal de l'infra-épineux avec une extension liquidienne en son sein. Enfin, l'assuré présentait un os acromial pouvant favoriser un conflit sous-acromial et s'accompagnant de remaniements dégénératifs autour de la synchondrose.![endif]>![if> 9. Le 1^{er} novembre 2016, l'assurance-maladie Assura a également formé opposition à cette décision, considérant que l'événement remplissait tous les critères de la notion d'accident.![endif]>![if> 10. Dans son appréciation médicale du 8 novembre 2016, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'assuré présentait des stigmates de lésions de tendinopathie chronique, soit un état inflammatoire favorisant une rupture dégénérative. Partant, les conditions légales pour la prise en charge du cas par la SUVA n'étaient pas remplies, la lésion tendineuse étant de façon probable due à des lésions dégénératives préexistantes.![endif]>![if> 11. Par courrier du 25 novembre 2016, l'assuré a complété son opposition, par l'intermédiaire de son conseil. Il a précisé s'être tordu la jambe en glissant, avoir cogné son genou droit et, pour éviter de tomber, s'être rattrapé avec le bras droit. Immédiatement, il avait ressenti de fortes douleurs à l'épaule et au genou droit. Pensant que les douleurs allaient disparaître, l'assuré était parti en vacances et n'avait pas consulté dans l'immédiat un médecin. A la reprise de son travail, les douleurs persistaient et il était très limité à l'épaule droite. Le port de charges était devenu impossible, si bien qu'il avait finalement consulté le Dr C_____ le 3 septembre 2016. Cela étant, un accident était indubitablement survenu. Quant à la nature de la lésion à l'épaule droite, il y avait une déchirure des tendons, laquelle tombait bel et bien dans le champ d'application de la loi. Au demeurant, cette atteinte était confirmée par le docteur E_____, spécialiste en médecine du sport et rééducation. Les suites de l'accident devaient ainsi être prises en charge par la SUVA.![endif]>![if> 12. A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment annexé la lettre du 21 novembre 2016 du Dr E_____ à son mandataire, dans laquelle celui-ci a affirmé que les atteintes litigieuses étaient dues à l'accident du 26 juillet 2016. Le lien de causalité était probable, voire certain. Même s'il n'était pas impossible que l'assuré eût souffert de petites usures des tendons de la coiffe des rotateurs avant l'accident, la rupture transfixiante était consécutive à un événement traumatique. L'assuré gardait une impotence fonctionnelle de son épaule droite, une perte de force et des douleurs. Avant sa prise en charge chirurgicale, il suivait une physiothérapie, afin de maintenir les amplitudes articulaires. Il était toujours en incapacité de travail à 100 % dans une activité manuelle lourde, mais pourrait présenter une capacité de travail à 100 % dans un travail sédentaire. ![endif]>![if> 13. Dans son rapport du 7 décembre 2016 au Dr E_____, le docteur F_____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'examen clinique montrait une trophicité relativement conservée de la ceinture scapulaire. Selon le bilan radiologique, l'espace sous-acromial était conservé. Quant à l'arthro-IRM, elle mettait en évidence une rupture massive de toute la coiffe postéro-supérieure avec une trophicité conservée et une infiltration graisseuse de stade II du sus-épineux et de stade II à III de l'infra-épineux. Le sous-scapulaire présentait également une rupture haute avec sublaxation médiale du long chef du biceps. Une rupture traumatique était vraisemblable au vu de la bonne trophicité musculaire qui ne corrélait pas avec l'involution graisseuse rapidement installée. Il semblait également à ce médecin avoir vu un œdème dans la coiffe postérieure, sous réserve d'une possible contamination du produit de contraste. Le Dr F_____ retenait une indication chirurgicale urgente pour ne pas prendre le risque d'aboutir à une coiffe irréparable.![endif]>![if> 14. Le 10 décembre 2016, le docteur G_____ de l'Hôpital de

La Tour a confirmé au mandataire de l'assuré que le lien de causalité entre les atteintes litigieuses et l'accident était certain, même en présence d'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite.![endif]>![if> 15. Le 13 décembre 2016, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec suture sous-scapulaire, sus-épineux, infra-épineux, ténodèse infra-pectorale du long chef du biceps, ainsi qu'acromioplastie antéro-latérale. Le bilan articulaire montrait un cartilage intact, une rupture du 2/3 supérieur sous-scapulaire, une tendinopathie du long chef du biceps et une rupture complète de toute la coiffe postérieure à l'exception du petit rond, avec rétraction stade II à III et aspect aminci du tendon. ![endif]>![if> 16. Selon l'appréciation médicale du 2 janvier 2017 du Dr D _____ de la SUVA, le statu quo sine était atteint le 1 er novembre 2016 pour les suites de l'accident. ![endif]>![if> 17. Par décision du 9 janvier 2017, la SUVA a annulé sa décision du 10 octobre 2016 et a accepté de prendre en charge les suites de l'accident jusqu'au 1 er novembre 2016.![endif]>![if> 18. Par courrier du 24 janvier 2017, l'assuré a formé opposition provisoire à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a complété cette opposition le 16 février 2017, en concluant à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations au-delà du 31 octobre 2016. Il s'est prévalu de l'avis du docteur J _____, médecin-conseil de l'assureur en protection juridique qui défend l'assuré, selon lequel l'accident était entièrement responsable de la rupture du tendon sus-épineux et infra-épineux transfixiantes. Même s'il avait présenté des atteintes dégénératives avant l'accident, celles-ci n'avaient pas interféré avec sa capacité de travail, dès lors qu'il avait toujours pu travailler à 100 % avant son accident, sans répercussion fonctionnelle et avec conservation de la trophicité musculaire. En effet, l'épaule droite était globalement conservée au niveau du cartilage et présentait une bonne trophicité, ce qui permettait d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une épaule avec des atteintes dégénératives. Au demeurant, l'atteinte du tendon subscapulaire était une atteinte typiquement traumatique.![endif]>![if> 19. Le 2 février 2017, le Dr J _____ a répondu aux questions du mandataire de l'assuré. Il a considéré que le lien de causalité entre l'atteinte et l'accident était probable et que l'intervention chirurgicale pratiquée le 13 décembre 2016 était en lien avec cet accident. Certes, l'assuré présentait probablement des atteintes préexistantes. Cependant, elles n'avaient pas interféré avec la capacité de travail et n'avaient pas de répercussion fonctionnelle. La trophicité musculaire était conservée. Il y avait une dégénérescence tendino-musculaire légère, aggravée de façon déterminante par l'accident. Enfin, il ne partageait pas l'avis du Dr D _____, estimant que l'accident était entièrement responsable de la rupture de la coiffe des rotateurs.![endif]>![if> 20. Dans son appréciation médicale du 24 février 2017, le Dr D _____ a relevé que l'examen arthro-IRM révélait une arthrose acromio-claviculaire modérée, la présence d'un os acromial avec des anomalies de signal des berges au niveau de la synchondrose. Il y avait aussi un remaniement dégénératif de la face intérieure de l'acromion et une subluxation supérieure de la tête humérale. Par ailleurs, cet examen montrait une légère diminution de volume des muscles et une infiltration graisseuse de stade II de Goutalier au niveau du sus-épineux et de l'infra-épineux. L'existence d'un os acromial était connu comme favorisant la survenue d'un conflit sous-acromial et de remaniements dégénératifs, lesquels étaient à l'origine de lésions tendineuses dégénératives. L'existence de l'infiltration graisseuse permettait de dater la survenue de la lésion tendineuse à plus d'une année. Partant, le Dr D _____ a maintenu ses conclusions concernant la fixation du moment du statu quo sine. ![endif]>![if> 21. Le 7 mars 2017, le docteur H _____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a fait savoir au mandataire de l'assuré que le

lien de causalité était certain, en l'absence d'une douleur auparavant et en présence d'un mécanisme clair. L'intervention chirurgicale du 13 décembre 2016 était ainsi en lien à 100 % avec l'accident. Il n'y avait pas d'atteinte préexistante. Il ne partageait pas l'avis du Dr D_____, selon lequel les stigmates de lésions de tendinopathie chronique avaient favorisé la rupture dégénérative. Il a expliqué à cet égard qu'une tendinopathie sous-jacente n'était pas exclue et souvent présente dans cette profession. Toutefois, en l'absence de symptômes et au vu de la trophicité musculaire, il était difficile d'affirmer avec certitude qu'une rupture tendineuse sous-jacente était préexistante.![endif]>![if> 22. Par décision du 16 mars 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré sur la base de la dernière appréciation du Dr D_____. Par ailleurs, l'avis du Dr SUVA n'était pas motivé et ne résistait pas à l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr D_____. Enfin, l'absence de symptômes ne permettait pas d'affirmer un lien de causalité en vertu de la jurisprudence en la matière. ![endif]>![if> 23. Par acte du 27 avril 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision en ce sens que le droit aux prestations fût reconnu au-delà du 31 octobre 2016, subsidiairement pour instruction complémentaire, sous suite de dépens. Il a précisé avoir consulté le 3 septembre 2016 le Dr C_____, ne pouvant plus supporter la douleur à l'épaule droite. Les atteintes de celle-ci étaient directement liées au traumatisme subi, selon avis de ses médecins. ![endif]>![if> 24. La SUVA a soumis le dossier à l'appréciation chirurgicale de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie. Dans son avis du 23 juin 2017, celle-ci a considéré que l'origine de l'atteinte des tendons des muscles infra- et supra-épineux était exclusivement dégénérative, en présence d'une lésion tendineuse complète préexistante. La subluxation objectivée sur l'IRM était par ailleurs le signe de la perte de la fonction du muscle supra-épineux et ne se développait pas en l'espace de quelques semaines. Partant, la rupture du muscle supra-épineux n'avait pas été provoquée par l'accident du 26 juillet 2016, au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, ce médecin a qualifié l'atteinte du tendon du muscle subscapulaire d'altération tendineuse par usure, en excluant une rupture tendineuse, à savoir une interruption des fibres tendineuses perpendiculairement (transfixiante) à l'axe de port du tendon. Aucune lésion structurelle n'étant objectivée, l'atteinte considérée comme « déchirure partielle » n'était autre qu'un clivage ou une atteinte fissuraire dû à la dégénérescence. Par ailleurs, il y avait une infinité de situations où une corrélation simple entre une lésion anatomique et une atteinte fonctionnelle ne pouvait pas s'appliquer. La répercussion fonctionnelle d'une même atteinte anatomique pouvait être très variable et résultait de facteurs complexes, notamment des mécanismes de compensation. Ainsi, chez certains patients avec une mobilité d'épaule conservée, il pouvait être constaté lors d'examen complémentaires ce qu'on appelle communément une tête humérale « chauve », à savoir un status après rupture complète des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs. Un tel mécanisme compensatoire pouvait être observé chez l'assuré, dès lors que le Dr F_____ avait constaté une trophicité relativement conservée de sa ceinture scapulaire avec une élévation antérieure active de 180°, une rotation externe coude au corps de 30°, une rotation interne arrivant à D10 et une abduction de 100°. Cela était un signe que l'atteinte à la coiffe des rotateurs était antérieure à l'accident. De plus, l'assuré n'avait consulté qu'à cinq semaines de l'accident un médecin, ce qui permettait de conclure qu'il n'y avait pas d'impotence fonctionnelle majeure, comme cela aurait été le cas lors d'une atteinte traumatique de la coiffe des rotateurs. Enfin, l'existence d'un os acromial était connue comme favorisant la venue d'un conflit sous-acromial et des remaniements

dégénératifs. Ainsi, l'accident n'avait décompensé que de façon transitoire un état préexistant, mais non pas provoqué une rupture de la coiffe des rotateurs.!

25. Dans sa réponse du 26 juin 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours, sur la base de l'appréciation de la Dresse I_____. Elle a considéré ainsi que la nature exclusivement malade des troubles litigieux était clairement établie, ce qui était confirmé également par le Dr D_____. Au demeurant, les rapports des médecins traitants du recourant ne suffisaient pas à jeter le doute sur les avis des Drs D_____ et I_____, en l'absence d'un examen précis et motivé de l'étiologie des troubles observés. En outre, ils fondaient leur raisonnement sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », non admis par la jurisprudence en la matière.!

26. Dans sa réplique du 15 août 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a produit une attestation de B_____ Sàrl certifiant qu'il n'avait aucun problème au niveau de son bras, ne s'en était jamais plaint et avait toujours accompli les tâches qui lui avaient été demandées. Par ailleurs, l'appréciation de la Dresse I_____ apparaissait peu objective, raison pour laquelle elle devait être écartée. Le recourant a souligné avoir ressenti immédiatement de fortes douleurs lors de la survenance de l'accident. Dès lors que ces douleurs n'avaient pas passé pendant ses vacances, il avait consulté en urgence à son retour un médecin, qui lui avait attesté qu'il ne pouvait pas reprendre son travail. Partant, en tant que la Dresse I_____ a conclu qu'il n'avait pas montré une impotence fonctionnelle majeure au moment de l'accident, son affirmation était erronée. Il était également faux qu'aucune lésion structurelle n'avait été objectivée, à l'exception d'une déchirure partielle, devant être qualifiée de clivage ou atteinte fissuraire dû à la dégénérescence. En effet, selon les explications orales données par le Dr J_____, il ressortait du compte rendu opératoire que le recourant avait subi une rupture massive de trois tendons de la coiffe des rotateurs. En outre, s'il y avait eu une rétraction tendineuse, le chirurgien aurait dû faire une mobilisation du tendon sus- et sous-épineux, ce qui n'était pas décrit dans le rapport opératoire. Pour une rétraction plus ancienne, le chirurgien aurait en outre dû prendre des mesures complémentaires, à savoir un appareillage d'abduction, selon toute vraisemblance. L'absence de ces mesures permettait de conclure à la présence de tendons facilement mobiles et se laissant réinsérer facilement, ce qui contredisait le rapport de la Dresse I_____. Cela étant, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique était nécessaire.!

27. Dans sa duplique du 8 septembre 2017, l'intimée a également maintenu ses conclusions. Elle a souligné que l'avis du Dr J_____ n'était pas consigné par écrit, de sorte qu'il n'était pas de nature à mettre en cause les conclusions de la Dresse I_____. En outre, en considérant que l'assuré n'avait pas présenté d'impotence potentielle majeure dans les suites immédiates de l'accident, la Dresse I_____ n'avait pas exclu l'apparition de toute douleur au niveau de l'épaule. Au demeurant, les conclusions de ce médecin se fondaient sur des faits médicaux documentés et seulement dans une moindre mesure sur le constat que le recourant avait consulté pour la première fois à cinq semaines de l'accident.!

28. Le 19 octobre 2017, le recourant a été entendu par la chambre de céans et a déclaré ce qui suit :! « Il est exact qu'Helsana a fait une expertise. J'ai d'ores et déjà été convoqué à celle-ci et examiné. Toutefois, le rapport d'expertise ne m'a pas encore été envoyé. L'accident est survenu en fin de journée du 26 juillet 2016, lorsque je m'apprêtais à rentrer à la maison. Je n'ai donc pas continué à travailler après l'accident. Au moment de l'accident, j'ai senti qu'il y avait des étirements dans l'épaule droite. Il y avait également une douleur, mais qui n'était pas insupportable. Pendant la nuit suivante, j'ai eu mal à l'épaule. Le lendemain, je suis parti en vacances en avion. Pendant toutes les vacances, mon épaule me faisait souffrir. Fin août, j'ai repris le

travail pendant une semaine. Cependant, je me suis rendu compte que je n'arrivais plus à lever le bras au-dessus de l'horizontale ni à manier correctement un marteau. L'accident est survenu lorsque je descendais l'échafaudage. J'ai glissé et je suis tombé en avant. Ce faisant, j'ai heurté un escalier avec mon genou droit et je me suis accroché avec le bras droit à la barrière de l'échafaudage. En fait, je suis tombé avec tout mon poids sur cette barrière. J'ai également un problème au genou, probablement une lésion du ménisque. Toutefois, le médecin me déconseille pour l'instant de me faire opérer. Dans mon métier, de petits accidents sont fréquents. Ils provoquent des douleurs, mais celles-ci passent généralement avec le temps. Je précise toutefois que je n'ai jamais souffert de l'épaule droite avant cet accident ».

29. Le 25 octobre 2017, l'assureur-maladie du recourant a transmis à la chambre de céans le rapport d'expertise du 1^{er} mai 2017 du docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH. L'expertise semble avoir été effectuée sur la base de l'arthro-IRM de l'épaule pratiquée le 25 octobre 2016 à l'Hôpital de La Tour, ainsi que les rapports de cette clinique du 19 octobre et du 7 novembre 2016. Selon cet expert, il s'agissait d'une coiffe purement dégénérative. Il a par ailleurs établi une instabilité clinique et des douleurs surtout situées au niveau de l'acromio-claviculaire qui faisaient penser à une lésion du ligament acromio-claviculaire qu'il conviendrait de visualiser sur une nouvelle IRM. Il ressort par ailleurs de cette expertise que le recourant avait déjà bénéficié d'un reclassement par l'assurance-invalidité en 2013, en raison de lésions de l'épaule gauche. Selon l'expert, la capacité de travail était nulle dans l'activité actuelle. Un changement d'activité paraissait illusoire.

30. Par écriture du 20 novembre 2017, le recourant a fait observer que le Dr K_____ n'avait pas eu à sa disposition le dossier complet de la SUVA. Par ailleurs, les conclusions de l'expert n'étaient pas claires ni motivées. Il n'a pas non plus mentionné quelles lésions avaient été provoquées par l'accident et dans quelle mesure elles avaient eu une influence sur la capacité de travail. Partant, le recourant a dénié une valeur probante à cette expertise.

31. Le recourant a annexé à son écriture une attestation du 20 novembre 2017 du Dr J_____. Celui-ci a relevé que le diagnostic retenu, au vu du compte-rendu opératoire, était une rupture massive de trois tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. La rétraction tendineuse ne pouvait pas être ancienne, dès lors que l'opérateur aurait dû dans ce cas procéder à une mobilisation des tendons des muscles sus- et sous-épineux, manœuvre qui n'était pas décrite dans le protocole opératoire. Cette constatation contredisait le point de vue de la Dresse I_____. Par ailleurs, si la rétraction était ancienne, l'opérateur aurait dû prendre vraisemblablement des mesures post-opératoires complémentaires, sous forme d'un appareillage d'abduction, ce qui n'a pas été le cas. À cela s'ajoutait que le recourant jouissait d'une entière capacité de travail jusqu'à l'évènement traumatique. Dans ces conditions, il était difficilement explicable qu'un métier physiquement lourd, sollicitant les deux membres supérieurs et notamment le côté droit, pût être exercé à plein temps, sans difficulté majeure, en présence d'une coiffe des rotateurs autant endommagée. Par conséquent, le Dr J_____ a estimé que la rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite était due à l'accident et représentait une aggravation majeure d'un état modérément dégénératif préexistant.

32. Dans ses écritures du 5 janvier 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que les conclusions du Dr D_____ et de la Dresse I_____ étaient corroborées par les observations de l'expert K_____. Les constatations de cet expert résultaient de l'examen précis du matériel radiographique, ainsi que de l'anamnèse détaillée et de l'examen clinique. Par ailleurs, la prise de position du Dr J_____ était insuffisante pour jeter le doute sur les conclusions

cohérentes et convaincantes des autres médecins consultés. En tant que ce médecin rapportait que le recourant était pleinement capable de travailler avant l'accident, il s'est fondé sur l'adage post hoc ergo propter hoc, qui ne permettait pas d'établir l'existence d'un lien de causalité. Enfin, les éléments qu'il tirait du rapport opératoire du 22 juin 2017 étaient en contradiction avec les observations du Dr F_____, comme l'avait expliqué la Dresse I_____ dans ses développements du 15 décembre 2017. 33. À son écriture, la SUVA a annexé l'appréciation chirurgicale du 15 décembre 2017 de la Dresse I_____ qui a constaté que les conclusions du Dr K_____ rejoignaient les siennes. Quant à la luxation acromio-claviculaire, elle a relevé que, lors de l'IRM de l'épaule droite réalisée le 26 octobre 2016, aucune atteinte ligamentaire à ce niveau n'avait été objectivée. Le recourant lui-même a constaté une tuméfaction uniquement après l'opération et après quelques séances de physiothérapie en piscine. Partant, cette luxation ne pouvait avoir été provoquée par l'accident du 26 juillet 2016. Elle a persisté à considérer que la rétraction tendineuse était ancienne, en raison d'une infiltration graisseuse Goutallier II, ce qui signifiait selon Goutallier depuis deux ans. Par ailleurs, il semblait évident qu'il y avait eu mobilisation des tendons. En effet, dans le protocole opératoire, le Dr F_____ évoquait une « réduction satisfaisante des tendons malgré leur mauvaise qualité ». Certes, ce médecin ne parlait pas de mobilisation des tendons. Toutefois, une réduction était l'opération par laquelle on remettait en place. Elle s'appliquait surtout aux fractures et aux luxations, ainsi qu'aux hernies de la paroi de l'abdomen. Cela étant, il paraissait évident qu'il y avait eu mobilisation des tendons. Ainsi, la Dresse I_____ a maintenu ses conclusions précédentes. 34. Sur ce, 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 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. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le litige porte sur les prestations dues dès le 2 novembre 2016, respectivement sur le lien de causalité entre les atteintes de l'épaule droite et l'accident du 26 juillet 2016. 5. 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. 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). La condition de la causalité naturelle est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). c. 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). d. 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). f. 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 rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 6. 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 125 V 351 consid. 3).⁷ 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.

a. 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, 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 même faibles 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. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b. 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).

c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments

pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).! [endif]> [if] 9. 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).! [endif]> [if] 10. a. En l'espèce, les médecins de l'intimée, à savoir le Dr D_____ et la Dresse I_____, considèrent que la rupture complète des tendons supra-épineux et infra-épineux, ainsi que la rupture partielle des fibres profondes du tendon subscapulaire avec une subluxation médiale du tendon long chef du biceps, mises en évidence par l'arthro-IRM réalisée le 25 octobre 2016, sont préexistantes à l'accident. Celui-ci n'a ainsi aggravé que pendant un temps limité un état dégénératif préexistant. Ce faisant, ces médecins se sont notamment fondés sur l'infiltration graisseuse de stade II de Goutallier au niveau du sus-épineux et de l'infra-épineux, laquelle permet de dater la survenue de la lésion tendineuse à plus d'une année. Quant à la subluxation objectivée sur l'IRM, elle est, selon la Dresse I_____, le signe de la perte de fonction du muscle supra-épineux et ne se développe pas en l'espace de quelques semaines. En ce qui concerne l'atteinte du tendon du muscle subscapulaire, il s'agit d'une aggravation tendineuse par usure et non pas d'une rupture tendineuse, à savoir d'une interruption des fibres tendineuses perpendiculairement (transfixiantes) à l'axe du port du tendon. Par ailleurs, ces médecins relèvent que l'existence d'un os acromial est connue comme favorisant la venue d'un conflit sous-acromial et des remaniements dégénératifs.! [endif]> [if] En ce que le recourant a encore pu travailler jusqu'à son accident, en dépit de lésions majeures préexistantes à l'épaule, la Dresse I_____ expose que la répercussion fonctionnelle d'une même atteinte anatomique peut être très variable et résulte de facteurs complexes, notamment d'un mécanisme de compensation. Ainsi, chez certains patients qui présentent une tête humérale « chauve », à savoir un status après rupture complète des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs, il peut être constaté qu'ils ont une mobilité d'épaule conservée. En l'occurrence, un tel mécanisme compensatoire peut aussi être observé chez le recourant, dès lors que le Dr F_____ a constaté une trophicité relativement conservée de sa ceinture scapulaire. De l'avis du Dr K_____, il s'agit également d'une coiffe purement dégénérative. Il constate

toutefois aussi une sur-élévation de la clavicule droite avec une zone très rouge et inflammatoire au niveau de la clavicule distale, ce qui pourrait correspondre à une lésion Tossy V. Le recourant a vu cette tuméfaction seulement après l'opération et après quelques séances de physiothérapie en piscine. La radiographie met en évidence une luxation A-C degré II sans important signe d'arthrose. Une nouvelle IRM devrait être effectuée afin de déterminer si l'assuré présente une lésion du ligament acromio-claviculaire. Si cette hypothèse devait être confirmée, une plastie du ligament acromio-claviculaire pourrait être envisagée, avec éventuellement une résection de la partie distale de la clavicule, ce qui permettrait de diminuer les douleurs et de reprendre au moins partiellement l'activité professionnelle. Selon la Dresse I_____, la luxation acromio-claviculaire n'est pas non plus en rapport avec l'accident, dès lors que le recourant a vu la tuméfaction seulement après l'opération et des séances de physiothérapie. b. Aux avis du Dr D_____ et de la Dresse I_____ s'opposent ceux des Drs F_____, médecin opérateur, et H_____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, du Dr G_____ de l'Hôpital de La Tour, du Dr E_____ et du Dr J_____. Selon le premier, une rupture traumatique est vraisemblable au vu de la bonne trophicité musculaire, même si cela ne corrèle pas avec l'involution grasseuse rapidement installée. Le Dr G_____ considère que le lien de causalité entre les atteintes litigieuses et l'accident est certain, même en présence d'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite. Tel est aussi l'avis du Dr H_____, en l'absence d'une douleur auparavant et en présence d'un mécanisme claire. Certes, une tendinopathie sous-jacente n'est pas exclue et souvent présente dans la profession du recourant. Cependant, en l'absence de symptômes et au vu de la trophicité musculaire, il est difficile d'affirmer avec certitude qu'une rupture tendineuse sous-jacente était préexistante, selon ce médecin. Le Dr E_____ considère dans son rapport du 21 novembre 2016 que le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule est probable, voire certain. De l'avis de ce médecin, il n'est pas impossible que le recourant ait souffert avant l'accident d'une petite usure de ses tendons de la coiffe des rotateurs, mais la rupture transfixiante est consécutive à un évènement traumatique. Quant au Dr J_____, il expose dans son avis du 2 février 2017 que le lien de causalité entre l'atteinte de la coiffe des rotateurs et l'accident est probable, même si le recourant présentait probablement des atteintes préexistantes. En effet, celles-ci n'ont pas interféré avec la capacité de travail et n'avaient pas de répercussion fonctionnelle. La trophicité musculaire était par ailleurs conservée. Aussi estime-t-il que le recourant a présenté avant l'accident uniquement une dégénérescence tendino-musculaire légère, qui a été aggravée de façon déterminante par l'accident. Dans son appréciation du 20 novembre 2017, le Dr J_____ confirme cet avis, en relevant que la rétraction tendineuse ressortant du compte-rendu opératoire, ne pouvait pas être ancienne, car l'opérateur aurait dû dans ce cas procéder à une mobilisation des tendons des muscles sus- et sous-épineux, manœuvre qui n'est pas décrite dans le protocole opératoire. Par ailleurs, si la rétraction était ancienne, l'opérateur aurait dû, selon toute vraisemblance, prendre des mesures post-opératoires complémentaires, sous forme d'un appareil d'abduction, ce qui n'a pas été le cas. Enfin, ce médecin insiste sur le fait que le recourant jouissait avant l'accident d'une entière capacité de travail, non entravée. Selon lui, il est médicalement difficilement explicable, voire incompréhensible, qu'un métier physiquement lourd, sollicitant les deux membres supérieurs et notamment le côté droit, puisse être exercé à plein, sans difficulté majeure, en présence d'une coiffe des rotateurs autant endommagée. c. Il convient de relever que les appréciations de la Dresse I_____ et du Dr D_____ sont fondées sur la connaissance complète du dossier et sur un examen

approfondi des rapports et examens radiologiques médicaux. Leurs conclusions, en particulier celles de la Dresse I_____, qui est un médecin indépendant, sont cohérentes et motivées. Cependant, ce dernier médecin a rendu son expertise sur dossier et n'a jamais examiné le recourant et ne lui a notamment pas posé des questions sur l'anamnèse. De ce fait, la chambre de céans considère qu'il est difficile de reconnaître à son rapport une pleine valeur probante, l'examen personnel du recourant étant important in casu pour l'appréciation du lien de causalité. Quant à l'expertise du Dr K_____, le recourant relève à raison que celui-ci ne semble pas avoir eu à sa disposition le dossier intégral. Une valeur probante moindre doit donc également être reconnue à cette expertise. En ce qui concerne les objections des Drs H_____ et J_____, il y a lieu de rappeler que l'argument, selon lequel le recourant ne souffrait pas de son épaule droite avant l'accident et avait une capacité de travail complète dans ce métier physiquement lourd, est insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle comme exposé ci-dessus. Au demeurant, il n'est pas établi que le recourant n'avait pas de problème avec cette épaule auparavant. En effet, cela repose uniquement sur ses dires et est par conséquent sujet à caution. Il n'en demeure pas moins que le fait que le recourant ait pu exercer avant l'accident un métier lourd à 100% doit être considéré comme un indice en faveur d'un tel lien de causalité naturelle. Les explications de la Dresse I_____ à ce sujet n'emportent pas totalement la conviction de la chambre de céans. En effet, même si le corps humain peut parfois compenser par d'autres muscles une rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs et ainsi préserver la mobilité, cela ne veut pas forcément dire que la personne lésée peut exercer un métier de force. Du reste, la Dresse I_____ ne l'affirme pas. Par ailleurs, plusieurs médecins spécialistes en orthopédie chirurgicale de l'épaule, en particulier le Dr F_____, ont jugé que le lien de causalité était probable, voire certain. A cela s'ajoute que l'argument de la bonne trophicité musculaire est invoqué par le médecin opérateur, le Dr H_____ et le Dr J_____ en faveur d'une rupture traumatique et en même temps par la Dresse I_____ en faveur d'une rupture dégénérative compensée par la musculature. Au vu de ces rapports contradictoires et en l'absence d'une expertise totalement convaincante, la chambre de céans a un doute sur la question du lien de causalité entre l'accident et les lésions à la coiffe des rotateurs, même s'il ne peut être nié qu'une infiltration graisseuse selon Goutallier II parle contre une origine traumatique de ces lésions et qu'il peut être tenu pour certain que le recourant présentait avant l'accident des lésions dégénératives à l'épaule, au vu de son âge et de son métier. Toutefois, comme relevé ci-dessus, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Il apparaît ainsi que l'instruction n'est pas complète et qu'il y a lieu de la compléter par une nouvelle expertise, comprenant également l'examen du recourant et une anamnèse complète. L'expertise permettra également d'établir si la luxation acromio-claviculaire est en lien avec l'accident. Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour complément d'instruction. 11. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction par une nouvelle expertise, comprenant également l'examen du recourant et une anamnèse complète, et nouvelle décision. 12. A cet égard, il sied de rappeler que dans l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître

les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9).>[if> Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités, en gardant à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut pas être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Enfin, la chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, cela reviendrait à accorder à une partie un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017).

13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de dépens.>[if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.>[if> Au fond : 2. L'admet partiellement.>[if> 3. Annule la décision du 16 mars 2017.>[if> 4. Renvoie la cause à l'intimée pour complément d'instruction par une nouvelle expertise, comprenant également l'examen du recourant et une anamnèse complète, et nouvelle décision.>[if> 5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.>[if> 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et

moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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