

## **GE\_GERICHTE A/2959/2011 vom 25. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2959\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2959_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2959/2011 du 25 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2959/2011 del 25 ottobre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.10.2012  
A/2959/2011

A/2959/2011 ATAS/1286/2012 du 25.10.2012 ( LAA ), ADMIS/RENVOI En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2959/2011  
ATAS/1286/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 25  
octobre 2012 3 ème Chambre En la cause Monsieur U \_\_\_\_\_, domicilié à Genève,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant  
contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, représentée par son service juridique, sise Fluhmattstrasse 1, case postale  
4358, 6002 Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier  
DERIVAZ intimée EN FAIT Monsieur U \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant  
équatorien né en 1961, travaillait en qualité de déménageur pour l'entreprise X \_\_\_\_\_  
SA depuis le 1 er janvier 2002 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et  
non-professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA). Le 2 avril 2007, dans le cadre de son activité  
professionnelle, l'assuré a fait un faux mouvement en déplaçant une armoire et s'est blessé  
au dos. La SUVA a refusé de prendre en charge cet événement, considérant que l'assuré  
n'avait pas rendu vraisemblable l'existence d'une chute, ayant de surcroît varié dans ses  
versions de l'événement. Alors qu'il travaillait en qualité de déménageur pour  
Y \_\_\_\_\_ SA depuis le 1 er septembre 2009 et qu'il était toujours assuré auprès de la  
SUVA, l'assuré a été victime d'un accident professionnel en date du 3 août 2010. En  
transportant un carton, il a chuté dans les escaliers et est tombé sur le dos. Il a  
immédiatement ressenti des douleurs en se relevant. Les premiers soins ont été donnés par  
le Dr A \_\_\_\_\_, médecin auprès du GROUPE MEDICAL DE LA DOLE. Selon un  
rapport du 8 septembre 2010, les diagnostics étaient les suivants : suspicion d'hernies  
discale et cervicale, rupture du ligament du genou gauche de grade III et conflit de l'épaule  
gauche. Suite à cet accident, l'assuré a été incapable de reprendre son activité  
professionnelle. Dans un rapport du 14 décembre 2010, le médecin du GROUPE  
MEDICAL DE LA DOLE a affiné les diagnostics précédemment posés en retenant ceux  
d'entorse grave du genou gauche et de rupture ligamentaire de grade III, d'hernie discale  
C4-C5 et cervicale C3-C4 ainsi que de conflit acromio-claviculaire de l'épaule gauche.  
L'évolution était peu favorable et un dommage permanent sous forme de lombalgie et de  
conflit acromio-claviculaire était à prévoir. Enfin, l'assuré était dans l'attente d'un  
consilium spécialisé. Selon un rapport établi le 14 janvier 2011, à la suite de la radiographie  
de la colonne lombo-sacrée réalisée le même jour, des discrets remaniements dégénératifs  
étagés de la colonne sous forme d'ostéophytes antérieurs et latéraux ainsi que des  
remaniements dégénératifs de l'articulation sacro-iliaque gauche dans sa partie inférieure  
étaient constatés. En guise de conclusion, le radiologue a retenu une discrète

lombo-discarthrose prédominant en L4-L5, une absence de fracture-tassement et une asymétrie des membres inférieurs en défaveur du membre inférieur gauche. Selon le rapport également établi le 14 janvier 2011, suite à la radiographie des genoux effectuée le même jour, une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, ne se majorant pas en Schuss, était constatée. Le 24 janvier 2011, l'assuré a été examiné par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA. A titre liminaire, le médecin d'arrondissement a relevé que l'assuré avait varié dans ses versions s'agissant de l'événement du 2 avril 2007. Concernant l'accident du 3 août 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué que, lors de son examen clinique, les troubles cervico-brachiaux apparaissaient au premier plan. Il a précisé qu'il avait constaté un syndrome cervical avec déficit sensitif diffus du membre supérieur gauche, quelques manifestations irritatives sans épanchement ni laxité anormale manifeste au niveau du genou gauche et des manifestations anxieuses ainsi que des signes de non-organicité de type Waddel. Pour le Dr B \_\_\_\_\_, les radiographies à disposition ne démontraient pas d'atteinte ostéo-articulaire de l'épaule ni d'atteinte importante du genou gauche, à l'exception d'une ébauche arthrosique fémoro-tibiale interne. Compte tenu de l'état de l'assuré, le médecin d'arrondissement a cependant préconisé un séjour d'observation stationnaire à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) aux fins, notamment, de préciser l'étiologie des cervicobrachialgies et d'exclure un conflit disco-radulaire par un bilan IRM et neurologique. Le séjour à la CRR devait également permettre d'évaluer les lésions du genou et la part de la problématique psychosomatique et anxieuse. En attendant le résultat du séjour à la CRR, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu un lien de causalité naturelle entre les troubles douloureux et l'accident du 3 août 2010. Dans un rapport du 14 avril 2011, établi par le médecin du GROUPE MEDICAL DE LA DOLE, les diagnostics suivants étaient posés : lombalgie chronique, hernie discale L4-L5 et entorse grave du genou gauche. L'évolution était favorable. Quant au dommage permanent, il portait sur une instabilité du genou gauche. L'assuré a séjourné à la CRR du 16 février au 25 mars 2011. Selon le rapport relatif au séjour, établi le 11 avril 2011, les diagnostics retenus étaient les suivants : cervicarthrose pluri-étagée, status post-urétéro-lithotomie en janvier 2010, consécutives à des douleurs abdominales et du flanc droit irradiant dans la région dorso-lombaire, status post-traumatisme abdominal ancien, par arme à feu, datant de plus de 25 ans, avec projectile métallique au niveau pelvien, vu au scanner lombaire du 10 avril 2007, hernie discale L5-S1 et status post-dorsalgie en 2007. A la demande des médecins de la CRR, un scanner de la colonne cervicale a été effectué le 7 mars 2011 et a mis en évidence une cervicarthrose pluri-étagée sous forme de pincement discal, une sclérose sous-chondrale des géodes, une uncarthrose et des protrusions disco-ostéophytaires postérieures. Un rétrécissement des trous de conjugaison au niveau C3-C4 des deux côtés, au niveau C5-C6 notamment à droite et au niveau C6-C7 à droite, pouvant être à l'origine d'un conflit avec les racines C4 des deux côtés, C6 à droite et C7 à droite, a été constaté. Il en allait de même de protrusions disco-ostéophytaires postérieures notamment au niveau C4-C5 et C5-C6 entraînant un canal cervical étroit de 6mm. A l'examen clinique, une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche avec des dysesthésies ne correspondant pas au trajet nerveux a été relevée. Il n'y avait aucune limitation de la mobilité cervicale et de l'épaule ni aucun signe d'une atteinte centrale ou périphérique. Enfin, aucune atrophie musculaire n'était relevée. L'électroneuromyographie (ENMG) réalisée le 7 mars 2011 s'était avérée très rassurante et n'avait pas montré d'anomalie des neurographies sensitivo-motrices du membre supérieur gauche. Une atteinte périphérique,

radiculaire, plexulaire ou médullaire était alors exclue. Compte tenu de la symptomatologie douloureuse, un examen rhumatologique a été pratiqué mais il était impossible de déterminer l'existence ou non d'une tendinopathie de la coiffe, aucune amyotrophie n'étant toutefois relevée au niveau scapulaire. Quant au genou gauche, il était également douloureux mais sans épanchement intra-articulaire. Le tableau évoquait toutefois fortement un état douloureux chronique diffus avec un possible trouble somatoforme, le mécanisme de la chute semblant dérisoire par rapport aux impotences fonctionnelles et au handicap allégué. Les examens radiologiques et notamment les radiographies standards de l'épaule gauche ne démontraient aucune lésion du cadre osseux, aucune calcification ni élévation de la tête humérale pouvant parler pour un conflit sous-acromial. Une IRM de l'épaule gauche pouvait cependant s'avérer utile mais elle n'était pas faisable compte tenu des objets métalliques situés au niveau du bassin. Quant aux radiographies du genou gauche, elles étaient sans particularités et ne mettaient en évidence aucun signe dégénératif. L'IRM du genou n'était toutefois pas à la disposition du médecin examinateur. S'agissant des douleurs et des paresthésies des membres inférieurs, un ultrason (US) avait mis en évidence une thrombose chronique de la veine fémorale superficielle gauche, montrant une bonne perméabilité et ne nécessitant pas de traitement. En raison de la thymie triste, un avis psychiatrique a été demandé et le diagnostic de probable trouble dissociatif mixte, avec composante motrice et convulsive, auquel s'ajoutaient des facteurs extérieurs de stress défavorables, a été posé. En guise de conclusion, les médecins de la CRR ont considéré qu'une atteinte ostéo-articulaire et neurologique pouvant expliquer la symptomatologie et l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche était exclue. Ils ont ainsi conclu à des troubles dissociatifs moteurs sans relation directe avec l'accident, étant précisé que l'existence de ce dernier n'était pas certaine, les versions de l'assuré ayant varié. Dans une appréciation médicale du 9 mai 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a considéré que plus de 9 mois après l'accident assuré, ce dernier ne jouait plus aucun rôle dans la symptomatologie douloureuse et invalidante affichée par l'assuré. Le statu quo sine était largement atteint sur le plan somatique et les troubles invalidants présentés par l'assuré étaient à mettre en relation avec des facteurs non organiques et psycho-sociaux dont l'adéquation restait à démontrer. Par décision du 14 mai 2011, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mai 2011, considérant que l'accident du 3 août 2010 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles encore présentés. L'assuré s'est opposé à la décision précitée par écriture du 14 juin 2011, dans laquelle il a notamment relevé que l'IRM projetée par les médecins avait été programmée à trois reprises pour finalement être annulée à chaque fois. Concernant l'ENMG, elle avait été effectuée avec un voltage erroné. De plus, son médecin traitant disposait des résultats des IRM qu'il avait fait pratiquer mais qui n'avaient pas été examinées par les médecins de la CRR. L'assuré sollicitait ainsi un complément d'instruction et la reprise du versement des indemnités journalières. Par courrier du 2 août 2011, l'assuré a encore précisé qu'il demandait que son dossier soit complété médicalement, à tout le moins par une demande de communication de l'IRM du Dr A\_\_\_\_\_ et, cas échéant, par une nouvelle IRM. En annexe à son opposition, l'assuré a notamment produit une appréciation du GROUPE MEDICAL de la Dole le 6 juin 2011, dont il ressort qu'il y avait une persistance douloureuse de l'épaule gauche avec une diminution de la force qui était en lien de causalité avec l'accident assuré. La SUVA a confirmé sa décision précitée par décision sur opposition du 26 août 2011. Elle a notamment considéré que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement assuré, la causalité adéquate pouvant d'emblée être niée en raison du peu de

gravité de l'événement assuré. Concernant l'ENMG, aucun élément du dossier ne venait corroborer l'erreur dans le voltage. S'agissant du genou, la SUVA a renoncé à se procurer l'IRM et a relevé que personne ne prétendait que cet examen avait permis de déceler des lésions organiques accidentelles, seule une discrète arthrose bilatérale ayant été constatée. Par ailleurs, à la lecture du rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 6 juin 2011, force était de constater que l'assuré ne présentait que des douleurs persistantes au membre supérieur gauche et non dans le genou. Le 28 septembre 2011, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours et a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition querellée, au renvoi du dossier à la SUVA pour mise sur pied d'une expertise médicale neutre et indépendante et pour nouvelle décision, subsidiairement à l'audition préalable du Dr A \_\_\_\_\_ et du témoin de l'accident, à la production des IRM en mains du Dr A \_\_\_\_\_, et à la mise sur pied d'une expertise médicale, puis à l'annulation de la décision sur opposition querellée, et à la constatation de son droit aux prestations LAA au-delà du 31 mai 2011. Outre les arguments d'ores et déjà invoqués dans son opposition, le recourant remet en question l'indépendance de la CRR dès lors qu'elle fait partie de la SUVA. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu en date du 28 novembre 2011 et en substance repris les arguments d'ores et déjà évoqués dans sa décision sur opposition. Par courrier du 7 décembre 2011, le recourant a relevé que l'intimée ne s'était pas prononcée sur les conditions dans lesquelles l'instruction médicale avait eu lieu de sorte qu'il devait être considéré que l'erreur dans le voltage de l'ENMG et l'annulation, à trois reprises, des IRM étaient conformes à la réalité. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 2 février 2012. Au cours de celle-ci, Monsieur V \_\_\_\_\_, collègue du recourant, a été entendu. Il a indiqué avoir été présent sur le chantier avec le recourant lors de l'événement assuré. L'escalier sur lequel ils se trouvaient était « assez rude », en bois, et le sol était glissant en raison de la pluie. Alors qu'il descendait l'escalier, le recourant a loupé une marche et a chuté vers l'arrière puis a glissé au bas des marches. Le témoin l'a alors amené à l'hôpital. Sur questions écrites de la Cour de céans, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué, au mois de mars 2012, que les diagnostics étaient les suivants : entorse grave de l'épaule gauche avec épanchement dans la bourse sous-acromiale, bursite de l'épaule gauche, entorse grave du genou gauche post-traumatique avec rupture du ligament collatéral interne de grade III avec dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, status post cervicarthrose pluri-étagée, status post multiples hernies abdominales après un status post traumatisme abdominal ancien par arme à feu il y a 26 ans, avec un projectile métallique au niveau pelvien, hernie discale L5-S1, trouble du comportement récurrent, état dépressif réactionnel suivi. Les entorses graves du genou et de l'épaule gauches étaient en lien de causalité avec l'accident du 3 août 2010. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une IRM était possible malgré la présence de projectiles dans l'abdomen, tout dépendant de la partie visée. S'agissant du recourant, la seule partie contre-indiquée était l'abdomen pelvien. En annexe à ce courrier figuraient les documents suivants : le rapport du CT cervical, effectué le 26 avril 2010, décrivant une uncarthrose étagée prédominant en C3-C4 et C5-C6, une hernie discale en C3-C4 avec dégénérescence discale gazeuse et uncarthrose entraînant un rétrécissement foraminaux C3-C4, une hernie discale postéro-médiane droite C5-C6 protrusive, partiellement calcifiée avec une uncarthrose droite au contact de la racine C6 droite, une barre ostéophyttaire postéro-médiane droite à l'étage C6-C7 ainsi qu'une géode sous-chondrale d'hyperpression antérieure C3-C4 intéressant le plafond de la vertèbre C4 ; le rapport de l'arthro-IRM du genou gauche effectuée le 7 mai 2010, révélant une rupture de grade III du ligament collatéral interne dans sa partie proximale, une dégénérescence de la

corne postérieure du ménisque interne, un kyste poplité de faible épaisseur et un œdème dans la partie antérieure de la rotule et au tendon rotulien ; le rapport de l'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 11 octobre 2010, mettant en évidence des signes de tendinopathie du tendon supra-épineux prédominant à son tiers moyen et à son tiers postérieur, sans déchirure, une rupture partielle du tendon subscapulaire sous forme d'une lésion fissuraire linéaire occupant la substance du tendon et mieux visible sur l'écho de gradient, acquis dans le plan axial, sans rétractation tendineuse néanmoins ; un épanchement dans la bourse sous-acromiale traduisant la présence d'une bursite et une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytose à projection inférieure, aspect pouvant prédisposer au conflit antéro-supérieur. Par écritures du 17 avril 2012, les parties ont persisté dans leurs conclusions. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Le délai de recours est de 30 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. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mai 2011 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 3 août 2010 et les atteintes à la santé dont se plaint le recourant. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au

stade où il se trouvait avant l'accident ( *statu quo ante* ) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident ( *statu quo sine* ; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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 événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., 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. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147). D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également ATF U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 5.1). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. 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 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c; ATF 114 V 301 consid. 3c; ATFA non publié U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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. 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 (ATFA non publié U162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351, consid. 3c). Quant au médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport de la CRR du 11 avril 2011 et ses annexes ainsi que sur l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 9 mai 2011 pour mettre un terme à ses prestations. Il y a donc lieu de déterminer si ces rapports possèdent une pleine valeur probante. a/aa) Concernant tout d'abord le rapport de la CRR et ses annexes, ils ne remplissent à l'évidence pas les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante : les rapports en question n'ont tout d'abord pas été établis en pleine connaissance de l'anamnèse ; ils ne font notamment pas état des rapports des médecins de la PERMANENCE DE LA DOLE et de leurs diagnostics ni des rapports d'arthro-IRM du genou et de l'épaule gauche des 7 mai et 11 octobre 2010 ainsi que du CT cervical du 26 avril 2010 ; lesdits rapports reposent, en outre, sur des examens largement incomplets dès lors que les IRM préconisées, par trois fois agendées puis annulées, ce qui n'a pas été contesté par l'intimée, n'ont pas été réalisées, prétendument en raison des projectiles en métal se situant au niveau de l'abdomen du recourant, alors qu'elles ont pu être pratiquées en 2010 à la demande du Dr A\_\_\_\_\_ ; les points litigieux, soit notamment les atteintes à l'épaule gauche et au genou n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée : les médecins de la CRR n'ont pas réclamé le rapport de l'IRM du genou (« l'IRM du genou n'est pas à notre disposition ») et ils n'ont pas effectué l'IRM de l'épaule gauche, sans laquelle une lésion de la coiffe ne pouvait être exclue (« on ne peut toutefois exclure définitivement sur la base de l'examen clinique une lésion de la coiffe. Une IRM de cette épaule doit être discutée afin d'écartier toute lésion suite à l'accident ») ; l'existence d'une lésion assimilée à un accident n'a pas été examinée s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche alors que les médecins du GROUPE MEDICAL DE LA DOLE ont posé les diagnostics de conflit de l'épaule gauche (rapport du 8 septembre 2010) et de conflit acromio-claviculaire de l'épaule gauche (rapport du 14

décembre 2010) et que l'arthro-IRM du 11 octobre 2010, qui n'a jamais été demandée par les médecins de la CRR, faisait état d'une rupture partielle du tendon subscapulaire sous forme d'une lésion fissuraire ; l'existence d'une lésion assimilée à un accident n'a pas non plus été examinée en ce qui concerne le genou gauche alors que le médecin traitant du recourant a évoqué une entorse grave du genou gauche post-traumatique, avec rupture du ligament collatéral interne de grade III avec dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne (rapports des 8 septembre et 14 décembre 2010, courrier à la Cour de céans du mois d'avril 2012) et qu'une IRM, réalisée le 7 mai 2010, faisait état d'une telle rupture ; certes, cette IRM a été pratiquée avant la survenance de l'événement assuré mais l'on ne sait pas si l'état du genou gauche du recourant est resté stationnaire suite à cet événement ou s'il s'est, au contraire, aggravé et, en cas de réponse affirmative, si cette aggravation est due à l'accident assuré ; la liste des diagnostics retenus par la CRR ne fait état ni de l'atteinte à l'épaule gauche ni de celle au genou gauche de sorte qu'elle est lacunaire ; les médecins de la CRR semblent avoir confondu les événements du 2 avril 2007 et du 3 août 2010, en indiquant que le recourant avait varié dans sa description de l'accident ; en effet, force est de constater qu'aucun des documents produits dans le cadre du sinistre du 3 août 2010 ne fait état d'une version différente, le recourant ayant toujours indiqué être tombé dans les escaliers, ce qui a d'ailleurs été confirmé par le témoin. En conclusion, la Cour de céans constate que le rapport de la CRR ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce dont l'intimée aurait dû se rendre compte en faisant preuve de l'attention requise par les circonstances.

a/bb) S'agissant de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_ du 9 mai 2011, force est de constater qu'il ne contient pas d'anamnèse, ni de description des plaintes de l'assuré. Il se fonde en outre sur le rapport incomplet et lacunaire de la CRR et n'examine pas les atteintes de l'épaule et du genou gauches. Ses conclusions ne sont, de plus, pas convaincantes. En effet, il estime que les troubles invalidants présentés par le recourant sont à mettre en relation avec des facteurs non organiques et psychosociaux. Or, force est de constater que des atteintes somatiques à l'épaule et au genou gauches ont été constatées par le Dr A \_\_\_\_\_ et par des arthro-IRM, ce qui a totalement été occulté par le médecin d'arrondissement. Par conséquent, il y a lieu de retenir que ledit avis ne remplit aucune des exigences permettant de lui reconnaître pleine valeur probante de sorte que l'intimée ne pouvait pas non plus se fonder sur ce document pour prendre la décision querellée. b) S'agissant de l'atteinte au dos, force est de constater que le propre médecin traitant du recourant ne fait pas mention d'un lien de causalité avec l'accident du 3 août 2010 (courrier à la Cour de céans du mois de mars 2012) de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant. c) Ainsi, les problématiques des atteintes à l'épaule et au genou gauches n'ayant pas été investiguées à satisfaction de droit, l'intimée ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en toute connaissance de cause de sorte que la décision sur opposition du 26 août 2011 repose sur un état de faits incomplet et doit, par conséquent, être annulée. Dans un tel cas, la jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210). En l'espèce, la Cour de céans estime qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire par le biais d'une expertise indépendante, aux fins de déterminer avec exactitude le type d'atteinte à l'épaule et, en cas d'atteinte de la coiffe des rotateurs, si celle-ci constitue une lésion assimilée à un accident. Dans le même ordre d'idée, la problématique de l'atteinte au genou devra également être examinée et notamment si, en cas d'aggravation de la rupture ligamentaire préexistante ou d'apparition d'une nouvelle rupture ligamentaire, une lésion assimilée à un accident doit être retenue. Dans ce cadre, les IRM et arthro-IRM pratiquées en 2010 devront être examinées. De plus, il serait judicieux de faire pratiquer une nouvelle IRM du genou gauche ainsi qu'une arthro-IRM de l'épaule gauche afin de connaître l'état de ces articulations, étant rappelé que de telles investigations avaient pu être effectuées en 2010 à la demande du Dr A\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 26 août 2011 sera annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui est allouée à titre de dépens (art. 61 let. g LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision sur opposition de la SUVA du 26 août 2011. Renvoie la cause à la SUVA pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne la SUVA à verser au recourant une indemnité de 3'500 fr. au titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.