

GE_GERICHTE A/2995/2016 vom 6. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2995_2016

FR: GE_GERICHTE A/2995/2016 du 6 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/2995/2016 del 6 giugno 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier et Monsieur A_____, domicilié à GAILLARD, France intimés EN FAIT 1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré), né le _____ 1974, titulaire d'un permis de travail G, travaille depuis le 5 janvier 2004 comme monteur-électricien pour B_____ SA (ci-après l'employeur) et est assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA). Il est par ailleurs assuré par un contrat d'assurance collective d'une indemnité journalière, selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès de Philos assurance maladie SA (ci-après : PHILOS).! [endif]> [if] 2. Le 23 juin 2015, il a été victime d'un accident. En introduisant un câble électrique dans une gaine technique du 5 ème étage au rez-de-chaussée, celui-ci avec le poids s'est emballé et en voulant le retenir, il s'est fait mal au bras.! [endif]> [if] 3. Le 23 juin 2015, la Clinique de Carouge a attesté d'une capacité de travail nulle de l'assuré du 23 au 25 juin 2015 en raison d'un accident.! [endif]> [if] 4. Le 24 juin 2015, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA en mentionnant une douleur musculaire et des premiers soins prodigués par le docteur C_____ de la Clinique de Carouge la SUVA a pris le cas en charge. ! [endif]> [if] 5. La Clinique de Carouge a prolongé l'arrêt de travail au 30 juin 2015.! [endif]> [if] 6. Le 21 août 2015, le docteur D_____ du Centre médical de Gaillard a attesté d'un arrêt de travail à 100 % du 20 au 28 août 2015, prolongé le 29 août jusqu'au 12 septembre 2015, puis le 12 septembre jusqu'au 2 octobre 2015.! [endif]> [if] 7. Le 24 août 2015, l'employeur a indiqué à la SUVA que la douleur de l'assuré persistait. ! [endif]> [if] 8. PHILOS a versé une indemnité journalière perte de gain du 24 août 2015 au 22 avril 2016.! [endif]> [if] 9. Le 12 septembre 2015, le Dr D_____ a rempli un rapport médical LAA en mentionnant un suivi depuis le 12 septembre 2015 et a posé un diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs, confirmée par une IRM ; l'incapacité de travail était totale depuis le 20 août 2015, probablement jusqu'au 2 octobre 2015.! [endif]> [if] 10. Le 2 octobre 2015, le docteur E_____, chirurgie orthopédique et traumatologie, à Annemasse, a prolongé l'arrêt de travail au 20 novembre 2015, pour « suite coiffe épaule gauche ».! [endif]> [if] 11. Le 8 octobre 2015, la SUVA s'est entretenue avec l'assuré. Il avait repris le travail une semaine après l'accident mais les douleurs s'étaient accentuées et il avait consulté le Dr D_____ le 17 août 2015 ; il devait être opéré le 22 octobre 2015.! [endif]> [if] 12. Le 14 octobre 2015, l'employeur a réclamé à la SUVA le paiement de l'indemnité journalière depuis le 24 août 2015. ! [endif]> [if] 13. Le 22 octobre 2015, l'assuré a été opéré par le Dr E_____ à l'Hôpital privé Pays de Savoie. Le

compte rendu opératoire du 20 janvier 2016 mentionne le diagnostic de rupture de coiffe des rotateurs traumatique de l'épaule gauche nécessitant une prise en charge chirurgicale avec une réinsertion trans-osseuse et un geste d'acromioplastie complémentaire.!

14. Le 26 octobre 2015, le docteur F_____, médecin de la SUVA a indiqué qu'il ne pouvait pas se prononcer sans radiographies, IRM, scanner etc.

15. Les pièces suivantes ont été transmises à la SUVA : - une arthro-IRM de l'épaule gauche du 2 septembre 2015 concluant à une « petite rupture transfixiante de la partie postérieure du tendon supra-épineux, sans rétraction. Tendinopathie globale de ce tendon, sur syndrome sous-acromial. Les images kystiques au niveau de la partie distale du muscle sous-épineux » - une échographie de l'épaule gauche du 20 août 2015 concluant à « une congruence articulaire satisfaisante ; minime ostéosclérose en projection du trochiter ; pas de calcification périarticulaire ; bec sous-acromial inféro-externe. En échographie, le tendon bicipital est continu, se projetant dans sa gouttière ; Le tendon du sous-scapulaire est normalement inséré sur le trochin ; le tendon du sus-épineux est épaissi, déstructuré, présentant une hypoéchogénicité intéressant la face profonde de son insertion distale en faveur d'une fissure ; respect du tendon du sous-épineux, de l'acromio-claviculaire et du LAC ».

16. Le 17 novembre 2015, le Dr F_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une épaule dégénérative avec arthrose acromio-claviculaire, tendinopathie globale et image kystique du sous-épineux, sans lien de causalité avec l'accident.

17. Le 20 novembre 2015, la SUVA a écrit à l'assuré qu'elle ne prenait pas en charge la rechute annoncée car il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident et les lésions au bras gauche.

18. Le 20 janvier 2016, le Dr E_____ a attesté, dans un rapport adressé à PHILOS, d'une rupture de la coiffe épaule gauche depuis début août 2015, opérée le 22 octobre 2015, causée par un cas « maladie » et une reprise de travail totale prévue en mars/avril 2016, une capacité de travail partielle de 80 % dans toute activité et des restrictions de port de charge en hauteur de plus de 30 kg.

19. Le 11 mars 2016, le Dr F_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle les informations obtenues mettaient en évidence les éléments suivants qui étaient de type dégénératif, et qui ne pouvaient pas être mis en relation de causalité pour le moins probable avec un accident : image kystique de la partie distale du muscle infra-épineux, tendinopathie globale s'étendant sur un syndrome sous-acromial, petite rupture transfixiante du tendon supra-épineux.

Après une semaine d'incapacité de travail, l'assuré avait pu reprendre une activité professionnelle normale, à priori sans diminution du rendement et ce n'était que deux mois après qu'il consultait son médecin traitant. Compte tenu des informations, le syndrome sous-acromial et la tendinopathie constatée au niveau du muscle supra-épineux aboutissant à une rupture de ce tendon n'étaient pas en lien direct avec l'événement signalé. Les images kystiques comme celles retrouvées au niveau du muscle infra-épineux, l'arthrose acromio-claviculaire et les anomalies avec un aspect recouvrant de l'acromion, ne pouvaient pas être mises en lien de causalité pour le moins probable avec un événement qui datait du 23 juin 2015. Les constatations signalées par le radiologue, à l'origine de la chirurgie réalisée, étaient imputables à des phénomènes dégénératifs, et ne pouvaient pas être considérés comme la conséquence de l'accident annoncé. Au moment de l'accident, il n'avait pas été relevé de lésions susceptibles de modifier de façon déterminante l'évolution de cet état antérieur. Dans ces conditions une rechute n'était pas acceptée.

20. Le 30 mars 2016, la Clinique CORELA (doctoresse G_____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste en chirurgie de l'épaule) a rendu un rapport à la demande de

PHILOS. Elle a diagnostiqué une rupture de tendon de muscle supra-épineux. Au 26 février 2016, l'incapacité de travail était totale mais nulle dès le 22 avril 2016, soit six mois après l'opération. Le diagnostic de rupture du tendon du muscle supra-épineux était retenu sur l'IRM du 2 septembre 2015, mettant en évidence cette rupture isolée du tendon du muscle supra-épineux, avec une rétraction de stade I et un muscle de qualité correcte. Ce diagnostic était également retenu sur la description préopératoire de la rupture correspondant bien à l'image IRM. Le 22 octobre de la même année, cette rupture de supra-épineux avait été réparée sous arthroscopie avec une technique en double rang et associée à une acromioplastie de décompression. 21. Par certificats des 2 octobre 2015, 22 octobre 2015, 12 décembre 2015, 16 janvier 2016 et 20 février 2016, le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 22 avril 2016. 22. Par décision du 11 avril 2016, PHILOS a mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 22 avril 2016, au motif que le rapport d'expertise de la Clinique CORELA constatait une capacité de travail totale dans l'activité habituelle. 23. Par décision du 28 avril 2016, la SUVA a refusé toute prestation à l'assuré au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'événement du 23 juin 2015 et les troubles déclarés le 17 août 2015 (rechute). 24. Le 18 mai 2016, PHILOS a fait opposition à cette décision, complétée le 29 juin 2016. L'assuré avait été victime d'une petite rupture transfixiante de la partie postérieure du tendon supra-épineux, soit une lésion assimilée à un accident et rien n'excluait que l'événement du 23 juin 2015 n'ait pas décompensé un état préexistant, de sorte que la SUVA devait prendre le cas en charge. 25. Par projet de décision du 9 juin 2016, l'OAI, saisi d'une demande de l'assuré du 1^{er} mars 2016, lui a refusé toute prestation en constatant une incapacité de travail totale du 24 août 2015 au 22 avril 2016, de sorte que l'incapacité de travail n'avait pas duré une année. 26. Par décision du 12 juillet 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de PHILOS au motif que l'assuré n'avait pas présenté immédiatement après l'accident les troubles typiques d'une déchirure tendineuse mais seulement deux mois après et que, par ailleurs, PHILOS ne contestait pas les conclusions du Dr F_____. 27. Le 27 août 2016, le Dr H_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport médical sur la base du dossier de l'assuré. L'événement du 22 juin 2015 était susceptible de générer une lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ; il existait des troubles dégénératifs préexistants mais l'aggravation de l'état du tendon sus-épineux lors de l'événement était probable ; une lésion tendineuse aiguë était compatible avec une reprise de travail avec gêne permanente et faiblesse du bras, décrite par l'assuré ; l'instruction comportait des lacunes et une appréciation plus détaillée était nécessaire. 28. Le 12 septembre 2016, PHILOS a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 12 juillet 2016, en concluant à son annulation et, principalement, à la condamnation de la SUVA à prendre en charge les troubles de l'épaule gauche et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire. En l'occurrence, le bras de l'assuré avait été tiré violemment et soudainement vers le bas, causant une atteinte immédiate et les douleurs s'étaient accentuées après la reprise du travail, n'ayant jamais cessé, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'un cas initial. La question de la présence d'affections dégénératives n'était pas déterminante car la lésion avait été provoquée, au moins partiellement, par un événement dommageable, soudain, involontaire et extérieur. L'appréciation du docteur H_____ mettait sérieusement en doute celle du Dr F_____. Aucun élément au dossier ne permettait d'exclure que la lésion tendineuse n'ait pas été

causée au moins partiellement par l'accident. 29. Le 10 novembre 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif, que le rapport du Dr F_____ était probant et que l'assuré n'avait pas présenté de troubles typiques d'une déchirure tendineuse.![endif]>![if> 30. L'assuré n'a pas fait d'observations.![endif]>![if> 31. Le 13 décembre 2016, PHILOS a répliqué en relevant que le statu quo sine n'était pas atteint à la mi-août 2015 et que, s'il s'agissait d'une rechute, la lésion tendineuse avait été causée par l'accident.![endif]>![if> 32. Le 13 février 2017, la SUVA a renoncé à dupliquer.![endif]>![if> 33. A la demande de la chambre de céans, le Docteur E_____ a indiqué le 23 mars 2017 qu'il avait posé un diagnostic de rupture de « coiffe épaule gauche suite à effort de rattrapage », que le motif de l'intervention du 22 octobre 2015 était une réparation rapide de la coiffe des rotateurs de l'épaule compte tenu du caractère traumatique, que les lésions constatées avaient été causées par l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'était pas d'accord avec l'appréciation du Dr F_____ du 12 avril 2016 car le patient était trop jeune pour penser que c'était des phénomènes dégénératifs et il s'agissait d'une rupture traumatique imputable à l'accident, que la capacité de travail avait très bien évolué, que l'assuré avait une très grande motivation pour reprendre son travail et qu'il avait pu reprendre celui-ci après un examen clinique de son épaule normalisé.![endif]>![if> 34. Le 5 avril 2017, PHILOS a observé qu'il ressortait clairement des réponses du Dr E_____ que les lésions à l'épaule étaient d'origine purement traumatique de sorte que la prise en charge des troubles depuis le 17 août 2015 relevait de la compétence de la SUVA.![endif]>![if> 35. Le 26 avril 2017, la SUVA a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 36. A la demande de la Chambre de céans, l'employeur a indiqué le 15 mai 2017 que l'assuré était en vacances du 17 au 21 août 2015.![endif]>![if> 37. Sur quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 1^{er} 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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.![endif]>![if> 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 343 consid. 3). 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.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimé dès le 24 août 2015.![endif]>![if> 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).![endif]>![if> 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. > Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. 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). > 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). [endif]>[if> 9. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b)[endif]>[if> 10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). [endif]>[if> Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 11. 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). [endif]>[if> 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). 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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). 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 12. 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> 13. 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> 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 corresponde 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). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et

l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 15. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de

l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).>[if> 16. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'un accident le 23 juin 2015. L'intimée a pris en charge le cas mais conteste le fait que les symptômes de l'assuré ayant entraîné une incapacité de travail totale depuis le 20 août 2015 soient en relation de causalité avec l'accident, au motif qu'il s'agirait de troubles dégénératifs. >[if> La position de l'intimée ne peut être suivie. En effet, les avis médicaux au dossier convergent pour attester, suite à l'accident du 23 juin 2015, d'une lésion traumatique. Les médecins ont attesté d'une douleur musculaire due à un accident (avis du 23 juin 2015 de la Clinique de Carouge), d'une lésion de la coiffe des rotateurs (avis des Drs D_____ du 12 septembre 2015 et E_____ du 2 octobre 2015), d'une rupture de la coiffe des rotateurs traumatique de l'épaule gauche ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 22 octobre 2015 (compte rendu du 22 octobre 2015 et avis du 20 janvier 2016 du Dr E_____), d'une rupture du tendon du muscle supra-épineux, réparée par l'intervention du 22 octobre 2015 (expertise de la Dresse G_____ du 30 mars 2016), d'une lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, même si des troubles dégénératifs étaient préexistants (avis du Dr H_____ du 27 août 2016). En outre, questionné par la chambre de céans, le Dr E_____ a précisé que la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avait été causée par l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il s'agissait donc d'une rupture traumatique imputable à l'accident (avis du 23 mars 2017 du Dr E_____). Seul le Dr F_____, qui n'a pas examiné l'assuré, a estimé qu'il s'agissait d'une rechute qui n'était pas à la charge de l'intimée car l'assuré présentait une épaule dégénérative (avis du 17 novembre 2015), et on notait la présence de plusieurs éléments de type dégénératifs (avis du 11 mars 2016) ; ces deux avis, succincts, ne sont pas à même de mettre en doute les avis convergents de tous les autres médecins intervenants précités ; en particulier il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail depuis le 20 août 2015 et l'intervention chirurgicale du 22 octobre 2015 résultent de causes exclusivement étrangères à l'accident, soit à l'état dégénératif préexistant, ou encore que les causes accidentelles admises par l'intimée auraient disparu. En effet, pour étayer sa position, le Dr F_____ estime que l'assuré a repris normalement son activité après une semaine d'arrêt, selon les déclarations qu'il aurait lui-même faites au service extérieur de la SUVA. Or, l'assuré a déclaré ce qui suit au service extérieur de la SUVA : (entretien du 8 octobre 2015) : « j'ai arrêté de suite mon travail et me suis rendu en urgences au Centre médical de Carouge. Prescription de repos et des médicaments anti-inflammatoires. Comme j'avais moins de douleurs j'ai repris le travail après une semaine. Toutefois, à force de solliciter mon bras gauche, les douleurs se sont accentuées au fil du temps et je me suis décidé à aller revoir mon médecin habituel, le Dr D_____ à Gaillard, le 17 août 2015. Nouvelle incapacité de travail et examens effectués (Echographie + scanner), prescription de repos et des médicaments antalgiques. Comme il n'y a pas d'évolution, je vais être opéré le 22 octobre 2015 par le Dr E_____ à l'Hôpital d'Annemasse. Actuellement, je peux utiliser mon membre supérieur gauche, mais j'ai toujours une gêne dans l'épaule gauche et une limitation importante de la force et de la

mobilité. » Contrairement à l'avis du Dr F_____, la chambre de céans constate ainsi que l'assuré a spontanément indiqué à l'intimée qu'il avait repris le travail une semaine après l'accident alors que les douleurs avaient diminué et non disparu et que les douleurs s'étaient accentuées, motivant la consultation auprès du Dr D_____ en août 2017 (entretien du 8 octobre 2015). Cet aspect continu de la douleur a aussi été souligné par le Dr H_____, lequel, dans son avis du 27 août 2016, a relevé que la lésion tendineuse était bien compatible avec une reprise du travail avec gêne permanente et faiblesse du bras décrite par l'assuré. En conséquence, l'assuré n'a pas été victime d'une rechute le 20 août 2015 mais d'une aggravation des suites de l'accident, lesquelles, par le biais d'une gêne et des douleurs, ont persisté depuis l'accident. Au surplus, le Dr F_____ relève que l'assuré n'a consulté son médecin que deux mois après la reprise de l'activité professionnelle; or, l'assuré a repris le travail début juillet, et était en vacances dès le 17 août 2015, soit pendant une durée d'un peu moins de deux mois. Au demeurant, il convient de constater que l'assuré présentait un état dégénératif préexistant à l'accident mais que c'est celui-ci qui a provoqué une lésion tendineuse de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, nécessitant une intervention chirurgicale et que l'état dégénératif préexistant n'est pas, au vu des avis médicaux probants des médecins intervenants et au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause exclusive de l'arrêt de travail depuis le 20 août 2015 et de l'intervention chirurgicale du 22 octobre 2015. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à l'ordonnance d'une expertise somatique. L'intimée est ainsi tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 23 juin 2015. 17. Partant, le recours sera admis et la décision du 12 juillet 2016 sera annulée. Il sera dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 12 juillet 2016. 18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

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