GE_GERICHTE A/352/2019 vom 20. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_352_2019

FR: GE_GERICHTE A/352/2019 du 20 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/352/2019 del 20 novembre 2019

Erwägungen

E. 4

Le Dr E_____ explique que le déroulement de l'accident - [l'assuré] s'est retenu sur son bras droit en tombant avec un impact indirect de l'humérus sur l'acromion, prenant le tendon du sus-épineux en sandwich - est un mécanisme idéal pour la création d'une lésion de la coiffe. Ce phénomène étant largement décrit dans la littérature, comme explique-vous que vous l'excluez pour [l'assuré] ? Le premier point intéressant à noter est que cette version ne survient que dans ses derniers courriers, soit quatre ans après l'événement traumatique. De plus, elle ne correspond pas à celle qui m'a été donnée par le patient lors de l'expertise. En conséquence, ceci pose un problème juridique quant à l'acceptation de cette version, sur laquelle bien évidemment je ne me prononcerai pas [...]. Pour ce qui est du plan médical, même si cette version est admise, je ne comprends pas comment la lésion du sus-épineux peut être créée ainsi. Comme déjà démontré ci-dessus, [...] un écrasement n'est pas suffisant pour entraîner une déchirure. Il faut un phénomène de traction. Par contre, que suite à n'importe quel traumatisme soit mise en évidence une lésion pouvant évoquer une déchirure est un phénomène bien connu mais alors il s'agit d'un événement qui a révélé cette dernière et qui ne l'a pas provoquée.

E. 5

Confirmez-vous qu'une tendinopathie calcifiée peut être d'origine traumatique ? Non. Une tendinopathie calcifiante est par définition un problème touchant le tendon sous forme d'une inflammation chronique perturbant le métabolisme phosphocalcique et qui va induire secondairement une calcification. Ceci n'est jamais d'origine traumatique, mais toujours secondaire à une maladie rhumatismale. La seule façon éventuellement de voir une calcification d'origine traumatique, proche d'un tendon, ne peut être liée qu'à un arrachement dans la région de l'insertion de ce tendon sur l'os. Cependant, ceci ne donne pas du tout la même image et surtout, la calcification n'est pas intratendineuse, mais péritendineuse [...] ». 23. Se ralliant aux conclusions du Dr J_____, la SUVA, par décision du 9 novembre 2018, a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2015 pour le genou droit et au 21 novembre 2014 pour l'épaule droite. 24. Le 6 décembre 2018, l'assuré s'y est opposé, contestant en substance la valeur probante de l'expertise du Dr J_____ et de son complément, invitant par ailleurs la SUVA à mettre en oeuvre une nouvelle expertise. Il a joint à son opposition un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr E_____ le 17 octobre 2016. 25. Par décision sur opposition du 11 décembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. L'expert J_____ avait conclu que la déchirure partielle du tendon du sus-épineux avait été révélée - et non provoquée - par l'événement du 19 avril 2014. Les causes de l'atteinte étaient l'âge, une mauvaise vascularisation constitutionnelle, entraînant des phénomènes d'apoptose à partir de la quarantaine, une maladie rhumatismale sous-jacente (tendinopathie calcifiante) et une surcharge professionnelle. L'expert avait

expliqué son point de vue de manière convaincante et confirmé son analyse à la lumière des objections formulées par le Dr E_____. S'agissant des déclarations que le Dr E_____ avait faites lors de l'audience du 7 septembre 2015, la SUVA rappelait que l'assuré s'était limité à évoquer des problèmes de genou, notamment dans le questionnaire de la SUVA du 26 juin 2014. Ce n'était qu'au stade de l'opposition qu'il avait évoqué, pour la première fois, des douleurs de l'épaule. De surcroît, le Dr E_____ avait déclaré lors de l'audience que l'assuré avait fait une chute sur l'épaule, sans mentionner un quelconque mécanisme de retenue. Les explications fournies par le Dr E_____ n'emportaient pas la conviction, car si l'assuré avait véritablement présenté des douleurs importantes de l'épaule dans les suites immédiates de l'accident, des examens radiologiques auraient vraisemblablement été pratiqués. De surcroît, ce médecin mettait en doute l'impartialité de l'expert, alors que l'assuré avait lui-même proposé à la SUVA de confier l'expertise au Dr J_____. Enfin, selon la jurisprudence, le fait qu'un médecin soit chargé à plusieurs reprises par une assurance d'établir des expertises ne constituait pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou à une partialité chez l'expert. 26. Par acte du 28 janvier 2019, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 11 décembre 2018 en tant qu'elle mettait fin aux prestations et au versement par la SUVA de prestations au-delà du 21 novembre 2014 pour ses troubles de l'épaule droite, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. L'expertise du Dr J_____ n'était pas probante, car cet expert avait passé sous silence l'opinion du Dr E_____ ainsi que ses certificats d'arrêt de travail. En outre, l'expert semblait être parti du postulat erroné qu'il n'avait pas été fait état de douleurs à l'épaule droite après l'accident du 19 avril 2014. Or, dans le cadre de la précédente procédure de recours, le Dr E_____ et lui-même avaient expliqué pourquoi les premiers documents médicaux ne mentionnaient pas d'atteinte scapulaire : après son accident, c'était surtout son genou droit qui l'avait fait souffrir, tandis que son épaule était passée au second plan. Toutefois, comme ses douleurs persistaient, il en avait reparlé au Dr E_____. S'agissant du fait qu'une IRM scapulaire n'avait été réalisée qu'en janvier 2016, comme l'avait relevé l'expert, le Dr E_____ avait expliqué avoir adopté en premier lieu une attitude conservatrice. De son côté, il avait déclaré qu'il souhaitait depuis longtemps qu'une IRM de l'épaule droite soit réalisée, ce qu'il avait finalement fait le 12 janvier 2016, après que le juge lui avait fait remarquer qu'il ne devait pas attendre l'issue de la procédure pour réaliser un examen, s'il l'estimait nécessaire. L'absence d'examens médicaux réalisés immédiatement après l'accident du 19 avril 2014 s'expliquait donc par l'attitude conservatrice de son médecin et par sa propre indécision quant au traitement à adopter. Par ailleurs, dans la décision attaquée, la SUVA n'avait pas tenu compte des règles relatives aux lésions assimilées. L'avis exprimé par le Dr H_____, selon lequel l'accident n'était pas la cause de l'atteinte parce que son aspect morphologique était compatible avec une lésion purement dégénérative, n'était pas non plus probant, car en présence d'une lésion assimilée, il n'était pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte, mais il suffisait que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, l'ait provoquée. Dans le cadre de la précédente procédure de recours, la juridiction cantonale avait jugé les explications du Dr E_____ insuffisamment détaillées et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire. Or, suite à ce renvoi, le Dr E_____ avait expliqué de manière détaillée pourquoi il estimait que la déchirure partielle du tendon sus-épineux avait été causée par l'événement du 19 avril 2014. Le recourant en déduisait que la SUVA aurait dû admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 19 avril 2014 et ses

troubles scapulaires. Enfin, il soulignait avoir dû payer de sa proche des traitements médicaux et ne pas avoir touché d'indemnités journalières en lien avec une incapacité de travail, survenue le 18 janvier 2016 et ayant perduré plusieurs mois. 27. Dans sa réponse du 25 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. La juridiction cantonale avait renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle mette en oeuvre une expertise médicale externe, ce que la SUVA avait fait. Le recourant requérait une sur-expertise, alors que c'était lui-même qui avait proposé l'expert désigné par la SUVA. Le recourant contestait les conclusions de l'expert fixant au 21 novembre 2014 le statu quo sine de ses troubles de l'épaule droite. Toutefois, l'expertise et son complément avaient été effectués par un médecin disposant de toutes les qualifications requises. L'expert avait examiné personnellement l'assuré, étudié l'entier du dossier et était parvenu à la conclusion que la déchirure du tendon du sus-épineux avait seulement été révélée - et non provoquée - par l'événement du 19 avril 2014, les causes de l'atteinte étant liées à l'âge, à une mauvaise vascularisation constitutionnelle, à une maladie rhumatismale sous-jacente de type tendinopathie calcifiante et à une surcharge professionnelle. C'était dès lors à bon droit qu'elle s'était ralliée aux conclusions de l'expert et avait mis fin à ses prestations le 21 novembre 2014. Pour le reste, le recourant ne disposait d'aucun droit à la mise en oeuvre d'une sur-expertise, selon la jurisprudence. 28. Le recourant a répliqué le 17 avril 2019, persistant dans ses conclusions. L'intimée se bornait à renvoyer à l'expertise réalisée par le Dr J_____, sans se déterminer sur ses griefs et les remarques du Dr E_____. Par ailleurs, il ne requérait une expertise judiciaire qu'à titre subsidiaire, dans l'hypothèse où la juridiction cantonale s'écartait des conclusions du Dr E_____. Il ne s'agissait pas d'obtenir une « seconde opinion », mais de trancher une controverse médicale, vu les conclusions diamétralement opposées des médecins quant à l'origine de ses atteintes. 29. Cette écriture transmise à l'intimée, 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), 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier et du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c, 56 et 60 LPGA; art. 89B et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]). 4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au niveau de l'épaule droite doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 21 novembre 2014. 5. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1 er janvier 2017. L'accident en cause étant survenu avant cette date, le droit du recourant 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 6. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). 7. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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). c. 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). d. 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. 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). 8. Selon l'art. 9 al. 2 let. f et g OLAA, les déchirures de tendons et les lésions de ligaments sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été 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. La notion de lésion 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 en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion 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 et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du

Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). Lorsque le statu quo ante vel sine est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine . Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et maladive de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

10. 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 LPGA), 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. À 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). 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 oeuvre 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. À 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). 11. 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). 12. À titre liminaire, il convient de rappeler que, par arrêt du 12 septembre 2016, la CJCAS a annulé une décision sur opposition rendue par la SUVA en 2015 - mettant fin aux prestations versées à l'assuré pour ses troubles du genou droit six mois après l'accident du 19 avril 2014 - et renvoyé la cause à la SUVA pour qu'elle complète l'instruction. En substance, la juridiction cantonale a retenu que l'événement du 19 avril 2014 était à l'origine d'une rupture partielle du ligament collatéral médial du genou droit, soit d'une lésion assimilée à un accident, mais que les rapports sur lesquels la SUVA s'était fondée ne contenaient aucune motivation convaincante quant à un retour au statu quo sine vel ante de cette atteinte six mois après l'accident. S'agissant des troubles de l'épaule droite dont se prévalait l'assuré, la SUVA ne pouvait valablement remettre en cause la survenance de douleurs scapulaires dès le jour de l'accident, car il ressortait du dossier que l'assuré s'en était plaint dès sa consultation aux urgences de la clinique des Grangettes, puis lors de sa première consultation chez le Dr E_____. En janvier 2016, une arthro-IRM avait mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, laquelle était susceptible d'être reconnue comme une lésion assimilée à un accident, pour autant que l'événement d'avril 2014 en soit à l'origine. Toutefois, les rapports peu motivés versés au dossier ne permettaient pas de trancher la question, de sorte qu'il convenait de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle diligente une expertise. La SUVA a chargé le Dr J_____ de réaliser cette expertise. L'expert a fixé le statu quo sine des troubles du genou droit entre mai et septembre 2015 et celui des troubles de l'épaule droite « avant le 23 novembre

2014 ». Postérieurement, l'expert a considéré que les symptômes étaient d'origine exclusivement maladive, respectivement dégénérative. Dans la décision sur opposition attaquée, la SUVA s'est ralliée aux conclusions de l'expert J_____ et a confirmé qu'elle mettait fin à sa prise en charge avec effet au 31 août 2015 pour le genou droit, respectivement au 21 novembre 2014 pour l'épaule droite. Dans son recours, l'assuré conteste uniquement l'appréciation émise par l'expert au sujet de ses troubles de l'épaule droite (mais pas de son genou droit), en se prévalant des rapports établis par le Dr E_____. À ce propos, il fait valoir que ses troubles scapulaires sont en lien de causalité avec l'accident du 19 avril 2014. 13. a. La chambre de céans constate que l'arthro-IRM réalisée le 12 janvier 2016 a mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, c'est-à-dire une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). Cela étant, même en présence d'une lésion corporelle (assimilée), il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative, si cette lésion ne peut pas être rattachée à l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1 ; 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). Sur ce point, on relève avec l'expert que l'arthro-IRM ayant démontré cette déchirure tendineuse n'a été réalisée qu'environ 21 mois après l'accident et que l'assuré, tant dans la déclaration d'accident que dans le questionnaire complémentaire du 26 juin 2014, n'a pas fait mention de troubles de l'épaule droite, mais s'est borné à indiquer que son genou avait « lâché », alors qu'il jouait au football avec ses enfants, qu'il était tombé et que son genou avait fait un gros « crac ». S'il est indiscutable que l'assuré a souffert de quelques douleurs scapulaires dès l'accident, puisque le rapport établi le jour même par le service des urgences de la clinique des Grangettes mentionne, outre des troubles du genou, une « douleur modérée de l'épaule droite (selon les mouvements) », ce document n'est toutefois pas propre à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure partielle du tendon sus-épineux objectivée en janvier 2016 serait apparue au moment de l'accident du 19 avril 2014. Comme l'a observé l'expert, les rapports établis dans les suites de l'accident ne font état d'aucune impotence fonctionnelle de l'épaule, l'assuré n'a plus consulté de médecin pour son épaule entre le mois d'août 2014 et le mois de janvier 2016 - soit pendant environ 17 mois, sous réserve de la prescription d'un bon de physiothérapie en mai 2015 - et il a pu reprendre le travail à 100% dès le 23 juin 2014, deux mois après le traumatisme, ce qui corrobore la conclusion selon laquelle l'accident n'a engendré qu'une simple contusion. En audience, le recourant a d'ailleurs précisé qu'au moment de l'accident, c'était son genou qui l'avait fait le plus souffrir, son épaule n'étant qu'au second plan. De surcroît, il y a lieu de rappeler que l'arthro-IRM réalisée en janvier 2016 est intervenue dans le contexte d'un changement d'activité professionnelle, l'assuré ayant débuté en septembre 2015 une activité indépendante, dans le cadre de laquelle il installe des systèmes de ventilation, profession astreignante pour ses épaules puisqu'elle le conduit à porter des charges et à travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale. Enfin, toujours selon l'expert, la calcification tendineuse apparaissant sur l'arthro-IRM suggère l'existence d'une maladie rhumatismale (tendinopathie calcifiante), ce qui plaide également contre l'hypothèse d'une relation de causalité entre l'accident du 19 avril 2014 et la déchirure tendineuse diagnostiquée en 2016. En conséquence, il convient de retenir, avec l'expert, que cette déchirure tendineuse est d'origine exclusivement maladive, respectivement dégénérative, et que l'accident n'a entraîné qu'une simple contusion de l'épaule droite - cela correspond du reste au diagnostic retenu par le Dr E_____ les 5 mai 2014 et 1 er mai 2015 -, dont le statu quo sine doit être

fixé à la fin du mois de novembre 2014 au plus tard. b. Le recourant se prévaut des rapports du Dr E_____ pour contester les conclusions de l'expert J_____. C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète - comme l'est celle du Dr J_____ -, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra consid. 10). En l'espèce, ni le recourant, ni le Dr E_____ ne mettent en évidence d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré et serait suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de l'expert J_____. Tout d'abord, le recourant se méprend lorsqu'il affirme que l'expert aurait passé sous silence l'avis du Dr E_____, car cet expert l'a précisément discuté, entre autres dans son courrier du 7 septembre 2018. Ensuite, en se limitant à affirmer que la déchirure tendineuse observée en janvier 2016 résulterait de l'accident survenu en avril 2014, le Dr E_____ cherche à substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, mais il ne met pas en évidence de lacune dans l'expertise, pas plus qu'il ne prend position sur la plupart des arguments qui y sont développés, ce qui ne saurait suffire à s'écarter des conclusions formulées par l'expert. Par ailleurs, en déclarant « il est très important de noter que, avant ce traumatisme [...], le patient était absolument asymptomatique au niveau de son épaule droite et que depuis cet accident et jusqu'à ce jour, il persiste un handicap, des douleurs [...] », le Dr E_____ se fonde sur une argumentation de type « post hoc ergo propter hoc », laquelle ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte et l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Pour le reste, le mécanisme accidentel décrit par le Dr E_____ - selon lequel l'assuré aurait subi un choc sur le bras ou le coude, en voulant se retenir pour ne pas chuter - s'avère être en totale contradiction avec les explications données par le recourant au Dr J_____, telles qu'elles sont rapportées dans l'expertise : « [l'assuré] précise qu'il est tombé avec un choc direct contre l'épaule droite [...]. Par contre, il est certain qu'il n'a pas eu le temps de se retenir avec sa main, ni n'a tapé avec son coude droit, ceci s'étant passé trop rapidement ». On peut douter de la fiabilité des conclusions que le Dr E_____ tire d'une description de l'accident qui ne correspond pas à celle que l'assuré a donnée à l'expert. S'agissant enfin des critiques que formule le Dr E_____ vis-à-vis de l'impartialité de l'expert, on rappellera que, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, soit régulièrement mandatés par l'organe d'une assurance sociale ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité, respectivement à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). 14. Il résulte de ce qui précède que la lésion corporelle assimilée ne peut être rattachée à l'accident en cause, vu notamment le temps important écoulé entre sa mise en évidence et la chute du 19 avril 2014, la reprise d'une activité professionnelle après 2 mois seulement, l'absence de suivi médical pendant 17 mois - hormis la prescription d'un bon de physiothérapie - et le changement d'activité professionnelle intervenu en septembre 2015. Il y a donc lieu de conclure à l'existence d'une lésion exclusivement maladive ou dégénérative, qui n'est pas à charge de l'intimée, contrairement à la contusion de l'épaule droite, que l'intimée a pris en charge jusqu'au 21 novembre 2014, conformément au statu quo sine fixé par l'expert. Pour le reste, on rappellera que le recourant s'est rallié aux conclusions de l'expert en tant qu'elles fixent le statu quo sine de ses troubles du genou droit (cf. son courrier du 3 juillet 2018). Partant, la décision sur opposition du 11 décembre 2018 se révèle conforme au droit et le

recours mal fondé. 15. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a). 16. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). 17. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). ****** 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.