

GE_GERICHTE A/3572/2017 vom 21. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3572_2017

FR: GE_GERICHTE A/3572/2017 du 21 février 2018

IT: GE_GERICHTE A/3572/2017 del 21 febbraio 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourant contre MOBILIÈRE SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1972, exerce la profession d'animateur auprès de B_____ (ci-après B_____) à Genève, depuis le 19 novembre 1998.![endif]>![if> 2. Le B_____ a souscrit auprès de la Mobilière Suisse société d'assurances (ci-après la Mobilière ou l'intimée) une assurance-accidents obligatoire en faveur de ses employés.![endif]>![if> 3. À teneur d'une déclaration d'accident sans incapacité de travail du 6 octobre 2016, l'assuré, alors qu'il effectuait une descente de rivière en kayak, le 25 septembre 2016, avait fait un mauvais mouvement d'appui de la pagaie sur l'eau. La pale de la pagaie avait heurté aussi un caillou. Ceci avait causé un effort et un choc à l'épaule droite. Il avait ainsi été blessé aux deux épaules.![endif]>![if> 4. Le docteur C_____, radiologue FMH, a procédé à l'échographie des deux épaules de l'assuré le 4 octobre 2016. À teneur de son rapport du même jour, l'indication était : subluxation de l'épaule droite au kayak et douleurs de l'épaule gauche. Les conclusions étaient : bursite sous acromiale bilatérale. Absence de déchirure des tendons de la coiffe des rotateurs. Épanchement dans l'articulation gléno-humérale droite d'aspect malheureusement aspécifique. L'échographie ne permettait pas de juger le labrum.![endif]>![if> 5. À teneur d'un certificat médical d'accident-bagatelle LAA établi le 8 novembre 2016 par le docteur D_____, chirurgie orthopédique FMH, le diagnostic était une entorse bilatérale des épaules et « tendinite coiffe ».![endif]>![if> 6. Le 28 octobre 2016, l'assuré a indiqué à la Mobilière, suite à la demande de celle-ci de renseignements complémentaires à la déclaration d'accident, que lors de la descente de rivière en kayak, il s'était retourné et avait déclenché un mouvement d'esquimautage destiné à le remettre à l'endroit. Durant ce mouvement, il avait violemment percuté des rochers sous l'eau, ce qui lui avait provoqué des douleurs immédiates aux deux épaules. Le kayak était un loisir qu'il pratiquait de manière régulière avec une expérience de plus de trente ans. La descente s'était déroulée normalement jusqu'à l'accident. Le fait de percuter des rochers sous l'eau n'était pas habituel pour lui. Il avait percuté des rochers sous l'eau avec les bras en extension. Il avait ressenti pour la première fois les douleurs immédiatement au moment de l'impact. Auparavant, il avait parfois eu quelques douleurs aux épaules, mais jamais aussi importantes et il n'avait jamais consulté de médecin pour ce problème. Son médecin lui avait prescrit des séances de physiothérapie et son traitement n'était pas terminé.![endif]>![if> 7. La Mobilière a soumis le dossier médical de l'assuré à son médecin-conseil, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier a indiqué, le 1 er décembre 2016, qu'il n'y avait pas lésion traumatique à

l'échographie.![endif]>![if> 8. Le 12 décembre 2016, la Mobilière a informé l'assuré que, sur la base du rapport rédigé à la suite de l'échographie du 4 octobre 2016, il s'avérait qu'aucune des lésions retenues n'était traumatique. Elle devait partir du principe que le lien de causalité entre les troubles invoqués et l'événement du 25 septembre 2016 n'était plus établi au degré de la vraisemblance prépondérante à partir du 5 octobre 2016. En conséquence, elle était contrainte de rejeter sa demande de prestations à partir de cette date.![endif]>![if> 9. Le 26 décembre 2016, l'assuré a contesté cette décision.![endif]>![if> 10. Le 24 janvier 2017, la Mobilière a confirmé la suspension des prestations au 5 octobre 2016.![endif]>![if> 11. À teneur d'un rapport établi le 2 février 2017 par le docteur F_____, de l'institut de radiologie de la clinique des Grangettes, celui-ci avait procédé à une arthrographie et arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré le 31 janvier 2017. Il concluait que les données arthrographiques et arthro-IRM de l'épaule droite étaient sans argument en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Il n'y avait pas d'arguments formels en faveur d'une slap lésion. Une petite lésion ostéochondrale avait été constatée au niveau de la jonction tête et col supérieure.![endif]>![if> 12. Le 22 février 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la Mobilière du 24 janvier 2017. Il relevait que le médecin-conseil de cette dernière retenait exactement l'inverse de sa décision, à savoir que l'atteinte de l'épaule droite était vraisemblablement d'origine traumatique, sans incidence de facteurs extérieurs. S'agissant d'une prétendue interruption de la relation de causalité naturelle, il incombait à la Mobilière de rendre vraisemblable que le lien de causalité était rompu, ce qu'elle n'avait pas fait. ![endif]>![if> 13. Le 4 mai 2017, l'assuré a confirmé à la Mobilière, pour les motifs déjà évoqués le 22 février 2017, qu'il s'opposait à sa décision.![endif]>![if> 14. Le 12 mai 2017, le Dr D_____ a indiqué à la Mobilière, sur questions de cette dernière (qui ne portaient pas sur le lien de causalité), que l'assuré avait eu un accident de kayak et que les diagnostics étaient : « contusion - tendinite coiffe 2 épaules ». Sous examen clinique, il mentionnait « Signes (?) de coiffe + ». Le traitement instauré jusqu'à ce jour était de la physiothérapie. L'évolution était bonne (douleurs et mobilisation).![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 22 juin 2017, le Dr E_____ a informé la Mobilière avoir examiné attentivement le dossier de l'assuré afin de pouvoir répondre à ses questions (qui portaient notamment sur le lien de causalité et l'influence par des facteurs étrangers, dans l'affirmative, si les statu quo ante et sine étaient atteints). Le diagnostic était des douleurs des deux épaules après un effort lors d'un esquimautage. La personne assurée déclarait avoir percuté les rochers sous l'eau, les bras tendus (ce qui signifiait que c'était les mains ou les avant-bras qui avaient touché les rochers mais pas les épaules). Il n'y avait donc pas de contusions des épaules. L'accident était la cause « exclue » de l'atteinte à la santé. La guérison était influencée par des facteurs étrangers, soit quelques lésions dégénératives au niveau de la tête humérale droite. Il y avait pu avoir quelques douleurs à la suite de « ce mouvement » sans qu'il n'y ait de lésions. Les différents examens ne montraient aucune lésion traumatique. Le pronostic était favorable. Il n'y avait pas de lésion associée. Il s'agissait d'un « effort » suivi de douleurs. En début de son rapport, le Dr E_____ a décrit le déroulement de l'accident et a résumé, brièvement, les pièces du dossier avant de répondre aux questions posées, à savoir le diagnostic, le rapport de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé, la question de savoir si la guérison était influencée par des facteurs étrangers et la question de savoir s'il s'agissait d'une aggravation d'une pathologie existante (cours irréversible et progressif) et quand serait à nouveau atteint le statu quo sine . ![endif]>![if> 16. Par décision sur opposition du 4 juillet 2017, la Mobilière a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 24 janvier 2017.

Son médecin-conseil était d'avis qu'il n'y avait aucune lésion traumatique et que les lésions vues sur les images de l'arthro-IRM du 31 janvier 2017 étaient des lésions de type dégénératif. La Mobilière avait pris en charge les prestations jusqu'au 4 octobre 2016, date à laquelle l'échographie avait été réalisée. L'avis médical établi par le Dr E_____ avait abouti à des résultats convaincants et sérieusement motivés. L'avis de ce praticien ne contenait pas de contrindications et aucun indice concret ne permettait de mettre en cause le bienfondé de son appréciation. Dès lors, selon l'avis médical du Dr E_____ du 22 janvier 2017, l'accident était la cause exclue de l'atteinte à la santé. Par conséquent, le lien de causalité naturelle étant nié, l'obligation de prestations de la Mobilière en rapport avec la situation actuelle de l'assuré n'était pas donnée au-delà du 4 octobre 2016, date de l'échographie des deux épaules, mesure d'instruction nécessaire à l'éclaircissement de la situation médicale de l'assuré. L'assuré pratiquait le kayak depuis 30 ans. Or, ce sport était particulièrement vulnérant pour les articulations des épaules. Les tendinites de l'épaule étaient fréquentes chez les personnes pratiquant de façon intensive cette activité. D'ailleurs, l'assuré lui-même avait précisé à la Mobilière avoir déjà eu, par le passé, quelques douleurs. Lors de sa manœuvre d'esquimautage, l'assuré avait percuté des rochers sous l'eau. Toutefois aucune lésion traumatique n'avait été causée par ce choc. Il s'était donc agi finalement que d'une simple contusion suivie de douleurs dues non pas au traumatisme, mais à l'existence de lésions dégénératives de l'épaule de l'assuré. Grâce aux séances de physiothérapie, il y a eu une bonne amélioration des douleurs et de la mobilité. Sur la base des éléments médicaux à disposition, il convenait d'admettre que la preuve d'une relation de causalité naturelle entre les douleurs encore ressenties par l'assuré après le 4 octobre 2016 et l'accident dont il avait été victime n'était pas apportée. En conséquence, c'était à juste titre que la Mobilière avait refusé d'octroyer à l'assuré les prestations de l'assurance-accidents obligatoire LAA au-delà du 4 octobre 2016. Le 31 août 2017, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de la Mobilière, notifiée le 5 juillet 2017, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir que l'avis du Dr E_____, sur lequel la Mobilière s'était fondée pour refuser de prester au-delà du 4 octobre 2016, avait été rendu sur dossier, de façon non contradictoire, et qu'il n'avait manifestement pas valeur d'expertise. Il était de surcroît démenti de manière claire et convaincante par le rapport du Dr D_____ du 25 août 2017, qui se fondait, non seulement sur les éléments du dossier, mais également sur des constatations cliniques. De surcroît, le Dr E_____ était parti d'un postulat erroné en ce qui concernait le mécanisme de l'accident, en omettant de tenir compte du mouvement de torsion en arrière des deux épaules. Les considérations du Dr E_____ au sujet de l'arthro-IRM du 31 janvier 2017 étaient au demeurant sans pertinence. Il en découlait que l'intimée n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée, que les troubles de la santé du recourant ne seraient plus en relation de causalité avec l'accident au-delà de la date du 4 octobre 2016. Le rapport du Dr D_____, à l'inverse, établissait la persistance de cette relation de causalité à satisfaction de droit. Si la Cour devait éprouver un doute à cet égard, il conviendrait d'ordonner une expertise médicale judiciaire sur ce point. Le recourant concluait, préalablement, à l'audition du Dr D_____ et, au besoin, à ce qu'une expertise médicale sur la question de la relation de causalité entre l'accident du 25 septembre 2016 et ses troubles de la santé soit ordonnée. Au fond, il concluait à l'annulation des décisions de la Mobilière et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations d'assurance-accidents LAA en raison des suites de son accident du 25 septembre 2016 au-delà du 4 octobre 2016, avec suite de frais et dépens. Le recourant a produit à l'appui de son recours, un

rapport établi le 25 août 2017 par le Dr D_____. Ce dernier remarquait que le Dr E_____ avait expliqué que l'assuré avait fait un esquimautage avec impression de douleurs dans les épaules. Ceci ne correspondait pas à ce que l'assuré lui avait décrit comme accident, car il avait bien effectué un esquimautage en kayak, mais en effectuant ce mouvement, ses bras s'étaient accrochés en arrière sous l'eau dans les rochers avec un faux mouvement au niveau des deux épaules, sensation de subluxation de l'épaule droite et apparition de douleurs importantes. La notion d'accident ne semblait pas contestée par la Mobilière, puisqu'elle avait pris en charge le cas durant les premières jours. Il était surprenant que le Dr E_____ dise que l'accident était la cause exclue de l'atteinte à la santé, puisque l'assurance-accidents avait pris en charge le cas initialement. Elle acceptait donc la notion d'accident, qui était une question juridique et non médicale sur laquelle le Dr E_____ n'avait pas à se prononcer. Ensuite, il fallait discuter quel était le type d'atteinte à la santé causé par l'accident. Les examens radiologiques initiaux du 4 octobre 2016 (échographie) objectivaient une bursite sous-acromiale bilatérale ainsi qu'une tendinite du sus-épineux. De telles lésions étaient souvent d'origine microtraumatique, mais elles pouvaient également être post-accidentelles. Le mécanisme décrit par l'assuré, qui ne correspondait pas au mécanisme retenu par la Dr E_____, à savoir un choc effectivement sur les bras, mais entraînant un mouvement de torsion en arrière des deux épaules, pouvait parfaitement causer une inflammation de la bourse sous-acromiale et une tendinopathie du sus-épineux. L'évolution favorable par la suite allait d'ailleurs dans le sens d'une lésion aiguë. Le Dr E_____ ne pouvait en aucun cas affirmer que l'atteinte à la santé (laquelle ?) n'était en aucune raison consécutive à l'accident. Tout au plus, il aurait pu discuter de fixer un statu quo sine ou ante, ce qu'il n'avait pas fait. Le fait que l'arthro-IRM objectivait, quatre mois plus tard, quelques lésions dégénératives ne permettait en aucune manière d'infirmier et de passer sous silence les diagnostics de bursite et de tendinite de coiffe mis en évidence à l'échographie. Le fait que ces lésions n'étaient pas mises en évidence sur l'arthro-IRM allait d'ailleurs dans le sens d'un événement aigu ayant provoqué ces pathologies et s'étant amélioré par la suite. L'évolution était favorable. A priori le cas était limité. La prise en charge par l'assurance-accidents était, à son avis, parfaitement justifiée. Les arguments du Dr E_____ n'étaient pas pertinents. 18. Par réponse du 28 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Dans le cas d'espèce, l'analyse des pièces médicales au dossier avait conduit à la conclusion que l'assuré n'avait subi aucune lésion traumatique le 25 septembre 2016. Dans son rapport du 22 juin 2017, le Dr E_____ concluait que l'accident était la cause exclue des atteintes à la santé. Les divers rapports médicaux montraient uniquement quelques lésions de type dégénératif. L'assuré pratiquait le kayak de manière intensive et régulière depuis 30 ans. Ce sport impliquait d'importantes contraintes au niveau des épaules et entraînait fréquemment des tendinites chez les pratiquants. En résumé, il devait être constaté qu'il n'existait pas de lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 septembre 2016 et les atteintes à la santé dont se plaignait l'assuré. Ainsi, la Mobilière était fondée à refuser toutes prestations après le 4 octobre 2016, date à laquelle les mesures d'instruction nécessaires à l'éclaircissement de la situation médicale de l'assuré avaient permis d'exclure l'existence d'un lien de causalité naturelle. Le recourant alléguait qu'une expertise serait requise au motif que l'on ne pourrait se fonder sur le rapport du Dr E_____. Cette argumentation ne pouvait pas être suivie. D'après la jurisprudence, le juge pouvait accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par un médecin aussi longtemps que ceux-ci aboutissaient à des résultats convaincants, que leurs conclusions étaient sérieusement motivées, que ces avis ne contenaient pas de

contradictions et qu'aucun indice concret ne permettait de mettre en cause leur bienfondé. Dans le cas d'espèce, s'agissant du déroulement des faits du 25 septembre 2016, le Dr E_____ s'était basé sur les déclarations d'accident. Le recourant critiquait ainsi à tort cet aspect du rapport. En tout état, et il s'agissait en l'espèce du point central, le Dr E_____ avait examiné l'ensemble du dossier médical et, en particulier, les documents d'imagerie qui ne révélaient notamment aucune lésion. Il n'existait aucun motif qui pourrait amener à douter de la qualité de l'appréciation médicale du Dr E_____ qui aboutissait à des résultats convaincants et motivés. Il n'y avait ainsi pas lieu d'ordonner une expertise.

19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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.

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des prestations de l'intimée en lien avec son accident du 25 septembre 2016, au-delà du 4 octobre 2016, et en particulier sur le lien de causalité naturelle entre les douleurs encore ressenties par le recourant après cette dernière date et l'accident précité.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 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 (ATF 142 V 435 consid. 1). 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. 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). 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. 8. 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). 9. 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). 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). 10. 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). 11. 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 pour les parties 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).!

3).!> 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). 12. 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).!

!> 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 13. En l'espèce, l'intimée a estimé dans la décision querellée que la preuve d'une relation de causalité naturelle entre les douleurs encore ressenties par le recourant après le 4 octobre 2016 et l'accident n'était pas apportée et que c'était ainsi à juste titre qu'elle avait refusé d'octroyer ses prestations dès cette date (date de l'échographie des deux épaules de l'assuré).!

!> Elle mentionnait se fonder sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr E_____, qui a indiqué, le 22 juin 2017, que l'accident était la cause « exclue » de l'atteinte à la santé. Il n'y avait, selon ce médecin, pas eu de lésion traumatique lorsque l'assuré avait percuté des rochers sous l'eau. Il avait pu y avoir quelques douleurs à la suite « de ce mouvement » sans qu'il y ait de lésion. Ce rapport médical ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante, dès

lors qu'il ne contient pas d'anamnèse, n'est pas fondé sur un examen clinique de l'assuré et ne prend pas en considération les plaintes de ce dernier. Ce rapport n'est en outre pas rédigé de façon claire, dans la mesure où, sous la rubrique de l'influence de facteurs étrangers, le Dr E_____ a mentionné : « quelques lésions dégénératives au niveau de la tête humérale droite. Il a pu y avoir quelques douleurs à la suite de ce mouvement sans qu'il n'y ait de lésions ». Il semble ainsi évoquer le déroulement de l'accident alors qu'il répond à une question en lien avec les facteurs étrangers à ce dernier. Par ailleurs, il mentionne comme facteurs étrangers des lésions dégénératives de la tête humérale droite, sans préciser si l'accident a eu un effet sur ces dernières. Pour prendre sa décision sur opposition, l'intimée s'est également fondée sur la détermination du 12 mai 2017, établie par le médecin traitant de l'assuré, le Dr D_____, lequel répondait brièvement à quelques questions qu'elle lui avait posées, lesquelles n'abordaient toutefois pas la question de la causalité. Le Dr D_____ posait toutefois clairement les diagnostics de contusion et de tendinite de la coiffe des deux épaules évoquant ainsi un accident, comme il l'avait annoncé dans son certificat médical d'accident du 8 novembre 2016. Dans ces circonstances, le dossier n'était manifestement pas assez instruit lorsque l'intimée a pris la décision querellée. À l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport plus détaillé de son médecin traitant du 25 août 2017. Ce dernier ne satisfait pas non plus aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux, mais suffit à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr E_____. Il explique en effet de façon convaincante que les lésions de bursite sous-acromiale bilatérale et de tendinite du sus-épineux, objectivées par les examens radiologiques initiaux du 4 octobre 2016, sont souvent d'origine microtraumatique, mais qu'elles peuvent également être post-accidentelles. Selon ce médecin, le déroulement de l'évènement, tel qu'il lui avait été rapporté par le recourant, ne correspondait pas au mécanisme retenu par le Dr E_____. Il s'agissait d'un choc sur les bras, entraînant un mouvement de torsion en arrière des deux épaules, qui pouvait parfaitement causer une inflammation de la bourse sous-acromiale et une tendinopathie du sus-épineux. L'évolution favorable par la suite allait d'ailleurs dans le sens d'une lésion aiguë. Le fait que l'arthro-IRM objectivait, quatre mois plus tard, quelques lésions dégénératives ne permettait pas d'infirmer et de passer sous silence les diagnostics de bursite et de tendinite de coiffe mis en évidence à l'échographie. Le fait que ces lésions n'étaient pas mises en évidence sur l'arthro-IRM allait d'ailleurs dans le sens d'un évènement aigu ayant provoqué ces pathologies et s'étant amélioré par la suite. Il en résulte qu'en l'état, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte à la santé de l'assuré après son accident n'était pas en rapport de causalité naturelle avec ce dernier. Il faut encore relever que l'intimée a admis, dans un premier temps, un tel rapport de causalité, puisqu'elle a pris en charge les suites de l'évènement du 25 septembre 2016 jusqu'au 4 octobre 2016. L'on se trouve donc dans le contexte d'une suppression du droit à des prestations, de sorte que le fardeau de la preuve appartient à l'intimée, qui invoque la suppression du droit (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). Il se justifie en l'occurrence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise, conformément à l'art. 44 LPGA, et nouvelle décision. Il n'appartient en effet pas à la chambre de céans d'ordonner elle-même une expertise judiciaire, dès lors qu'une expertise n'a pas été ordonnée par l'intimée et que cette dernière s'est fondée sur un dossier insuffisamment instruit. 14. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. a LPGA). 15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

![endif]>![if> 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.