

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1511/2017

ATAS/1162/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1983, travaille dans l'entreprise B_____ Gypserie-peinture en qualité de peintre en bâtiment. Il est à ce titre assuré auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Son employeur a annoncé le 30 mai 2016 qu'il était tombé d'une échelle sur son lieu de travail le même jour et qu'il s'était blessé à la tête et au dos.
3. L'assuré a été entendu le 27 octobre 2016 dans les bureaux de la SUVA Genève, accompagné d'un traducteur. Il a décrit l'accident survenu le 30 mai 2016 comme suit :

« Je me trouvais au travail sur un chantier situé au 13 rue de la Servette occupé à mastiquer une fissure dans le plafond. Pour ce faire, je me trouvais debout sur une échelle, les pieds à 90 cm du sol, les mains en l'air et je forçais pour couper la fissure lorsque le couteau est parti d'un coup en arrière car je tirais sur le couteau. J'ai été emporté par mon élan et je suis tombé en arrière sur mon flanc gauche pour atterrir sur du parquet. J'ai atterri avec mon épaule gauche et ma tête est venue heurter le parquet. Je ne saignais pas, mais une petite bosse est apparue au-dessus et derrière mon oreille gauche. J'ai interrompu ma journée de travail pour me rendre chez le Dr C_____ ».

L'assuré a ajouté : « j'ai mal à l'épaule gauche. Je ne peux pas lever mon bras gauche sans avoir une douleur dans mon épaule gauche. Ma tête est désormais guérie consécutivement à l'accident, elle tournait au début, mais maintenant elle va bien ».

4. Des IRM et radiographies de la colonne cervicale et de l'épaule gauche de face et axiale réalisées les 17 août et 20 octobre 2016, ainsi qu'une arthro-IRM de l'épaule gauche le 25 octobre 2016, ont été versées au dossier.
5. Par courrier du 21 novembre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'à défaut de renseignements médicaux, elle émettait des réserves et suspendait toutes ses prestations dès le 21 novembre 2016.
6. Dans un rapport du 26 décembre 2016, le docteur C_____ a expliqué que l'assuré avait glissé d'une échelle et était tombé d'une hauteur de deux mètres. Il s'était réceptionné sur le dos, l'épaule gauche, la tête et la nuque et depuis souffrait de douleurs à la nuque, à l'épaule gauche et aux lombaires. Le médecin a retenu le diagnostic de cervico-scapulo-brachialgie gauche post-traumatique. Il n'a constaté ni blessure ni hématome, mais une légère douleur à la palpation de la nuque, surtout à gauche, et paravertébrale dorso-lombaire, ainsi qu'à la palpation de l'épaule gauche avec limitation des mouvements. Il a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis le 30 mai 2016 et à 50% depuis le 15 janvier 2017.
7. Le 1^{er} février 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA Genève, a indiqué que l'incapacité de travail n'était plus justifiée pour les seules suites de l'accident, du fait qu'il n'y

avait pas d'atteinte traumatique objectivable sur bilan radiologique, mais la mise en évidence d'une atteinte dégénérative sur IRM cervicale et sur épaule conflit postéro-supérieur constitutionnel éventuel. Aussi a-t-il fixé le *statu quo sine* à douze semaines à compter de l'accident du 30 mai 2016.

8. Par décision du 6 février 2017, la SUVA, constatant que « l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore actuellement au genou droit » (sic), qui impliquaient encore une incapacité de travail, a considéré que ceux-ci n'engageaient pas sa responsabilité, n'étant plus en lien de relation de causalité avec l'accident. Aussi a-t-elle cessé la prise en charge de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 20 novembre 2016, considérant que le cas était liquidé.
9. Par courrier du 20 février 2017 adressé au Dr C_____, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que :

« Il présente à la suite d'une chute en mai 2016 des douleurs importantes qui ont résisté au traitement conservateur bien conduit. Cliniquement, l'élévation antérieure est limitée à 90°, en ce qui me concerne non pas en raison d'un blocage mécanique mais d'importantes douleurs. La rotation externe est symétrique. A noter que la mobilisation se fait en association avec des réactions que je qualifierais de pathologiques. Le bilan paraclinique est strictement normal. Il s'agit donc d'un cas difficile, de douleurs importantes sans substrat évident. Bien que je ne suis pas persuadé qu'il rentre dans la définition d'une épaule gelée post-traumatique, je l'ai mis dans un protocole qui comprend une infiltration cette fois gléno-humérale, des exercices d'auto-mobilisation horaires et une balnéothérapie. Je laisse le médecin-conseil de la SUVA décider si une hospitalisation, afin de mieux cerner le problème et le patient, serait utile au centre de rééducation de Sion ».
10. L'assuré a formé opposition le 26 février 2017.
11. Le 22 mars 2017, le Dr D_____ s'est déterminé sur la question de la causalité naturelle avec l'événement du 30 mai 2016 et de l'incapacité de travail. Selon lui, cette relation est tout au plus possible. Il n'y a pas d'atteinte traumatique objectivable sur les divers bilans radiologiques réalisés. L'IRM cervicale montre une atteinte dégénérative préexistante. Le bilan de l'épaule suggère un conflit postéro-supérieur constitutionnel.
12. Le Dr C_____ a émis plusieurs prescriptions de physiothérapie pour son patient, une notamment le 6 avril 2017 dans laquelle il a retenu un diagnostic d'épaule gelée post-traumatique et précisé que les mesures physiothérapeutiques avaient pour but le « travail des amplitudes articulaires de l'épaule gauche en passif et actif assisté et pas de travail de force tant qu'il n'y a pas toutes les ROM récupérées ».
13. Par décision du 11 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition, rappelant que les radiographies du 17 août 2016 avaient montré une rectitude de la colonne cervicale sans signe de fracture tassement de listhésis, respectivement une épaule sans particularité, que l'IRM cervicale datée du 20 octobre 2016 avait confirmé une

dessiccation discale étagée C3-C4 à C5-C6 et que l'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 25 octobre 2016 n'avait mis en évidence qu'une minime lésion partielle au niveau du tendon infra-épineux. Elle relève de surcroît que le Dr E_____, spécialiste de l'épaule, a fait état, dans son rapport du 20 février 2017, d'un bilan paraclinique strictement normal et de douleurs sans substrat évident.

14. L'assuré a interjeté recours le 20 avril 2017 contre ladite décision. Il souligne le fait que depuis son accident, il souffre de douleurs importantes au dos, à l'épaule gauche, à la tête et à la nuque. Il rappelle que selon le Dr D_____, il a subi une lésion traumatique. Il fait valoir qu'il ne peut plus travailler depuis mai 2016 en raison de son accident. Il ajoute qu'il a tenté à plusieurs reprises de reprendre une activité lucrative sans succès en raison de ses douleurs. Il conclut à ce que les prestations de l'assurance-accident continuent à lui être versées. Il demande à être soumis à un examen qui serait effectué par une clinique spécialisée afin que le lien direct de l'accident avec son invalidité soit mis en évidence.
15. Dans sa réponse du 21 juin 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle se fonde sur les appréciations du Dr D_____ des 22 mars et 14 juin 2017 selon lesquelles toute lésion traumatique objectivable est exclue et l'existence d'une relation de causalité entre l'accident et les troubles de l'assuré persistants à trois mois de celui-ci tout au plus possible. Le Dr D_____ a observé que le bilan radiologique ne documentait pas de lésion structurelle en rapport avec l'accident, que l'IRM cervicale montrait une atteinte dégénérative préexistante et que les examens impliquant l'épaule suggéraient un conflit postéro-supérieur constitutionnel. La SUVA relève par ailleurs que les constatations du Dr D_____ se confondent avec celles des autres médecins consultés, dès lors qu'aucun de ceux-ci ne retient que l'accident a provoqué des lésions structurelles à l'origine des troubles de l'assuré. Le médecin traitant continue à attester d'une incapacité de travail de nature accidentelle sans motiver sa position.
16. Dans sa réplique du 27 juin 2017, l'assuré a repris les arguments déjà développés dans son recours.
17. Dans sa duplique du 28 juillet 2017, la SUVA a persisté dans ses conclusions.
18. Par courrier du 3 octobre 2017 enfin, l'assuré a prié la chambre de céans « de bien vouloir me donner une réponse et me verser les indemnités dues car je ne paie pas les factures depuis des mois. ».
19. Ce courrier a été transmis à la SUVA et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le recours est interjeté en temps utile.
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accident à compter du 20 novembre 2016.
4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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).

5. 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3). À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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. Étant 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).

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).

Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

6. 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 (Cst - RS 101; 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).

7. Enfin, 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).
8. En l'occurrence, la SUVA a retenu le *statu quo sine* à douze semaines à compter de l'accident du 30 mai 2016, ce sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 1^{er} février 2017. Elle a dès lors considéré que les troubles dont se plaignait encore l'assuré n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident et a informé celui-ci qu'elle cessait ses prestations au 20 novembre 2016. L'assuré le conteste. Il fait valoir qu'il a toujours mal à l'épaule gauche.
9. Le fait que dans sa décision du 6 février 2017, la SUVA parle malencontreusement de troubles au genou droit, alors que l'assuré souffre de douleurs à l'épaule gauche, ne saurait enlever aux conclusions de la SUVA leur pertinence, même s'il reste déplaisant de lire une telle méprise.
10. La chambre de céans constate que les rapports du Dr D_____ des 1^{er} février et 14 juin 2017 se basent sur des examens de l'assuré et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Ce spécialiste s'est exprimé sur l'état de santé de l'assuré et sur sa capacité de travail. Les conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions.

Le simple fait que le Dr D_____ soit lié à l'assureur, en tant qu'il est médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, 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.

Le Dr D_____ a constaté qu'il n'y avait pas d'atteinte traumatique objectivable sur bilan radiologique, mais la mise en évidence d'une atteinte dégénérative sur IRM cervicale et sur épaule conflit postéro-supérieur constitutionnel éventuel.

Il y a lieu de relever que les radiographies du 17 août 2016 montrent une rectitude de la colonne cervicale sans signe de fracture tassement de listhésis, respectivement une épaule sans particularité, l'IRM cervicale datée du 20 octobre 2016 confirme une dessiccation discale étagée C3-C4 à C5-C6 et que l'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 25 octobre 2016 ne met en évidence qu'une minime lésion partielle au niveau du tendon infra-épineux.

Le Dr C _____ a certes évalué le 26 décembre 2016 l'incapacité de travail à 100% depuis le 30 mai 2016, puis à 50% depuis le 15 janvier 2017. Il a toutefois indiqué qu'il n'avait constaté ni blessure ni hématome, mais une légère douleur à la palpation de la nuque, surtout à gauche, et paravertébrale dorso-lombaire, ainsi qu'à la palpation de l'épaule gauche avec limitation des mouvements. Le 20 février 2017, le Dr E _____ a considéré que cliniquement, l'élévation antérieure était limitée à 90°, non pas en raison d'un blocage mécanique, mais d'importantes douleurs. Il a à cet égard noté que la mobilisation se faisait en association avec des réactions qu'il a qualifiées de pathologiques. Selon ce médecin, le bilan paraclinique est strictement normal, et la rotation externe est symétrique.

Force est donc de constater l'absence de pièce médicale permettant de retenir que les douleurs dont souffre encore l'assuré à l'épaule gauche sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Les rapports du Dr D _____ doivent dès lors se voir reconnaître valeur probante.

Aussi la SUVA était-elle fondée à cesser ses prestations au 20 novembre 2016.

Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le