REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2457/2006 **ATAS/1364/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 29 novembre 2007

En la cause

Monsieur B_____, représenté par CAP PROTECTION JURIDIQUE	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en août 1945, est employé aux Transports Publics Genevois (ci-après les TPG) en qualité de responsable d'équipe. Il est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).

2. Dans une déclaration du 10 mars 2005, l'employeur de l'assuré a déclaré que ce dernier s'était blessé, en date du 4 mars 2005, en glissant sur du verglas et en chutant sur son épaule gauche [recte: droite].

3. Dans un rapport du 26 octobre 2005, le Dr A_____, généraliste, a diagnostiqué une contusion cervicale et lombaire ainsi qu'une périarthrite scapulo-humérale droite post-traumatique.

4. En date du 7 novembre 2005, les TPG ont annoncé une rechute pour cause de douleurs sous forme de luxation de l'épaule gauche [recte: droite].

5. Dans un rapport du 11 janvier 2006, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste et médecin traitant, a diagnostiqué une "contusion post-traumatique de l'épaule droite, de la coiffe sans lésion transfixiante".

6. Dans une IRM de l'épaule droite du 22 novembre 2005, le Dr D_____, radiologue, a formulé les conclusions suivantes: "Données IRM parlant en faveur d'un conflit sous-acromial, visible sous forme d'une tendinopathie sans signe de déchirure du tendon du sus-épineux et d'un élément de bursite sous-acromio-deltoïdienne".

7. Dans une attestation du 3 février 2006, le médecin d'arrondissement de la SUVA a nié le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à l'épaule droite.

8. Par décision du 17 février 2006, la SUVA a rejeté le droit aux prestations de l'assuré au motif que selon l'appréciation du 6 février 2006 [recte 3 février 2006] de son médecin d'agence, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 4 mars 2005 et la rechute annoncée.

9. Par courrier du 20 février 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision, indiquant que son épaule droite fonctionnait bien avant la chute de mars 2005, ce qui n'était plus le cas actuellement.

10. Dans un rapport du 22 mars 2006, le Dr E_____, chirurgien orthopédiste et médecin d'agence de la SUVA, a formulé les remarques suivantes: "Pour simplifier, malgré les éléments contradictoires au dossier, nous admettons que l'articulation contusionnée a été l'épaule droite et que la date de l'accident est le 4 mars 2005. Ensuite, nous regrettons que le rapport du Dr C_____ soit illisible. Pour

répondre à la question: les troubles annoncés en novembre 2005 sont-ils en rapport de causalité avec l'accident du 4 mars 2005 nous ne pouvons nous baser que sur les résultats de l'IRM du 22 novembre 2005. Seules des lésions de caractère dégénératif sont décrites sur cet examen. Il n'est donc pas possible d'admettre une relation de causalité certaine ou vraisemblable entre l'accident et ces lésions".

11. Par décision du 4 mars 2006, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Se basant sur l'avis du Dr E_____, elle a nié le lien de causalité entre la chute de mars 2005 et les troubles actuels; le principe "post hoc, ergo, procter hoc" ne permettait en effet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents.

12. Par courrier du 3 juillet 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans concluant, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise, et principalement à faire constater que l'annonce du 7 novembre 2005 constituait une rechute ouvrant droit à des prestations. L'assuré s'est principalement basé sur un courrier du Dr C_____ du 26 juin 2006 dans lequel celui-ci écrivait qu'il était classique et usuel qu'une chute provoquât ou engendrât les troubles décrits. Le Dr C_____ s'était fondé sur l'anamnèse du patient, qui était sans équivoque, afin de parler de syndrome de conflit sous-acromial avec capsulite rétractile de l'épaule droite post-traumatique. Ce qui était important dans cette anamnèse, c'était que les douleurs étaient apparues immédiatement après la chute et n'avaient plus quitté l'assuré et ceci malgré un traitement conservateur.

13. Dans sa réponse du 2 octobre 2006, la SUVA, concluant au rejet du recours, a fait valoir que les diverses déclarations de l'assuré avaient varié. Il avait tout d'abord déclaré une atteinte à l'épaule gauche, puis à l'épaule droite. Ainsi, ces incohérences provenant de déclarations contradictoires de l'assuré entachaient sa fiabilité et il convenait de donner la prééminence aux déclarations de la première heure. Par ailleurs, la SUVA avait transmis ce cas au Dr F_____, chirurgien orthopédique de la division médicale de la SUVA. Ce dernier avait confirmé - en langue allemande - que seules des lésions de caractère dégénératif étaient présentes chez l'assuré et qu'il n'était pas possible d'admettre une relation de causalité naturelle entre l'accident et les lésions décelées à son épaule droite. De plus, selon le Dr F_____, la littérature médicale ne permettait pas de confirmer l'affirmation du Dr C_____ selon laquelle "un conflit sous-acromial et une capsulite postérieure rétractile de l'épaule gauche dans le cadre d'un traumatisme sont des entités cliniques clairement établies en littérature et largement reconnues sur le plan international". Enfin, l'intimée a transmis un article en anglais concernant les conflits sous-acromials.

14. Par courrier du 25 octobre 2006, le recourant a sollicité la traduction française des documents allemands et anglais versés au dossier par l'intimée.

15. Par ordonnance du 9 novembre 2006, le Tribunal de céans a ordonné la traduction française du rapport du Dr F_____ du 25 septembre 2006 et de l'article médical "Subacromial Impingement Syndrome", et imparti à la SUVA pour ce faire un délai au 3 janvier 2007.

16. Par courrier du 3 janvier 2007, la SUVA a déposé la traduction de l'appréciation médicale du Dr F_____. Selon cette évaluation médicale, il était difficile de confirmer le caractère clairement traumatique de l'anamnèse consignée par le Dr C_____. Seules les déclarations d'accident bénin effectuées peu après l'accident mentionnait une chute sur l'épaule "toutefois sur l'épaule gauche et non sur l'épaule droite". De surcroît, la capsulite rétractile post-traumatique n'était absolument pas largement décrite dans la littérature internationale. Enfin, l'intimée a renoncé à produire la traduction de l'article en anglais.

17. Dans sa réplique du 22 février 2007, le recourant a fait valoir qu'il avait indiqué dans sa propre déclaration avoir chuté sur l'épaule droite. De même, le médecin traitant faisait état d'une chute sur l'épaule droite. Seul son employeur indiquait une chute sur l'épaule gauche, ce qui devait provenir d'une erreur de retranscription. Par ailleurs, le recourant a fait valoir que l'on ne pouvait conclure que les troubles dont il souffrait avait inexorablement pour origine une maladie, cela uniquement en raison de la présence d'arthrose. Pour le surplus, il s'est référé à l'avis du Dr C_____ du 9 mars 2007.

18. Dans sa duplique du 19 avril 2007, la SUVA a fait valoir que l'avis de ses médecins avait la prééminence par rapport à ceux des médecins traitants car il s'agissait d'avis émanant d'un organe administratif et non d'une partie.

19. Sur ce, les courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances

sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'accident s'est produit en mars 2005, la LPGA est applicable au cas d'espèce. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

4. a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant à l'épaule droite sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 4 mars 2005.

   b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Est réputé accident 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). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références).

   Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

   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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte maladive préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). 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) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

   Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. 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 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

6. Tout d'abord, il convient de relever que l'intimée estime que les déclarations du recourant ne sont pas fiables car son employeur a déclaré que l'accident du 4 mars 2005 et la rechute du 7 novembre 2005 avaient eu des conséquences sur l'épaule gauche. A cet égard, le Tribunal de céans constate que le recourant n'a jamais varié dans ses déclarations, contrairement à ce que soutient l'intimée, et qu'il a bien déclaré un accident à l'épaule droite. De même ses médecins ont-ils toujours traité l'épaule droite. Seul l'employeur de l'assuré parle de l'épaule gauche, aussi le Tribunal estime-t-il qu'il s'agit-là d'une erreur de l'employeur, qui ne saurait avoir aucune conséquence pour le recourant. Il ne fait en l'occurrence aucun doute que l'assuré a été accidenté à l'épaule droite.

   Selon une IRM de l'épaule droite du 22 novembre 2005, un conflit sous-acromial, visible sous forme d'une tendinopathie sans signe de déchirure du tendon du sus-épineux et d'un élément de bursite sous-acromio-deltoïdienne existe. Cette lésion est cependant interprétée de façon différente par les médecins de la SUVA et par le Dr C_____, chirurgien orthopédiste et médecin traitant. En effet, selon les médecins de la SUVA, seules des lésions de caractère dégénératif sont décrites sur l'IRM, ce qui ne permet pas de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles de l'épaule droite. De l'avis du Dr C_____, qui se base sur l'anamnèse du patient et sur la littérature médicale, le syndrome de conflit sous-acromial avec capsulite rétractile de l'épaule droite est d'origine post-traumatique, ce qui entraîne que le lien de causalité doit être reconnu.

   Le Tribunal de céans n'est en l'état pas en mesure de trancher cette divergence d'opinion entre spécialistes et ordonnera par conséquent une expertise médicale dans le but de déterminer l'origine des lésions de l'épaule droite du recourant et l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes, l'accident et la rechute annoncée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Professeur G_____, chirurgien orthopédiste aux Hôpitaux universitaires de Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.

   c. Examiner le recourant.

   d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

3. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

4. Quelles sont les plaintes du recourant ?

5. Quelle sont les atteintes à la santé dont souffre le recourant (diagnostic précis) ?

6. Existe-il un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à l'épaule droite du recourant et l'accident dont il a été victime le 4 mars 2005 ?

   a) Si oui, pour quelles raisons ? Ce lien de causalité est-il probable ou seulement possible ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existe avec un degré de vraisemblance prépondérante ?

   b) Existe-t-il une atteinte dégénérative de l'épaule droite ? Si oui, quelle est son influence sur les troubles présentés ? Que pouvez-vous dire de cette atteinte dégénérative par rapport au lien de causalité entre les troubles et l'accident ?

   c) Si non, pour quelles raisons et, le cas échéant, depuis quelle date le statu quo sine a-t-il été atteint ?

7. En cas de causalité naturelle au moins probable entre l'accident et les lésions, répondre aux questions suivantes :

   a) Quelles sont les limitations fonctionnelles liées aux troubles de l'épaule ?

   b) Quelles mesures thérapeutiques sont nécessaires ?

   c) Tous les traitements ont-ils été tentés ?

8. Existe-il un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à l'épaule droite du recourant et la rechute dont il a été victime en novembre 2005 ?

   Si oui, pour quelles raisons ? Ce lien de causalité est-il probable ou seulement possible ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existe avec un degré de vraisemblance prépondérante ?

9. Existe-t-il une atteinte dégénérative de l'épaule droite ? Si oui, quelle est son influence sur les troubles présentés ? Que pouvez-vous dire de cette atteinte dégénérative par rapport au lien de causalité entre les troubles et l'accident ?

10. Faire toute autre remarque utile.

11. Invite l'expert à déposer son rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans dans les meilleurs délais.

12. Réserve le fond.

13. 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); 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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