



POUVOIR JUDICIAIRE

A/301/2018

ATAS/443/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 21 mai 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Madame B\_\_\_\_\_, à GENÈVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian  
BAIER

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1990, a subi un accident le 22 août 2016 alors qu'il travaillait pour son employeur, C\_\_\_\_\_ SA. À teneur de la déclaration de sinistre adressée à la SUVA caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée), l'assuré était monté sur une échelle en tenant un placo-plâtre dans les mains et avait perdu l'équilibre. Il était tombé sur le côté droit et s'était fait mal au bras et aux côtes du même côté.
2. Le 25 août 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 22 août 2016 et que le droit à l'indemnité journalière prendrait effet le 25 août 2016.
3. À teneur d'un rapport établi le 5 septembre 2016 par le docteur D\_\_\_\_\_, radiologue FMH, l'échographie du coude et du poignet droits, des fosses lombaires et de la hanche droite de l'assuré, du 30 août 2016, n'avait pas mis en évidence de lésions traumatiques.
4. Le 2 novembre 2016, la SUVA a informé l'assuré avoir pris en charge ses troubles consécutifs à l'événement du 22 août 2016 jusque-là. Une nouvelle incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016, attestée par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH, l'obligeait à réexaminer sa responsabilité. Elle formulait dès lors des réserves et invitait le Dr E\_\_\_\_\_ à justifier la non-reprise de l'activité professionnelle de l'assuré.
5. À teneur d'un rapport établi le 2 novembre 2016 par le docteur F\_\_\_\_\_, radiologue FMH, une radiographie du poignet droit face/profil du 1<sup>er</sup> novembre 2016 n'avait mis en évidence aucune anomalie de la structure osseuse, notamment une absence de lésion traumatique osseuse, d'arthrographie significative ou de calcification dans les parties molles. Une IRM du poignet droit effectuée le même jour parlait en faveur d'une contusion osseuse de l'extrémité distale du radius et de l'os semi-lunaire et d'une déchirure partielle du ligament piso-hamatum.
6. À teneur d'une notice téléphonique du 4 novembre 2016, l'employeuse de l'assuré avait licencié ce dernier avec effet immédiat au 2 novembre 2016.
7. Le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu à la SUVA le 8 novembre 2016 qu'une IRM du poignet droit de l'assuré avait été effectuée le 2 novembre 2016 et qu'il y avait une déchirure du ligament justifiant la prolongation de l'incapacité de travail.
8. Le 20 décembre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle acceptait la prise en charge de l'incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 et ses suites.
9. Le docteur G\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a informé le Dr E\_\_\_\_\_, le 15 décembre 2016, avoir effectué une échographie de la paroi thoracique inférieure droite de l'abdomen et du flanc droit de l'assuré, le 15 décembre 2016. Ses conclusions étaient : « impression d'un défaut au niveau d'une côte inférieure droite sans effet de masse ni hématome visible. Foie de taille normale et de structure homogène.

Vésicule biliaire à parois fines, alithiasique, reins d'aspect échographique normal; pas de lésions visibles au niveau du flanc droit; pas de liquide libre dans la cavité péritonéale, ni dans le Douglas. Vu que les douleurs persistaient, une scintigraphie osseuse était à discuter ».

10. À teneur d'un rapport établi par la SUVA le 9 janvier 2016, l'assuré avait déclaré ne pas avoir de formation professionnelle et avoir été engagé par son employeuse, le 8 avril 2015, en tant que plâtrier. Lors de l'accident du 22 août 2016, il était occupé à poser un mur en placo-plâtre. En soulevant une plaque de placo, celle-ci avait touché une poutre, ce qui l'avait déséquilibré. L'échelle s'était alors fermée et il était tombé sur le côté droit. Il avait eu des douleurs aux côtes et au poignet droit. Il était droitier. L'évolution était marquée par de fortes douleurs aux côtes inférieures durant la nuit. Il avait également des douleurs lorsqu'il était assis. Il devait, de ce fait, s'asseoir sur l'avant de la chaise en appui sur la fesse gauche. À la marche, il avait des fortes douleurs et parfois le souffle coupé. Environ un mois et demi auparavant, le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait fait des infiltrations, car ses douleurs étaient trop fortes. Il semblait qu'il avait une infection au niveau des côtes inférieures. Sur prescription de son médecin, il portait un gilet depuis un mois et demi. Lorsqu'il bougeait son bras droit, il y avait un gros craquement au niveau de l'omoplate et une douleur permanente à ce niveau, qui devenait plus forte lorsqu'il bougeait le bras. Son médecin lui avait dit d'éviter de bouger ce bras. Son poignet droit était immobilisé depuis l'accident par le port d'une attèle. Sa mobilité était très réduite et il craquait à la mobilisation. L'assuré avait des douleurs permanentes au poignet droit qui devenaient plus fortes après les séances de physiothérapie. Il était en rééducation et faisait cinq séances par semaine de physiothérapie. Il prenait du Tramal. Il était célibataire et sans charge de famille. Il ne faisait pas grand-chose de ses journées. Il sortait pour boire un café, mais comme il ne pouvait pas trop marcher, il restait à la maison.
11. À teneur d'un rapport établi le 24 janvier 2017 par le docteur H\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie de la main, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'hôpital de la Tour, le patient avait été reçu en consultation le 23 janvier 2017. Ils étaient actuellement à distance de l'événement traumatique. Le patient rapportait actuellement d'importantes douleurs au niveau de son épaule, de son poignet et de son grill costal droits. Il présentait un syndrome douloureux de tout le membre supérieur ainsi qu'au niveau du poignet à droite. Au vu de l'évolution, se posait la question d'un CRPS (complex regional pain syndrome, algoneurodystrophie) au poignet droit. Concernant l'épaule droite, le patient devrait bénéficier d'une IRM, ce qui n'avait pas encore été le cas. Dans le contexte de douleurs du grill costal, de l'épaule droite ainsi que du poignet, il pourrait bénéficier d'un séjour à la clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR). Pour l'instant, il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour le poignet droit.

12. À teneur d'une note adressée au médecin d'arrondissement le 22 août 2016 par la SUVA, l'assuré était d'accord de se rendre à la CRR et il ne parlait pas bien le français.
13. À teneur du rapport établi par la CRR le 16 juin 2017, l'assuré avait séjourné dans son service réadaptation du 17 mai au 7 juin 2017. À l'entrée, ses plaintes et limitations fonctionnelles étaient des douleurs au poignet, à l'épaule et à la cheville droites.

Sur le plan orthopédique, le diagnostic de snapping scapula avait été posé sur la base de craquements audibles en flexion et en abduction. Le bilan radiologique (RX, IRM et CT/scan) et ENMG ne permettait pas de trouver une origine organique à ces craquements, qui évoquaient une atteinte fonctionnelle. Un avis spécialisé à la consultation du docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, avait été demandé.

Aucun diagnostic psychopathologique n'était retenu chez l'assuré dont le degré d'expression des douleurs était marqué et qui se présentait avec des comportements antalgiques (position antalgique peu physiologique, automassages) et des inquiétudes peu rationnelles pour expliquer ses douleurs, en particulier au niveau thoracique.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Même si l'on retenait une contusion osseuse du poignet droit, sur la base de l'IRM du 1<sup>er</sup> novembre 2016, on peinait à expliquer l'importance du retentissement fonctionnel annoncé par le patient, qui se présentait comme un invalide. Tant pour ce qui concernait l'épaule, la paroi thoracique que la cheville droites, aucune atteinte structurelle n'était mise en évidence.

La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne, en raison du fait qu'elle était limitée par les autolimitations. Hormis le fait que le patient sous-estimait le niveau d'activités qu'il pouvait réaliser (score au PACT à 28 points correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), on relevait les incohérences suivantes : force de préhension au Jamar 1 kg à droite, impossibilité à faire tourner les pédale à un rythme de 60/minutes au test MSEC, boiterie à la marche variable. Sur la base de l'absence d'atteinte organique et des incohérences mentionnées ci-dessus, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue au terme du séjour. Hormis rassurer l'assuré quant à l'absence d'atteintes sévères, la prise en charge devrait viser un retour progressif vers une activité physique et professionnelle. Aucune prise en charge en physiothérapie n'était prévue à la sortie. La situation était stabilisée du point de vue médical. L'assuré serait encore convoqué pour avis spécialisé auprès du Dr I\_\_\_\_\_. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec les facteurs non-médicaux chez un patient non qualifié, sans permis de séjour ni contrat de travail

valable. En l'absence de limitations fonctionnelles retenues, un calendrier de reprise progressive médico-théorique de son activité avait été établi à la sortie pour subjectivement la rendre moins pénible. Au vu du retentissement douloureux annoncé chez un assuré qui se présentait comme un invalide, on pouvait s'attendre à ce que la reprise soit difficile. L'incapacité de travail dans la profession actuelle de peintre en bâtiment était de 100% du 17 mai au 11 juin 2017, 50% du 12 au 30 juin 2017 et 0% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

14. Dans un rapport établi le 13 juillet 2017 par le docteur J\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, service de rééducation des HUG, celui-ci indiquait avoir reçu le patient le 6 juillet 2017, lequel lui avait été adressé par le Dr I\_\_\_\_\_ pour un avis sur snapping scapula. Les diagnostics étaient une chute au travail d'une échelle sur l'hémicorps droit, le 22 août 2016, avec dyskinésie de l'omoplate droite inféro-médiale, snapping scapula douloureuse, contusion osseuse de l'extrémité du radius et du semi-lunaire du poignet droit ainsi que douleurs à la cheville droite. L'assuré était totalement incapable de travailler comme plâtrier. Il n'y avait pas d'option chirurgicale, sauf une exploration diagnostique scapulo-thoracique endoscopique. La cheffe radiologue ostéo-articulaire avait retrouvé une minime protubérance osseuse entre la scapula et la sixième côte. Il n'y avait pas d'indication à un traitement par pregavaline en l'absence de douleurs neurogènes.
15. Dans un rapport établi le 17 août 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, du centre médical de Vermont-Grand-Pré, a indiqué que le diagnostic était un snapping scapula et une contusion au poignet. L'évolution était défavorable et le pronostic réservé. L'assuré ne pouvait pas reprendre le travail. Un rendez-vous était fixé chez le Dr I\_\_\_\_\_ au 4 septembre 2017.
16. Dans un rapport établi le 5 septembre 2017 par le Dr I\_\_\_\_\_, celui-ci avait reçu en consultation l'assuré le 4 septembre 2017 concernant son épaule droite. À l'examen clinique, le patient pouvait éliciter des craquements audibles de très forte intensité à toute mobilisation de l'épaule. La palpation retrouvait ces craquements au niveau de la pointe de l'omoplate ainsi qu'à son angle supéro-médial. La mobilité de l'épaule en était sévèrement limitée avec une élévation aux alentours de 40°, la rotation externe était à 10° et la rotation interne aux alentours de la crête iliaque. Le bilan d'imagerie effectué ne mettait pas en évidence de modification notable de l'anatomie, de la cage thoracique ni de l'omoplate en comparaison du controlatéral. Le Dr I\_\_\_\_\_ retenait néanmoins le diagnostic de snapping scapula avec une bursite à l'angle supéro-médial et inférieur de cet os comme cause de la symptomatologie. Il proposait de faire effectuer des infiltrations écho-guidées de ces deux endroits et de reprendre la physiothérapie. Ces infiltrations pouvaient être renouvelées après trois mois en cas d'évolution favorable mais partielle. Il restait à disposition afin d'évaluer la situation sur le plan chirurgical, si la situation évoluait défavorablement.

17. Dans un rapport médical intermédiaire du 28 août 2017, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait aucune évolution dans l'état de santé de l'assuré et qu'une reprise du travail lui semblait impossible.
18. À teneur d'une appréciation médicale établie le 19 septembre 2017 par le Dr L\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, celui-ci a résumé les pièces médicales relatives à l'assuré et posé le diagnostic de snapping scapula et bursite à l'angle supéro-médial et inférieur de cet os, comme cause de la symptomatologie de l'assuré. L'origine de cette pathologie était multifactorielle, fonctionnelle et sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'événement du 22 août 2016. En effet, devant l'absence de lésion objectivable, malgré un bilan exhaustif, les effets du traumatisme s'étaient éteints. Le Dr L\_\_\_\_\_ rejoignait l'avis de la CRR qui avait proposé, en l'absence de limitation fonctionnelle retenue, une reprise progressive sur deux mois et la fin de la causalité naturelle probable à cette échéance.
19. Par décision du 2 novembre 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait une capacité de travail à 50% dès le 12 juin 2017 et une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 15 septembre 2017. Il en ressortait que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait encore actuellement. En conséquence, elle arrêta le paiement de l'indemnité journalière le 30 juin 2017 au soir et les soins médicaux au 5 novembre 2017 au soir. La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical ne relevait plus de sa compétence mais de celle de l'assurance-maladie.
20. Le 14 novembre 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.
21. Le Dr I\_\_\_\_\_ a établi, le 5 décembre 2017, un arrêt de travail pour l'assuré, avec une incapacité de travail à 100% du 3 décembre 2017 au 9 janvier 2018, date de son intervention.
22. L'Hospice général a informé la SUVA le 13 décembre 2017 qu'en sa qualité d'institution d'aide sociale, il intervenait en faveur de l'assuré et lui accordait une aide financière dans l'attente du versement d'éventuelles prestations auxquelles il pourrait prétendre de la part de la SUVA.
23. Le 13 décembre 2017, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré le 4 décembre 2017 pour un bilan d'évolution après une infiltration sous-scapulaire dans un contexte de snapping scapula. Force était de constater que cette approche conservatrice n'avait pas permis d'améliorer la situation de manière sensible. À l'examen clinique, les craquements caricaturaux étaient toujours présents à l'angle inférieur de l'omoplate et audibles même à distance du patient. Du point de vue chirurgical, il y avait deux options. La première était une arthrolyse scapulo-thoracique dont les répercussions fonctionnelles étaient importantes. L'alternative était une tentative de bursectomie arthroscopique. Le patient acceptait la deuxième option. L'intervention serait programmée dans les meilleurs délais.

24. Le 14 décembre 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il subirait une opération du poignet le 9 janvier 2018 et qu'il était en incapacité totale de travail jusqu'au 9 janvier 2018, selon le certificat médical du Dr I\_\_\_\_\_.
25. Par décision sur opposition du 20 décembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et la demande d'assistance juridique de l'assuré, précisant qu'un recours contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif. En l'absence d'atteinte organique, aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue et un calendrier de reprise progressive du travail avait été établi à la sortie par les médecins de la CRR. Pour le snapping scapula, la SUVA avait demandé un avis spécialisé aux HUG. Après avoir pris connaissance des différents rapports versés au dossier après le séjour à la CRR, le 13 septembre 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ avait confirmé les décisions de la CRR et énoncé que l'origine de la pathologie au niveau du membre supérieur droit était multifactorielle, fonctionnelle et sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'accident. Devant l'absence de lésions objectivables malgré un bilan exhaustif, les effets de la chute étaient éteints. L'assuré n'apportait aucun élément permettant de douter de l'analyse effectuée à la CRR et des conclusions du médecin d'arrondissement. Force était de conclure qu'au plus tard le 12 juin 2017, il ne souffrait plus de troubles organiques. Peu importait que les médecins des HUG aient attesté d'une incapacité de travail et préconisé de la physiothérapie ainsi qu'une infiltration écho-guidée pour l'épaule, dans la mesure où ces praticiens n'avaient pas non plus retrouvé d'atteinte organique permettant d'expliquer les troubles relatés. Selon la jurisprudence, il était admissible de laisser ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatées qui ne pouvaient pas s'expliquer sur le plan organique, lorsque la causalité adéquate devait être refusée. Du point de vue objectif, l'accident pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de la catégorie inférieure. Dans un tel cas, pour admettre le caractère adéquat, il fallait un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un de ces critères se manifeste avec une intensité particulière. En l'espèce, aucun de ces critères n'était rempli. La causalité adéquate entre les troubles relatés par l'assuré et l'accident devait en conséquence être niée. Dès lors que l'opposition, très succinctement motivée, paraissait dépourvue de toute chance de succès, la demande d'assistance juridique était refusée. La SUVA ne pouvait pas accorder la garantie pour l'opération prévue au poignet ni prendre en charge l'incapacité de travail dès le 3 décembre 2017.
26. L'assuré a été convoqué le 4 janvier 2018 à la consultation de chirurgie ambulatoire des HUG pour une intervention chirurgicale.
27. Le 25 janvier 2018, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de la SUVA, faisant valoir que cette dernière était fondée sur un avis médical de médecine physique et de réadaptation de la CRR du 16 juin 2017, qui était explicitement incomplet, puisqu'il précisait qu'un avis spécialisé avait été demandé au Dr I\_\_\_\_\_ sur le snapping scapula. Ce dernier était parvenu à la conclusion que

la situation n'était pas stabilisée et qu'elle était d'origine traumatique. Il avait proposé, sauf évolution favorable, une intervention chirurgicale. Le Dr J\_\_\_\_\_ avait confirmé, dans son rapport du 13 juillet 2017, son incapacité de travail à 100% en lien de causalité avec l'accident. Sa situation n'était médicalement pas stabilisée. La décision sur opposition de la SUVA était mal fondée. Le recourant sollicitait l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ pour le cas où la chambre des assurances sociales s'estimerait insuffisamment renseignée au sujet de la nature non stabilisée des suites de l'accident et sur le lien de causalité évident entre celui-ci et l'incapacité de travail actuelle.

Le recourant concluait, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à ce qu'il soit ordonné à la SUVA de reprendre le versement des prestations d'assurance-accidents dues à l'assuré à partir du moment où elles avaient cessé au même taux et pour le même montant mensuel et ce, pour une durée indéterminée, avec suite de frais et dépens.

Le recourant a produit à l'appui de son recours :

- un compte rendu opératoire établi le 15 janvier 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_ suite à l'intervention du 9 janvier 2018 (bursectomie sous-scapulaire droite et à une infiltration sous-scapulaire sous contrôle scopique) ;
- une prescription de physiothérapie établie par le Dr I\_\_\_\_\_ le 28 février 2018 pour neuf séances en piscine ;
- un rapport de consultation du 1<sup>er</sup> mars 2018 établi par le Dr I\_\_\_\_\_ indiquant avoir revu, le 27 février 2018, le patient à six semaines de l'intervention et constaté que l'évolution sur le plan des craquements n'était pas celle attendue, avec la poursuite des bruits audibles accompagnés de douleurs, lors de la mobilisation de l'omoplate. Après une période d'observation d'encore six semaines, il serait décidé d'une éventuelle arthrodèse scapulo-thoracique, avec comme conséquence, au minimum, une limitation de la mobilité de l'ordre de 30% dans les différents secteurs de l'épaule.

28. Par décision du 5 février 2018, la présidence du Tribunal civil a admis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique, avec effet au 17 janvier 2018, et limité l'octroi de celle-ci à douze heures d'activité d'avocat, forfait, courriers/téléphones et audiences en sus.

29. Par réponse du 23 février 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours. Les rapports des 13 juillet et 5 septembre 2017 des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne se prononçaient que sur les troubles de l'omoplate droite du recourant, lesquels n'étaient pas un état séquellaire de l'accident du 22 août 2016. Aussi, s'agissant des seules atteintes entraînées par l'accident du 22 août 2016, celles-ci devaient être considérées comme guéries en juin 2017. Le recourant ne remettait pas en cause cette conclusion. Celle-ci était confirmée par l'appréciation médicale établie le 22 janvier 2018 de la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie FMH, au sein de la division de médecine des assurances. Il n'y avait pas lieu en

l'espèce de s'écarter des conclusions du rapport établi le 22 février 2018 par la Dresse J\_\_\_\_\_ qui pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Ce dernier avait été rendu en connaissance de tous les autres avis médicaux se trouvant au dossier. Les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ne faisaient pour leur part que constater que la situation médicale, s'agissant du snapping scapula, n'était pas stabilisée, sans établir un lien de causalité avec l'accident du 22 août 2016.

Il y avait ainsi lieu de retenir que les seules atteintes entraînées par l'accident du 22 août 2016, à savoir une contusion thoracique, une contusion du poignet, une atteinte du ligament piso-hamatum et une probable atteinte du ligament collatéral cubital à droite étaient guéries bien avant le 12 juin 2017 et n'empêchaient pas le recourant de reprendre son activité habituelle de plâtrier à 50% dès le 12 juin 2017 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

30. Le rapport établi le 22 février 2018 par la Dresse J\_\_\_\_\_ contient un résumé détaillé des pièces médicales au dossier et de la procédure. Dans son appréciation, la Dresse J\_\_\_\_\_ a notamment relevé qu'après une brève évocation par l'assuré d'un craquement de l'omoplate droit en janvier 2017 lors d'un entretien avec la SUVA, il fallait attendre le séjour à la CRR pour que ces craquements soient reconnus ou confirmés par des intervenants médicaux et donc investigués. Le diagnostic d'omoplate à ressaut avait été posé à neuf mois de l'événement du 22 août 2016. La doctoresse a ensuite donné des indications générales sur le diagnostic. Elle concluait que ce diagnostic ne pouvait être d'origine traumatique dans le cas du recourant, puisque ni une fracture de côtes ni une fracture de l'omoplate, ni un volumineux cal osseux n'avait été observé sur l'iconographie. On ne pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, retenir que l'ancienne fracture de côte inférieure, décrite à distance par le Dr K\_\_\_\_\_ lors d'une échographie, soit un état séquellaire de l'accident du 22 août 2016. De toute façon, elle avait guéri sans masse de voisinage, ce qui permettait d'exclure la présence d'un important cal osseux, possible cause d'une omoplate à ressaut. L'assuré n'ayant pas subi de chirurgie à ce niveau, elle devait postuler soit que l'iconographie très difficile à réaliser de l'omoplate n'avait pas permis de mettre en évidence l'anomalie morphologique de l'omoplate responsable de ce conflit, soit que l'assuré faisait partie des 30 % de cas où aucune étiologie n'était retrouvée. L'omoplate à ressaut était due à un conflit d'origine le plus probablement morphologique. L'accident du 22 août 2016 n'avait pas entraîné d'atteinte structurelle de l'omoplate droite. En sachant qu'une contusion tout comme une déchirure totale ou partielle de ligament avaient besoin tout au plus de trois mois pour être guéries et que l'accident du 22 août 2016 n'avait pas entraîné chez l'assuré d'atteinte structurelle de l'omoplate droite, il était évident que cet accident avait largement cessé de déployer ses effets délétères au 12 juin 2017. En conclusion, les troubles présentés par l'assuré au 12 juin 2017 n'étaient pas en relation de causalité au degré de vraisemblance prépondérante avec l'accident du 22 août 2016. Les contusions thoracique et du poignet étaient guéries en six à huit semaines et les atteintes des ligaments piso-

hamatum et collatéral cubital à droite étaient cicatrisées en six semaines, tout au plus douze semaines, donc bien avant le 12 juin 2017. L'omoplate à ressaut n'était pas un état séquellaire de l'accident, qui n'avait pas entraîné d'atteinte structurelle de l'omoplate droite et l'omoplate à ressaut consistait en un conflit de la cage thoracique avec cette dernière dont l'origine était principalement morphologique. L'omoplate à ressaut motivait une incapacité de travail au-delà du 12 juillet 2017. Cette incapacité de travail n'était pas du ressort de l'assurance-accidents mais de celui de l'assurance-maladie.

31. Le 26 mars 2018, le recourant a répliqué. Il était suivi actuellement par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ pour son omoplate à ressaut, opérée le 9 janvier 2018, mais toujours non stabilisée et il souffrait toujours de la contusion osseuse de l'extrémité du radius et du semi-lunaire du poignet droit. Cette contusion du poignet droit, diagnostiquée suite à l'accident du 22 août 2016 et reconnue par la SUVA comme étant causée par celui-ci, n'était toujours pas guérie. Selon la doctrine médicale en la matière, une contusion osseuse du radius et du semi-lunaire comportant des fractures du cartilage mal soignées pouvait mettre à nu les extrémités osseuses lorsque le cartilage disparaissait à cet endroit. Plusieurs développements étaient alors susceptibles de se produire dans ce cas de figure :

- l'apparition de douleurs de type arthrose à l'endroit atteint ;
- la survenance d'une algodystrophie ;
- des lésions nerveuses faisant suite à un traumatisme pouvaient enfin provoquer un névrome douloureux.

Vu l'intensité de ses douleurs et l'incapacité qui en résultait au poignet, il semblait assez probable que l'un de ces cas de figures soit rempli.

Au vu de l'ensemble de ce tableau, il apparaissait que des contusions apparues lors de l'accident étaient toujours présentes. Il s'agissait de questions médicales complexes dont le recourant n'était pas à même de déterminer la portée. Il persistait en conséquence dans ses conclusions et requérait qu'une expertise rhumatologique soit ordonnée. Il venait d'être opéré des suites de son accident et cette opération avait nécessité trois mois et demi d'arrêt de travail. Une nouvelle opération de son épaule était prévue pour le mois d'avril 2018.

32. Par duplicata du 20 avril 2018, la SUVA a fait valoir que c'était en vain que le recourant se prévalait des récents documents médicaux établis par le Dr I\_\_\_\_\_, car ils se rapportaient aux troubles de l'omoplate droite, qui n'étaient pas un état séquellaire de l'accident du 22 août 2016.

33. Le 4 mai 2018, le recourant a transmis deux nouveaux rapports des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ à la chambre de céans en l'informant que l'opération de son épaule n'avait pas évolué positivement et qu'il en subirait une seconde au mois de mai.

34. Selon le rapport établi le 15 mars 2018 par le Dr J\_\_\_\_\_, le patient était à deux mois post opératoire avec initialement une bonne évolution à un mois post opératoire mais une recrudescence des douleurs et des crépitations avec limitations

fonctionnelles de son membre supérieur droit. Il avait effectué neuf séances de physiothérapie aux HUG avec un travail centré sur les stabilisateurs de l'omoplate. Il lui avait présenté un mouvement pendulaire ainsi que des mini-pompes contre le mur qui n'étaient pas correctement effectuées. En conclusion, le patient ne faisait quasi aucun auto-exercice. Il avait arrêté le Tramal 50 mg en raison d'une dyspepsie, mais avait maintenu le Dafalgan 4 g/j. Ce jour, l'épaule droite présentait des crépitations plus importantes scapulo-thoracique, une dyskinésie et une scapulae alata infero médiale gauche. Il y avait des triggers musculaires multiples. L'habillage était néanmoins très fluide sans lever le bras au-dessus du niveau de l'épaule. La rotation externe était à 35 vs 50, l'abduction était indolore jusqu'à 90, l'élévation antérieure était passive et possible jusqu'à 90 à 120 puis limitée par des douleurs subites et la rotation interne était à environ D11. En conclusion, l'évolution était actuellement défavorable avec une compliance sub-optimale, malgré les consignes traduites en simultané à chacune de ses consultations par un ami. Le médecin préconisait une poursuite de la physiothérapie déjà agendée sans reconduire celle-ci. Le patient exprimait clairement vouloir tout faire, mais il était très limité dans son exécution. En dernier lieu, on pourrait éventuellement encore investiguer une participation neurologique, même si une telle atteinte n'apparaissait pas probable. La SUVA avait clôturé le cas. En l'absence d'une lésion structurelle, il était difficile de contester la décision. Des facteurs contextuels étaient défavorables et la compliance limitée. Le pronostic de réinsertion semblait très compromis pour un métier de manutention. Au vu du processus juridique, une expertise médicale indépendante pourrait être demandée.

35. Le 29 juin 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans le compte rendu opératoire du 21 juin 2018 concernant la seconde opération de son épaule.
36. Le 22 août 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport établi le 3 août 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_ qui avait revu le jour précédent l'assuré à six semaines post arthrolyse scapulo-thoracique à droite. À l'anamnèse, l'évolution était favorable avec un patient qui rapportait la prise d'antalgiques par Dafalgan uniquement. À l'examen clinique, la cicatrice était calme. Le bilan radiologique montrait une situation bien en place. Il était proposé à l'assuré de suivre une physiothérapie sous forme de balnéothérapie et de rééducation active assistée et passive à Beau-Séjour.
37. L'intimée a persisté dans ses conclusions le 13 septembre 2018.
38. Le 15 janvier 2019, le recourant a insisté sur la nécessité de lui permettre de participer à la procédure d'instruction. Il était manifeste que sa situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et qu'il avait dû être opéré des suites de son accident. Il demandait la convocation du Dr I\_\_\_\_\_, qui confirmait aujourd'hui encore qu'il était victime des suites de son accident. Son droit d'être entendu imposait de procéder à l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ou de mettre en œuvre une expertise rhumatologique indépendante.

Le recourant a transmis à l'appui de son écriture :

- un rapport établi par le Dr J\_\_\_\_\_ le 6 novembre 2018 dont il ressort que l'assuré allait mieux « au niveau ROM mais qu'il avait toujours des douleurs importantes, différentes de celui en pré-op ». La physio Edmund à sec augmentait les douleurs, mais la piscine aidait. L'assuré souhaitait une prise en charge psychiatrique en albanais, car il s'était séparé de sa femme récemment. Il y avait un progrès clair, mais une autolimitation et des douleurs au niveau infra-épineux. L'assuré ne connaissait que deux auto-exercices. Le Dr J\_\_\_\_\_ insistait pour une réflexion sur un projet professionnel avec peu de charges, pas de travail en hauteur ni loin du corps, par exemple dans l'informatique. Il avait donné à l'assuré l'adresse d'un psychiatre parlant albanais ;
  - deux certificats médicaux établis les 28 novembre et 19 décembre 2018 par le Dr I\_\_\_\_\_ attestant d'un arrêt de travail pour accident à 100% du 30 novembre au 31 décembre 2018 et d'un arrêt de travail pour accident à 100% du 1<sup>er</sup> janvier au 31 janvier 2019.
39. Par écriture du 29 mars 2019, la chambre de céans a informé les parties de ce qu'elle entendait confier une mission d'expertise au docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et leur a imparti un délai au 12 avril 2019 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
40. Le 5 avril 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation à faire valoir contre l'expert ni aucune demande particulière concernant les questions à lui poser.
41. Le 9 avril 2019, la SUVA a indiqué qu'elle n'avait pas d'objection à la nomination du Dr L\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Elle a toutefois souligné que le litige portant sur le point de savoir si l'accident du 22 août 2016 jouait encore un rôle dans les troubles présentés par l'assuré au-delà du 30 juin, il s'agissait dès lors de prendre en compte l'état de l'assuré à cette date, étant rappelé qu'il s'était soumis à une intervention chirurgicale le 9 janvier 2018. Il y avait lieu par conséquent de relativiser les données de l'examen clinique que pratiquerait l'expert, en tenant compte de la situation prévalant avant l'opération. Pour le surplus, elle n'avait pas de critiques à formuler à l'encontre du catalogue de questions de la mission d'expertise.
42. Par écriture du 7 mai 2019, la chambre de céans a informé les parties que le Dr L\_\_\_\_\_ avait finalement refusé de faire l'expertise et qu'elle avait l'intention de la confier au Professeur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Un délai au 17 mai 2019 était octroyé aux parties pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert.
43. Le 13 mai 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation à faire valoir contre le Prof. M\_\_\_\_\_.

44. Le 17 mai 2019, la SUVA a proposé à la chambre de céans de confier l'expertise au Professeur N\_\_\_\_\_, chef du service orthopédique et de traumatologie du CHUV, spécialisé dans les affections traumatiques et dégénératives de l'épaule. À compétences égales avec le Prof. M\_\_\_\_\_, le Prof. N\_\_\_\_\_ avait l'avantage d'être hors canton. Eu égard aux exigences spécifiques que requerrait la conduite d'une expertise, et plus particulièrement en assurance-accidents et sur la question spécifique de la causalité, la SUVA présumait que le choix de la chambre de céans s'était porté sur un expert disposant des compétences nécessaires pour discuter et motiver les aspects assécurologiques, et que l'expert exécuterait lui-même l'expertise dans son ensemble telle que définie par la mission confiée. Pour le surplus, elle n'avait pas d'autres éléments à faire valoir.

### **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<sup>er</sup> 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. Le 1<sup>er</sup> 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.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 5 novembre 2017.

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

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

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
8. 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. 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).

10. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge 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, 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 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
13. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).
14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou

aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
16. En l'espèce, aucun des médecins traitants du recourant ne s'est formellement prononcé sur le lien de causalité entre le diagnostic de snapping scapula et l'accident du 22 août 2016. Le rapport établi par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr L\_\_\_\_\_ a considéré que l'origine de cette pathologie était multifactorielle, fonctionnelle sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'accident sans motivation convaincante. L'appréciation de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne peut pas non plus se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle n'a pas procédé à un examen clinique, ni tenu compte des plaintes de l'assuré. Il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise judiciaire par un chirurgien orthopédiste.
17. L'expertise sera confiée au Prof. M\_\_\_\_\_, les parties ne s'étant pas formellement opposées à ce choix.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique de Monsieur A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le Professeur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant traité la personne expertisée ou d'autres spécialistes ;
  - c) entendre et examiner la personne expertisée ;
  - d) ordonner les examens nécessaires.
  - e) Rédiger un rapport contenant :
    1. une anamnèse détaillée ;
    2. les plaintes et données subjectives de la personne expertisée ;
    3. un status clinique et des constatations objectives ;
    4. les diagnostics précis.
  - f) Répondre de façon détaillée aux questions suivantes :
    5. Depuis quand l'atteinte est-elle présente et comment a-t-elle évolué ?
    6. Quels diagnostics ont ou ont eu une répercussion sur la capacité de travail ?
    7. Quelles sont les lésions imputables à l'accident du 22 août 2016 (ci-après : l'accident) ?
    8. L'accident est-il la cause unique ou une cause partielle (condition *sine qua non*) de ces lésions ?
    9. Les troubles objectivables actuels sont-ils au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%) en lien de causalité avec l'accident ?
    10. Si oui, dans quelle mesure et depuis quand ?
    11. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
    12. La personne expertisée présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes ?

13. Si oui, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ?
  14. L'accident a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement ?
  15. Si oui, quand ce processus est-il intervenu ?
  16. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé de la personne expertisée (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint) ?
  17. En cas de lien de causalité, quelles sont les limitations fonctionnelles de la personne expertisée ?
  18. Quelle est la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne expertisée, en tenant compte desdites limitations et de son rendement ?
  19. Peut-on attendre de la poursuite d'un traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?
  20. Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé du recourant (état final atteint) ?
- g) Faire toute remarque utile et proposition.
4. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
  5. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le