



POUVOIR JUDICIAIRE

A/301/2018

ATAS/387/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 mai 2020**

**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 SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures**

---

---

**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 employeuse, B\_\_\_\_\_SA. À teneur de la déclaration de sinistre adressée à la SUVA caisse nationale suisse d'assurance 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 imagerie par résonance magnétique (ci-après : 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 attelle. 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. On était 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 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 droits.

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 Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les 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 pédales 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.

13. 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 Pregabaline en l'absence de douleurs neurogènes.
14. 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 une 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.
15. 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.
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. À teneur d'une appréciation médicale établie le 19 septembre 2017 par le docteur 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.

18. 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 [recte : 19 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.
19. Le 17 novembre 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.  
Il l'a confirmée le 4 décembre 2017 en concluant à l'octroi de l'assistance juridique, à l'annulation de la décision du 2 novembre 2017, au versement de l'indemnité journalière à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017 jusqu'au recouvrement de sa capacité de travail et à la prise en charge de soins médicaux dès le 6 novembre 2017 jusqu'au terme du traitement prescrit par le Dr J\_\_\_\_\_.
20. 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.
21. L'Hospice général (ci-après : l'hospice) 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.
22. 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.

- 
23. Le 14 décembre 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il subirait une opération du poignet (sic) 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\_\_\_\_\_ joint.
24. 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.

Concernant le poignet droit, même si on retenait une contusion osseuse sur la base de l'IRM du 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'importance du retentissement fonctionnel annoncé par l'assuré, qui se présentait comme un invalide, ne pouvait pas être expliqué. Au niveau de l'épaule droite, de la paroi thoracique et de la cheville droite, aucune atteinte structurelle n'avait été mise en évidence. 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 la 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 [recte : 19 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.

25. L'assuré a été convoqué le 4 janvier 2018 à la consultation de chirurgie ambulatoire des HUG pour une intervention chirurgicale.

---

26. Le 25 janvier 2018, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de l'intimée, 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 la 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 l'intimée 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 l'intimée de reprendre le versement des prestations d'assurance-accidents 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.

27. 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.

28. Par réponse du 23 février 2018, l'intimée 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, qui était confirmée par l'appréciation médicale établie le 22 février 2018 par la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie FMH, au sein de la division de médecine des assurances, qui pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ne faisaient que constater que la 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.

29. Le rapport établi le 22 février 2018 par la Dresse M\_\_\_\_\_ contient un résumé détaillé des pièces médicales au dossier et de la procédure. Dans son appréciation, la Dresse M\_\_\_\_\_ 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 l'intimée, 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 G\_\_\_\_\_ 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 thoraciques et du poignet étaient guéries en six à huit semaines et les atteintes des ligaments pisolunatum 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.

30. 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. 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 l'intimée comme étant causée par celui-ci, n'était toujours pas guérie, vu les rapports du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018 et du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 février 2018. 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.

31. Par duplique du 20 avril 2018, l'intimée 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.

32. 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.

- 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 simultanément 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. L'intimée 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.
  - Selon le rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mars 2018, il avait revu le patient à six semaines post bursectomie sous-scapulaire et infiltration de corticostéroïde peropératoire. L'évolution sur le plan des craquements n'était pas celle attendue, avec la poursuite de bruits audibles accompagnés de douleurs lors de la mobilisation de l'omoplate. Il avait discuté avec le patient de la nécessité d'une période d'observation de six semaines supplémentaires avant de décider d'une éventuelle arthrodèse scapulo-thoracique avec comme conséquence une limitation minimale de la mobilité de l'ordre de 30% dans les différents secteurs de l'épaule.
33. 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.
34. 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 arthrodèse 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.

35. L'intimée a persisté dans ses conclusions le 13 septembre 2018.
36. 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 du 1<sup>er</sup> janvier au 31 janvier 2019.
37. Par ordonnance du 21 mai 2019, la chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique du recourant, qu'elle a confiée, avec l'accord des parties, au professeur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (ATAS/ 443/2019).

En l'absence d'un prononcé des médecins traitants du recourant sur le lien de causalité entre le diagnostic de snapping scapula et l'accident du 22 août 2016, d'une motivation convaincante de la part du Dr L\_\_\_\_\_ pour considérer que l'origine de cette pathologie était sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'événement, et faute de pouvoir accorder une pleine valeur probante à l'avis de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018 (celle-ci n'ayant pas procédé à un examen clinique, ni tenu compte des plaintes de l'assuré), il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire par un chirurgien orthopédiste.

38. Le 12 juillet 2019, le recourant a informé la chambre de céans avoir adressé le même jour un courrier au Prof. N\_\_\_\_\_, transmettant à ce dernier divers documents, à savoir :

- les notes de suite du Dr J\_\_\_\_\_ des 15 janvier, 19 février et 12 mars 2019, selon lesquelles le status post-bursectomie sous scapulaire droite et l'infiltration sous scopie le 9 janvier 2018 présentait une nette amélioration fonctionnelle et une diminution des douleurs pendant un mois, et le status post-arthrodèse scapulothoracique droite avec une autogreffe iliaque postérieure droite effectuée le 20 juin 2018 présentait une allodynie des branches postérieures des nerfs thoraciques Th1 et Th12. Celle-ci ne progressait pas et le recourant poursuivait son traitement médicamenteux et de physiothérapie. Un suivi psychologique était recommandé ;
- un rapport de consultation du Dr I\_\_\_\_\_ du 26 mars 2019, portant sur un bilan à neuf mois de l'arthrodèse scapulothoracique du recourant, indiquant la persistance de douleurs neurogènes postérieures au niveau de l'épaule gauche, un effleurement très sensible sur toute la zone péri-cicatricielle au niveau de l'omoplate et une évolution anamnestique favorable sur le traitement de désensibilisation en ergothérapie. Les amplitudes étaient de 90 ° en élévation antérieure, 40 ° de rotation externe et la rotation interne restait bloquée à la crête iliaque avec anamnestiquement une fluctuation forte en fonction des douleurs. Un contrôle à un an post-opératoire, comprenant un contrôle thoracique, serait effectué dans trois mois pour s'assurer de la consolidation complète ;
- deux certificats médicaux des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ des 17 avril et 21 juin 2019 pour un arrêt de travail pour accident du, respectivement, 1<sup>er</sup> mai au 30 juin 2019 et du 20 juin au 31 juillet 2019 ;
- un rapport de consultation du Dr I\_\_\_\_\_ du 25 juin 2019, portant sur un contrôle à un an après arthrodèse scapulothoracique avec un scanner. La cicatrice était calme. L'élévation antérieure active atteignait 90 ° mais avec des douleurs importantes en fin de course. La rotation externe était à 20 ° et la rotation interne, à la fesse. Le score de Constant s'élevait à trente-huit points sur nonante-trois points attendus et sur 41 % ajusté à l'âge. Le bilan scanographique montrait une progression de la consolidation avec plusieurs ponts complets visibles. Sur le plan de la douleur, une composante inflammatoire de la zone d'arthrodèse ne pouvait encore être exclue. Une prochaine consultation devrait être envisagée dans un délai de six mois, avec éventuellement un PET-CT en cas de nécessité.

39. Par courrier du 26 juillet 2019, l'intimée s'est opposée à ce que le Prof. N\_\_\_\_\_ prenne en considération, dans le cadre de la mission d'expertise judiciaire, les documents transmis directement par le recourant. La démarche de ce dernier

---

apparaissait contraire aux règles de la procédure administrative cantonale compte tenu de l'effet dévolutif complet du recours.

40. Le 30 juillet 2019, la chambre de céans a informé les parties que, si le recourant aurait dû lui transmettre ses pièces complémentaires plutôt que de les adresser directement à l'expert, elle estimait que celui-ci pouvait les prendre en considération.
41. Le 9 août 2019, l'intimée a informé la chambre de céans avoir transmis directement au Prof. N\_\_\_\_\_ l'intégralité des images en sa possession (radiographies, IRM, etc.) pour la période du 22 août 2016 au 30 juin 2017.
42. Dans son expertise du 19 août 2019, le Prof. N\_\_\_\_\_ a retenu que les lésions imputables à l'accident du 22 août 2016 étaient une contusion osseuse de l'extrémité distale du radius et du semi-lunaire, une déchirure du ligament piso-hamatum, ainsi qu'une contusion thoracique évoluant vers une snapping scapula. Les troubles menant à l'arthrodèse scapulothoracique étaient au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50 %) en lien de causalité avec l'accident. Le *status quo sine* ne pouvait être invoqué et le *status quo ante* devait pouvoir être retrouvé, le recourant jouissant d'une bonne santé. Les diagnostics (tous sur le côté droit) qui avaient eu une répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : status post contusion thoracique (chute d'échelle), status post omoplate à ressaut, status post dyskinésie scapulothoracique, status post bursite scapulothoracique, status post infiltration scapulothoracique, status post arthroscopie scapulothoracique, status post-arthrodèse scapulothoracique, status post prise d'autogreffe iliaque postérieure droite, status post contusion osseuse du radius distal et os semi-lunaire et déchirure du ligament piso-hamatum (actuellement éteinte). Au titre des limitations fonctionnelles, le recourant, droitier, se présentait avec une arthrodèse scapulothoracique droite en voie de consolidation. Il ne pouvait plus travailler en tant que peintre ou maçon dans le bâtiment. Une reconversion vers une activité n'exigeant pas l'usage répétitif ou en force du membre supérieur droit était possible.

Le Prof. N\_\_\_\_\_ précisait que la chute de l'échelle du 20 août 2016 avait provoqué au poignet droit une contusion osseuse de l'extrémité distale du radius et du semi-lunaire ainsi qu'une déchirure du ligament piso-hamatum. L'expert a mentionné dans l'anamnèse qu'au jour de l'expertise, la situation au niveau du poignet droit était stabilisée. Le recourant affirmait ne plus être gêné par ce poignet qui ne l'empêcherait pas de travailler cas échéant.

La chute du 20 août 2016 avait provoqué une contusion thoracique évoluant vers une omoplate à ressaut douloureuse et handicapante à droite. Le recourant se plaignait de douleurs constantes à l'épaule droite, d'une hyperesthésie au niveau de l'omoplate droite et d'une impotence fonctionnelle persistante du membre supérieur droit.

L'accident était la condition *sine qua non* pour causer la contusion osseuse de l'extrémité distale du radius et du semi-lunaire, une déchirure du ligament piso-

hamatum, ainsi qu'une contusion thoracique entraînant une zone hyperémiée avec adhérence bursale (ou bursite scapulothoracique) et évoluant vers une omoplate à ressaut douloureuse droite. La bursite scapulothoracique avait été vérifiée par l'arthroscopie du Dr I\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2018. La littérature médicale décrivait de nombreux cas de snapping scapula qui apparaissait, après un intervalle, à la suite d'un événement traumatique analogue à celui du recourant. Les troubles évoluaient depuis l'accident du 22 août 2016. Aucun facteur étranger n'était apparu pour être causal d'une omoplate à ressaut douloureuse à droite. À sa connaissance, il n'y avait pas de troubles dégénératifs préexistants. Il n'y avait aucune raison que le recourant développe cela sans un élément déclenchant qui, dans ce cas, était la contusion thoracique menant à une bursite scapulothoracique et à une dyskinésie de l'omoplate. Le recourant, selon tous les médecins qui l'avaient examiné, ne présentait aucune anomalie osseuse préalable qui aurait pu être à l'origine d'une omoplate à ressaut. Ceci n'était pas contesté par les médecins de l'intimée qui par ailleurs insistaient sur ce point. Il était clair, dans ce cas particulier, que la chute causant une contusion thoracique et entraînant des lésions des tissus mous aboutissant à une bursite scapulothoracique vérifiée par arthroscopie, était le primum movens de l'apparition de l'omoplate à ressaut douloureuse. Le processus était intervenu sous forme de lésion contusionnelle de la paroi thoracique et de la région périscapulaire immédiatement après l'accident. L'IRM, seule modalité d'imagerie capable d'identifier une contusion musculaire ou une bursite scapulo-humérale, avait été effectuée neuf mois après l'accident, de sorte que les chances s'amenuisaient considérablement pour mettre en évidence des signes de lésions aiguës des tissus mous traumatiques péri-scapulaires. Les mouvements de l'épaule et la force du membre supérieur droit restaient limités. Les craquements avaient disparu. Il persistait des douleurs constantes dans la région périscapulaire. Le recourant ne pouvait travailler dans une activité exigeant une mobilité du membre supérieur droit au-delà de l'horizontale. On pouvait penser à une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée d'accueil, de surveillance, d'informatique, de bureau, de vente ou autre, mais vu le niveau de formation professionnelle du recourant, des formations dans ces diverses activités étaient à envisager. Au vu de l'âge du patient, on pouvait espérer une lente atténuation des douleurs et une certaine amélioration fonctionnelle. Il était difficile de se prononcer quant au temps nécessaire pour arriver à un état permettant une activité lucrative. Il était difficile de répondre à la question de savoir à partir de quel moment la continuation du traitement médical ne permettrait plus une notable amélioration de l'état de santé du recourant. La réponse dépendait en partie de la consolidation définitive de l'arthrodèse scapulothoracique. Il n'était pas exclu que d'autres interventions chirurgicales soient encore nécessaires à l'avenir. On pouvait néanmoins penser que dans une période de vingt-quatre mois depuis le jour de l'expertise la situation définitive devait être atteinte.

43. Dans ses observations du 12 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions, en relevant que l'expertise indiquait clairement que les affections dont il souffrait actuellement étaient en lien de causalité avec son accident.

Ladite expertise, conforme en tous points à la jurisprudence, exposait de manière claire et convaincante que son incapacité de travail dans son activité habituelle était complète en raison des suites de son accident, que la situation n'était pas stabilisée puisqu'elle était encore susceptible d'évoluer de façon sensible dans les deux ans à venir, avec possiblement encore des interventions chirurgicales dans ce laps de temps. L'expert confirmait la position du Dr J\_\_\_\_\_ dans sa note de suite du 6 novembre 2018, selon laquelle un changement de profession serait nécessaire, ce qui impliquait la nécessité de suivre une nouvelle formation lui permettant de retrouver une capacité de gain dans une nouvelle activité. Étant donné que la poursuite du traitement médical pouvait encore entraîner une amélioration sensible de son état de santé et qu'il n'était pas exclu que d'autres interventions chirurgicales soient encore nécessaires à l'avenir, sa situation n'en était pas encore au stade où il pouvait prétendre à une rente accident. Par ailleurs, la question se posait pour l'intimée de savoir si elle entendait mettre en œuvre son propre service de réadaptation professionnelle, notamment en lui offrant une formation d'une valeur pouvant aller jusqu'à CHF 20'000.-, comme elle l'indiquait sur son site internet, ou si elle entendait signaler son cas à l'office de l'assurance-invalidité pour des mesures de réadaptation d'invalidité. Qu'elle provienne de l'intimée ou de l'AI, il était pleinement preneur d'une offre de reconversion professionnelle, puisqu'il ne pouvait pas rester indéfiniment sans travail et que son activité habituelle de peintre en bâtiment n'était plus exigible.

44. Dans ses observations du 9 octobre 2019, l'intimée a également maintenu ses conclusions, en contestant le contenu de l'expertise sur la base de l'avis chirurgical de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2019.

D'après cette dernière, du point de vue formel et technique, l'expertise en question était pleinement satisfaisante. En revanche, il existait, sur le fond, des éléments convaincants qui ne corroboraient pas la prise de position de l'expert quant à la relation de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante. La plupart des auteurs cités, qui faisait référence à une origine traumatique de la snapping scapula, précisait la présence d'une atteinte structurelle découlant du traumatisme, objectivée sur l'iconographie. Si l'évènement traumatique était évoqué comme élément déclenchant, il était mis en relation avec une atteinte structurelle objectivée sur l'iconographie. Or, aucune atteinte structurelle n'avait été mise en évidence chez le recourant. À l'aune des vingt-trois études citées par le Prof. N\_\_\_\_\_, dans les séries de plus de dix cas, à l'exception de deux séries, le facteur causal traumatique n'était le plus souvent pas retenu ou que dans très peu de cas, le facteur causal principalement retenu étant la bursite. Ainsi, il ne pouvait être affirmé que la snapping scapula était en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident du 22 août 2016. Un lien de causalité tout au plus

possible devait être retenu. L'intimée n'avait donc pas à prêter pour les troubles de l'épaule présentés par le recourant. Au surplus, l'hypothèse du Prof. N\_\_\_\_\_ quant à la stabilisation de l'état de santé du recourant à vingt-quatre mois de l'expertise, au regard de l'épaule droite, ne pouvait emporter conviction. Ce délai n'était nullement motivé et un état final devrait être atteint dans les dix à douze mois post-opératoires, étant rappelé qu'à cinq mois post-opératoires, l'évolution était favorable.

45. Par courrier du 4 décembre 2019, le recourant a attiré l'attention de la chambre de céans sur le fait qu'il vivait depuis plus de deux ans avec un montant mensuel de CHF 400.- versé par l'hospice. Compte tenu de l'expertise précitée, il espérait qu'une décision soit rendue prochainement.
46. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<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 du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront 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 30 juin 2017.
5. a. 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 citées).

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 citées) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

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.

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées). 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

e. Selon l'art. 9 al. 2 let. g de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les lésions de ligaments sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008).

Lorsque le *statu quo ante vel sine* est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C\_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9

---

al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

6. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (art. 10 al. 1 let. a et b LAA).

7. a. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

b/a. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées).

b/b. 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).

b/c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. a. 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 citées). 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).

b. 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. a. 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 citées).

b. 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

---

citées). 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).

10. a. En l'espèce, par décision sur opposition du 20 décembre 2017, l'intimée a rejeté l'opposition du recourant à sa décision du 2 novembre 2017, considérant que l'accident du 22 août 2016 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que celui-ci présentait encore à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

Pour sa part, le recourant a fait valoir que le lien de causalité persistait et que l'intimée devait reprendre le versement de ses prestations à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017 et pour une durée indéterminée.

b. Il ressort des conclusions du Prof. N\_\_\_\_\_ que les troubles menant à l'arthrodèse scapulothoracique dont souffrait encore le recourant étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 22 août 2016. Le *statu quo sine* ne pouvait être invoqué et le *statu quo ante* devait pouvoir être retrouvé. Les troubles évoluaient depuis l'accident de 2016 et aucun facteur étranger préexistant ou nouvellement apparu n'apparaissait causal de l'omoplate à ressaut.

L'expertise du Prof. N\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. En effet, elle est fondée sur un entretien avec le recourant et son dossier médical et le rapport d'expertise comprend une anamnèse complète, les plaintes du recourant, les constatations objectives de l'expert, les diagnostics ainsi que des conclusions claires et sans contradiction.

c. L'intimée la conteste néanmoins, en se fondant sur un avis de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2019, laquelle, tout en admettant que l'expertise du Prof. N\_\_\_\_\_ était pleinement satisfaisante du point de vue formel et technique, en contestait les conclusions en faisant une autre lecture que l'expert des vingt-trois études citées par celui-ci. Or, une évaluation médicale complète et approfondie telle que l'expertise du 19 août 2019 ne peut être remise en cause au seul motif qu'un médecin a une opinion divergente. En l'occurrence, la Dresse M\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Son appréciation ne répond enfin pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d. En conclusion, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du 19 août 2019 et il doit ainsi être retenu, sur cette base, que le recourant présentait encore, au jour de l'examen de l'expert, une omoplate à ressaut en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 août 2016.

e. Le recourant n'a pas spécifiquement invoqué ses lésions au poignet dans son opposition, ni dans son recours. Il s'est prévalu de la contusion osseuse de son poignet dans sa réplique, en se référant aux rapports du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018 et du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 février 2018, lesquels ne mentionnent toutefois que le traitement de la snapping scapula. Le Prof. N\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport d'expertise, sous anamnèse, que le recourant lui avait dit ne plus être plus gêné par son poignet droit, ce qui explique que l'expert ait concentré son examen sur l'omoplate à ressaut. Il a indiqué sous les diagnostics « actuellement éteinte » suite aux status post contusion osseuse du radius distal et os semi-lunaire et déchirure du ligament piso-hamatum. Il est ainsi suffisamment établi que les atteintes au poignet du recourant étaient guéries. Dès lors, la décision de l'intimée de cesser ses prestations en ce qui concernait ces atteintes apparaît bien fondée.

e. C'est à tort que, pour apprécier la causalité adéquate, l'intimée s'est référée aux différentes catégories d'accidents, dans la mesure où la jurisprudence y relative, concernant notamment les affections psychiques, n'est pas applicable in casu (ATF 115 V 139 consid. 6). La symptomatologie douloureuse affectant le recourant relève en effet d'atteintes somatiques.

11. Au vu des considérations qui précèdent, le recours doit être partiellement admis. La décision querellée sera confirmée en ce qui concerne les atteintes au poignet droit du recourant et annulée en ce qui concerne l'omoplate à ressaut. L'intimée devra reprendre le versement de ses prestations en lien avec cette dernière atteinte au-delà du 30 juin 2017, à savoir le versement de l'indemnité journalière et les traitements médicaux (dès le 6 novembre 2017), qui comprendront notamment les frais liés aux opérations du recourant des 9 janvier et 21 juin 2018.
12. a. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1 et les références citées). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Dans ce cas, les coûts de l'expertise ordonnée par le tribunal auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité (consid. 4.4.2). Dans la mesure où, en principe, les mêmes règles de procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne

la mise en œuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références citées).

b. En l'occurrence, par décision sur opposition du 20 décembre 2017, l'intimée a maintenu sa décision du 2 novembre 2017, laquelle ne prenait pas en considération l'avis spécialisé du Dr I\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2017, effectué à la demande de la CRR, indiquant expressément le diagnostic de snapping scapula. Pour retenir que l'origine de la pathologie au niveau du membre supérieur droit était sans rapport de vraisemblance prépondérante avec l'accident du 22 août 2016, elle s'est fondée uniquement sur le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2017. Ce dernier n'a toutefois pas entendu ou examiné le recourant, ni pris en considération ses antécédents. Dans son rapport du 22 février 2018, la Dresse M\_\_\_\_\_ a confirmé ces conclusions, en procédant de la même manière, bien que le recourant, en bonne santé, ne présentait pas d'antécédents ou de facteurs susceptibles d'expliquer l'apparition de cette omoplate à ressaut, hormis l'accident du 22 août 2016. Dans ce contexte, l'intimée ne pouvait faire l'économie d'une expertise, les médecins du recourant attestant par ailleurs de la persistance de la pathologie.

Compte tenu des résultats de l'instruction mise en œuvre par l'intimée, soit les rapports du Dr L\_\_\_\_\_ et de la Dresse M\_\_\_\_\_ des, respectivement, 19 septembre 2017, 22 février 2018 et 7 octobre 2019, qui ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, les frais de l'expertise judiciaire que la chambre de céans a dû diligenter, au montant de CHF 8'000.- selon la facture du Prof. N\_\_\_\_\_ du 19 août 2019, seront mis à la charge de l'intimée.

13. Représenté par un mandataire et obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité, qui sera fixée à CHF 2'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 20 décembre 2017 et dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 22 août 2016 au-delà du 30 juin 2017 en ce qui concerne l'omoplate à ressaut.
4. Confirme la décision sur opposition du 20 décembre 2017 en ce qui concerne les atteintes au poignet droit du recourant.
5. Condamne l'intimée à payer au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 8'000.-, selon la facture du Prof. N\_\_\_\_\_ du 19 août 2019, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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