RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/446/2021 **ATAS/225/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mars 2023

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés — recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, a été employé de l'Aéroport international de Genève (ci-après : l'employeur) depuis le 1er janvier 2018 et était assuré à ce titre pour les accidents par la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Le 17 juin 2019, l'employeur a déclaré à la SUVA que l'assuré avait eu un accident le 12 juin 2019. Il avait chuté à vélo, avec perte de connaissance, et subi des contusions sur le côté (dos, main, visage).

c. La doctoresse B_____, du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève, a indiqué, le 13 juin 2019, que l'assuré avait des douleurs à l'épaule droite et à la main gauche, sans limitation fonctionnelle, ni fracture. En cas de persistance des douleurs, il devait consulter un médecin. Un arrêt de travail à 100% lui était remis, à réévaluer par son médecin traitant.

d. Le 27 juin 2019, le docteur C_____, médecine générale FMH, a prescrit des séances de physiothérapie à l'assuré.

e. Le 4 juillet 2019, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de son accident du 12 juin 2019, en lui versant l'indemnité journalière dès le 15 juin 2019.

f. Selon une IRM de l'épaule droite de l'assuré du 16 septembre 2019, il n'y avait pas de rupture de la coiffe des rotateurs, mais une tendinopathie insertionnelle du tendon du muscle supra-épineux, une contusion du muscle deltoïde et un kyste para-labral antéro-inférieur.

g. Le 23 septembre 2019, l'assuré a annoncé à la SUVA une rechute de son accident survenue le 21 septembre 2019.

h. Dans un rapport du 17 octobre 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué avoir vu l'assuré le 14 octobre 2019. Celui-ci avait présenté, environ un mois après son accident de vélo du 12 juin, une douleur au niveau de l'épaule droite dans la région de l'omoplate. Il avait subi une nouvelle chute, le 3 août, nécessitant la mise d'un plâtre au niveau du poignet avec une écharpe et ses douleurs de l'épaule s'étaient empirées. L'assuré présentait un snapping scapula post-traumatique. Le traitement était principalement conservateur. Si les craquements devenaient trop gênants et douloureux, une intervention de résection pourrait être effectuée. Une infiltration était proposée.

i. Dans un rapport du 8 novembre 2019 relatif à une IRM de l'omoplate droite de l'assuré du 6 novembre 2019, il était conclu que celle-ci était dans les limites de la norme.

j. Selon un rapport médical établi le 4 décembre 2019, le Dr D_____ avait revu l'assuré en consultation le 2 décembre. L'infiltration n'avait pas eu l'effet escompté, mais l'assuré avait pu retrouver une activité professionnelle 15 jours auparavant. Avec l'accord de l'assurance-accidents, le médecin planifierait une endoscopie scapulo-thoracique avec résection du tubercule de Luschka.

k. Selon un rapport établi le 10 décembre 2019 par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré pour un second avis, l'IRM n'avait pas montré de bursite thoraco-scapulaire, ni d'anomalie significative et notamment pas de problème avec la coiffe des rotateurs. L'examen auquel il avait procédé le même jour montrait des amplitudes articulaires complètes sans amyotrophie. Il avait l'impression d'une asymétrie de la mobilité des omoplates évoquant une dyskinésie scapulo-thoracique. Les craquements scapulo-thoraciques étaient bien perceptibles. Il n'avait pas constaté de déficit neurologique particulier, ni d'instabilité gléno-humérale ou acromio-claviculaire, ni lésion de la coiffe. Il n'avait pas l'habitude de la chirurgie endoscopique de ce type de conflit. Il était cependant frappé par l'absence de lésion réellement identifiable sur l'IRM et se demandait si un examen ENMG à la recherche d'une dysfonction, notamment du grand dentelé, ne pourrait pas éclairer la situation avant l'intervention chirurgicale.

l. Le 7 janvier 2020, le docteur F_____, médecin des assurances, a estimé qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel scapulo-thoracique sans lésion organique objectivable et que la causalité naturelle entre l'intervention proposée et l'événement déclaré était tout au plus possible, sur la base du dossier médical à disposition.

m. Le 8 janvier 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'il ressortait des pièces de son dossier médical qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 12 juin 2019 et les troubles de son épaule droite qui nécessitaient un nouvel arrêt de travail. En conséquence, la SUVA ne pouvait plus lui allouer de prestations d'assurance dès le 21 septembre 2019.

n. Selon une notice téléphonique du 31 janvier 2020, la doctoresse M_____, médecin praticien FMH, avait informé la SUVA que l'opération prévue le 8 janvier 2020 avait été annulée, car l'assuré refusait que les frais de l'opération soient pris en charge par l'assurance-maladie.

o. Le 10 février 2020, le Dr D_____ a indiqué à la SUVA que le diagnostic était un snapping scapula post traumatique. Au vu de l'absence d'effet du traitement conservateur, un traitement chirurgical par endoscopie scapulo-thoracique et résection du tubercule de Luschka était indiqué.

p. Le 10 février 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie de l'épaule droite de l'assuré et conclu à une

tendinopathie fissuraire non transfixiante du tiers moyen du supra-épineux et une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne droite.

B. **a.** Par décision du 26 février 2020, la SUVA a refusé de prendre en charge l'incapacité de travail de l'assuré dès le 21 septembre 2019 et l'intervention chirurgicale préconisée, faute de lien de causalité certain ou probable entre l'événement du 12 juin 2019 et les troubles déclarés dès le 21 septembre 2019.

b. Le 13 mars 2020, l'assuré, assisté d'ASSUAS, a formé opposition à cette décision.

c. Le 23 juin 2020, le docteur H_____, chirurgien orthopédique, a procédé à une arthroscopie opératoire de l'épaule droite de l'assuré.

d. Dans un rapport du 15 septembre 2020, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que le ressaut de l'omoplate de l'assuré était attribué, selon le Dr D_____, au tubercule de Luschka. Ce tubercule n'était toutefois pas objectivé sur l'IRM de l'omoplate et il n'y avait pas de bursite. Il fallait toutefois verser au dossier l'IRM de l'omoplate du 6 novembre 2019 qui ne s'y trouvait pas et demander une analyse scannographique de l'épaule droite de l'assuré, en particulier de sa surface thoracique, afin d'objectiver une protubérance osseuse caractéristique du tubercule de Luschka. Il reverrait la question de la causalité à la lumière de ces examens.

e. Le 23 septembre 2020, le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, du centre imagerie Servette de Genève, a procédé au scanner de l'épaule et de la paroi thoracique de l'assuré et conclu que le « CT » de l'omoplate droite était sans signe de complication post opératoire, ni anomalie morphologique.

f. Le 22 décembre 2020, le Dr I_____ a conclu que l'origine du sursaut de l'omoplate droite de l'assuré n'avait pas pu être identifiée, en l'absence de lésion structurelle post-traumatique avérée, et que le lien de causalité entre cette atteinte et l'événement du 12 juin 2019 était possible sans plus.

g. Par décision sur opposition du 6 janvier 2021, la SUVA a estimé qu'elle ne voyait pas d'éléments pour douter du bien-fondé de l'analyse effectuée le 22 décembre 2020 par le Dr I_____. Les considérations temporelles ne suffisaient pas pour engager la responsabilité de la SUVA. Aucun des critères développés par la jurisprudence n'était rempli pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles d'ordre psychique de l'assuré. En conséquence, l'opposition devait être rejetée.

C. **a.** L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 10 février 2021, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-accidents en raison de son accident du 12 juin 2019, au-delà du 23 septembre 2019, subsidiairement, à l'instruction d'une expertise orthopédique.

b. Par réponse du 5 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'opinion médicale du Dr I_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et ne pouvait pas être remise en question par le fait que le Dr D_____ avait utilisé l'expression « post-traumatique ».

c. Le 25 mars 2022, la chambre de céans a confié une expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (ATAS/279/2022).

d. À teneur de son rapport du 25 juillet 2022, l'expert a procédé à une anamnèse détaillée et a relaté les plaintes de l'expertisé ainsi que ses constats objectifs. Il a conclu s'agissant de l'omoplate droite à ressaut (snapping scapula) qu'aucune lésion traumatique visible sur les multiples examens d'IRM et CT-scan réalisés, ni aucun œdème, bursite rétro-scapulaire pathologique, fracture de la scapula ou fracture costale postérieure qui pourraient en être à l'origine n'avaient été décrit sur ces examens ou lors de l'intervention du 23 juin 2020. Le trauma qu'avait subi le recourant les 12 juin et 3 août 2019 n'était pas nécessairement la cause de la snapping scapula. Il en résultait que l'intervention du 23 juin 2020 n'était pas liée à ces deux événements traumatiques. Il en était de même de la capsulite et du conflit sous-acromial post-opératoire diagnostiqué. Le *statu quo ante* du recourant avait été atteint le 10 décembre 2019 au moins. Les deux accidents avaient décompensé temporairement l'épaule droite du recourant dans le sens qu'ils avaient accentué le déséquilibre musculaire qui s'accentuait physiologiquement avec l'âge entre la coiffe des rotateurs et le deltoïde provoquant donc un déséquilibre temporaire avec ascension de la tête humérale, et un conflit sous-acromial avec capsulite rétractile et le tout s'était résorbé le 18 décembre 2019 au moins.

e. Le recourant a souhaité qu'un rapport établi en italien le 24 septembre 2019 par le docteur L_____, soit soumis au Dr K_____, ce qui a été accepté par la CJCAS après traduction du rapport. Celui-ci posait le diagnostic de contusion de l'omoplate droite avec hématome intramural du trapèze faisceau latéral et douleurs de type périostée le long du bord externe de l'omoplate et du grand dorsal.

f. Le 24 octobre 2022, le Dr K_____ a considéré que le rapport du Dr L_____ n'avait à aucune valeur et semblait même fantaisiste. Le gold standard pour une imagerie de l'épaule restait l'IRM. Celle du 16 septembre 2019, qui avait été faite neuf jours avant l'ultrason du 24 septembre 2019, ne décrivait pas les lésions décrites dans ce rapport. À son avis, il s'agissait là d'un rapport de complaisance effectué par un individu dont l'intégrité et le professionnalisme semblaient douteux, même s'il était médecin. Il maintenait en conséquence les conclusions de son expertise.

g. Le 3 novembre 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

h. Le 15 novembre 2022, le recourant a fait valoir qu'il avait de la peine à comprendre la nouvelle conclusion de l'expert, qui avait indiqué le 24 octobre 2022 que même si on devait admettre des lésions, il faudrait dans tous les cas se référer à l'IRM du 6 novembre 2019 qui ne démontrait aucune lésion traumatique. En effet, avant l'IRM du 6 novembre 2019, l'assuré s'était soumis à une IRM du 16 septembre 2019 pour son épaule droite, qui avait démontré une tendinopathie insertionnelle du tendon du muscle supra-épineux, une contusion du muscle deltoïde, hypersignale de la portion moyenne du deltoïde juste en regard de l'acromion évoquant une lésion post-traumatique sans hématome organisé. L'examen de l'ultrason du 24 septembre 2019 démontrait clairement une lésion traumatique visible. C'était pourquoi le diagnostic de snapping scapula avait été soulevé par le Dr D_____ chez un assuré qui ne présentait aucune douleur avant son accident ni de trouble dégénératif préexistant et en raison du fait que l'échographie du 2 septembre 2019 démontrait plusieurs zones hypoéchogènes principalement à la face articulaire du tiers moyen du tendon suspect pour des fissurations non transfixiantes. Ainsi, il n'y avait aucune raison que le recourant développe une snapping scapula sans un élément déclenchant qui, dans son cas, était la violente chute à vélo. De plus, le Dr K_____ n'adoptait pas un ton objectif et faisait des remarques à connotation émotionnelle ou polémique en accusant le médecin de manque d'intégrité et de délivrer des rapports de complaisance ou fantaisiste. Le recourant persistait dans ses conclusions, référence faite à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.2.

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 1er 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 21 septembre 2019.

4.

4.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et

involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4.2 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).

4.3 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).

4.4 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

4.5 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).

5. En l'espèce, le recourant fait valoir que son atteinte à l'omoplate droite est lien de causalité avec son accident du 12 juin 2019, ce que l'intimée conteste.

L'expertise judiciaire répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le bref rapport, non motivé, établi le 24 septembre 2019 par le Dr L_____, dont on ignore la spécialité, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions motivées et convaincantes de l'expert, qui les a confirmées après en avoir pris connaissance. Le fait que l'expert ait considéré que ce rapport était fantaisiste et de complaisance ne remet pas sérieusement en cause la valeur probante de ses conclusions, dans la mesure où son rapport principal est convaincant et ne contient aucune remarque inappropriée, ce qui ne correspond pas à la situation de l'arrêt cité par le recourant, relatif à une expertise qui était entachée de plusieurs défauts majeurs qui dénotaient un manque certain de rigueur scientifique, notamment un manque de structure, des lacunes au niveau des informations recueillies et une absence de partie consacrée à une discussion générale du cas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2009 consid. 4.2).

Sur la base de l'expertise du Dr K_____, il convient de retenir une absence de lien de causalité naturelle et adéquate établie au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'atteinte à l'épaule du recourant et l'événement du 12 juin 2019. La décision querellée était dès lors bien fondée et elle doit être confirmée.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
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