RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4555/2019 **ATAS/298/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 mai 2023

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT — recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, exploite à titre indépendant l'établissement B_____. À ce titre, il est assuré facultativement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA auprès de SWICA Assurances (ci-après : SWICA ou l'intimée).

b. Le 8 août 2017, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail. Il a perdu l'équilibre et est tombé d'un escabeau, se blessant ainsi à l'épaule droite.

c. Par certificat médical du 22 août 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a attesté que l'assuré était totalement incapable de travailler dès le 8 août 2017.

d. Le sinistre a été annoncé à SWICA par déclaration d'accidents LAA du 23 août 2017.

e. L'assuré a subi une opération de l'épaule droite aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) le 30 janvier 2018 (arthroscopie de l'épaule droite, débridement sous-scapulaire et ténodèse infra-pectorale du long chef du biceps).

f. Dans un rapport d'expertise du 18 juin 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu que l'incapacité de travail totale de l'assuré depuis l'événement du 8 août 2017 était exclusivement liée à celui-ci. L'état actuel de son épaule droite n'était pas compatible avec le métier de serveur. L'assuré pouvait exercer les tâches administratives de son établissement, mais pas porter des plateaux avec des boissons de plus de 5 kg.

g. Le docteur E_____, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a établi plusieurs arrêts de travail pour l'assuré (les 7 janvier, 7 mars, 8 avril, 16 mai et 20 juin 2019) constatant une incapacité de travail à 75% du 10 janvier au 30 juin 2019.

h. SWICA a mandaté le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour effectuer une nouvelle expertise de l'assuré.

i. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2019, le Dr F_____ a retenu que les lésions traumatiques de l'épaule droite de l'assuré étaient modestes et guéries. Elles n'avaient bénéficié que d'un simple débridement chirurgical et il n'avait été effectué aucune réinsertion du tendon sous-scapulaire, ce que montrait également la mobilisation de l'épaule droite autorisée dès le premier jour post-opératoire sous couvert d'un simple polysling, à savoir une écharpe.

Le membre supérieur gauche de l'assuré n'était pas concerné par l'événement du 8 août 2017. La guérison des lésions en lien de causalité naturelle avec

l'événement du 8 août 2017 était effective au 30 avril 2018. Même si la lésion du tendon du sus-épineux et celle du long chef du biceps étaient retenues dans le cadre de la causalité naturelle, la date de fin d'application des lésions aurait été identique.

j. Par décision du 27 juin 2019, SWICA a mis fin au versement à l'assuré de ses prestations avec effet au 30 avril 2018. L'événement du 8 août 2017 et celui d'avril 2018 n'avaient pas entraîné d'aggravation de l'état antérieur présenté à son épaule droite. Ainsi, les troubles qu'il présentait actuellement à cette épaule découlaient de son état antérieur maladif. Les conditions lui donnant droit à d'autres traitements médicaux et aux indemnités journalières n'étaient plus remplies dès le 1er mai 2019. SWICA renonçait à lui demander la restitution des prestations de soins alloués jusqu'au du 30 avril 2018. Les factures qui lui parviendraient à l'avenir pour des traitements ultérieurs au 30 avril 2018 lui seraient retournées. L'indemnité journalière LAA lui avait été encore allouée jusqu'au 31 mai 2019. L'incapacité de travail qui continuait à être attestée au-delà du 31 mai 2019 devait être annoncée à son assurance-maladie pour la perte de gain.

k. Le 31 juillet 2019, l'assuré, représenté par un mandataire, a formé opposition à cette décision.

l. Le 21 octobre 2019, le Dr E_____ a établi un arrêt de travail pour l'assuré de 75% du 1er juillet au 21 octobre 2019, avec une date de reprise du travail à 100% au 22 octobre 2019.

m. Par décision sur opposition du 11 novembre 2019, SWICA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 27 juin 2019. Le fait que les deux experts ne parvenaient pas à la même conclusion ne permettait pas de dénier une valeur probante à la seconde. Le premier expert avait estimé que l'arrêt de travail de l'assuré était lié exclusivement à l'événement en cause. Le premier expert ne connaissait pas le cahier des charges de l'assuré et avait fait confiance aux dires de ce dernier à ce sujet. En revanche, le second expert était en possession de toute la documentation lors de la rédaction de son expertise. Partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée convaincante du Dr F_____ et c'était à bon droit que SWICA avait refusé ses prestations au-delà du 30 avril 2018, respectivement du 28 mai 2019.

B. **a.** Par acte du 10 décembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de SWICA du 11 novembre 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), concluant à l'annulation de celle-ci, à l'octroi des prestations de l'assureur-accidents, en particulier de l'indemnité journalière LAA, jusqu'au 22 octobre 2019, et au versement d'une indemnité équitable comme participation aux frais de son conseil. L'expertise du Dr F_____, selon laquelle il n'y avait pas de lien de causalité, même pour la période antérieure à l'expertise du Dr D_____, entrait en contradiction avec celle

de ce dernier et avait été manifestement faite pour les besoins de la cause. Elle était dénuée de valeur probante. L'incapacité de travail en raison de l'accident avait pris fin le 22 octobre 2019, selon le certificat médical du Dr E_____, et non pas au 1er juin 2019, comme l'avait considéré à tort l'intimée.

b. Dans sa réponse du 3 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante du Dr F_____.

c. Par arrêt du 30 septembre 2020 (ATAS/822/2020), la CJCAS a admis le recours et réformé la décision du 11 novembre 2019, en ce sens que le recourant avait droit au versement de l'indemnité journalière jusqu'au 21 octobre 2019.

d. Sur recours de l'intimée, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 7 avril 2021 (8C_686/2020), annulé l'arrêt du 30 septembre 2020 et renvoyé la cause à la CJCAS, considérant en substance que cette dernière aurait dû se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle, sur laquelle les experts D_____ et F_____ n'avaient pas les mêmes conclusions. Il était nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise médicale en vue de trancher la question du lien de causalité naturelle entre les affections de l'assuré et son accident du 8 août 2017 au-delà du 30 avril 2018 et jusqu'au terme de son incapacité de travail, à savoir le 21 octobre 2019.

C. **a.** Par ordonnance d'expertise du 22 octobre 2021, la CJCAS a mis en œuvre une expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b. Dans son rapport du 22 mars 2022, le Dr G_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- rupture profonde des fibres supérieures, un tiers supérieur à un quart supérieur du sub-scapularis ;
- luxation antérieure du tendon du long chef du biceps avec par conséquent et par définition lésion et rupture du ligament gléno-huméral supérieur ;
- status post arthroscopie, ténotomie et ténodèse sub-pectorale du tendon du long chef du biceps de l'épaule droite, débridement sans suture du bord supérieur du sub-scapularis et débridement de l'articular side du sus-épineux ;
- capsulite rétractile antérieure et postérieure post-opératoire avec conflit sous-acromial.

Les deux premiers diagnostics étaient intervenus lors de l'événement du 8 août 2017 et les deux derniers étaient apparus le 30 janvier 2018.

L'expert retenait comme atteinte en lien de causalité avec l'accident avec une probabilité de 100% tous les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail.

Il a fixé le *statu quo ante* :

- pour le premier diagnostic, au 1er mars 2019 lors de l'examen du recourant par le Dr F_____, puisque le testing de ce tendon était quasi normal ;
- pour le deuxième, à la date de son examen du 20 décembre 2021, car lors de l'examen du 1er mars 2019 du Dr F_____, le site de ténodèse était encore sensible ;
- pour le troisième, d'une manière objective à la date de son examen du 20 décembre 2021, et d'une manière subjective, à fin septembre 2021, selon l'anamnèse du recourant ;
- s'agissant du diagnostic de capsulite rétractile antérieure et postérieure, le *statu quo ante* avait été atteint de manière objective le 1er mars 2019, puisque l'examen clinique du Dr F_____ avait permis d'exclure la persistance de toute capsulite rétractile à cette date-là ;
- en ce qui concernait le conflit sous-acromial, le *statu quo ante* avait été retrouvé anamnestiquement au mois de septembre 2021 et objectivement le 20 décembre 2021.

Globalement, le Dr G_____ rejoignait l'avis du Dr D_____, à savoir que lors de cette expertise du 18 juin 2018, donc quatre mois après l'intervention, la situation de l'épaule droite de l'assuré n'était pas stabilisée, avec la persistance claire d'une capsulite rétractile, d'une douleur lors de la mise en charge du sub-scapularis et la persistance d'un conflit sous-acromial, avec des douleurs lors du testing de la ténodèse du tendon du long chef du biceps.

L'arrêt de travail à 100% dans l'activité habituelle retenu par le Dr D_____ était largement justifié et il rejoignait l'avis de ce dernier selon lequel cet arrêt de travail était uniquement lié à l'événement du 8 août 2017.

Globalement, le Dr G_____ ne rejoignait pas les conclusions du Dr F_____. Retenir une capacité de travail pleine et entière à partir du 30 avril 2018, trois mois après l'intervention de l'épaule droite du recourant, ne lui semblait pas raisonnable. Il fondait cette appréciation sur le fait que le Dr D_____ avait décrit, lors de son examen clinique du 18 juin 2018, une impotence fonctionnelle encore importante de l'épaule droite de l'assuré, qui était liée uniquement aux conséquences directes du trauma du 8 août 2017, et que le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait examiné le patient à plusieurs reprises et notamment les 17juillet et 30 octobre 2018, décrivait toujours des douleurs à l'épaule droite, une limitation fonctionnelle et une persistance d'une capsulite rétractile de cette épaule. Pour le Dr G_____, le *statu quo ante* n'avait clairement pas été atteint le 30 avril 2018 pour les diagnostics en relation directe avec l'événement du 8 août 2017.

c. Le 4 avril 2022, le recourant a indiqué qu'il était d'accord avec le contenu de l'expertise du Dr G_____ et ses conclusions.

d. Le 3 mai 2022, l'intimée a produit une écriture établie par le Dr F_____ du 19 avril 2022, contestant la date de stabilisation fixée par le Dr G_____ au 20 décembre 2021 et celle du retour au *statu quo ante* fixée à la même date.

Au vu du fait que les lignes directrices d'expertise n'étaient pas respectées et ses nombreuses contradictions, le rapport d'expertise du Dr G_____ ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante. En conséquence, l'intimée maintenait ses précédentes conclusions.

e. Le 25 août 2022, la CJCAS a transmis au Dr G_____ le rapport établi par le Dr F_____ le 19 avril 2022 en lui demandant de se prononcer à ce sujet.

f. Le 12 septembre 2022, l'expert a répondu aux critiques du Dr F_____.

g. Le 22 novembre 2022, l'intimée a produit un nouveau rapport du Dr F_____ du 11 novembre 2022, faisant valoir qu'en établissant un *statu quo ante* au mois de septembre 2021/20 décembre 2021, le Dr G_____ avait outrepassé la mission imposée par le Tribunal fédéral, qui était la question du lien de causalité naturelle entre les affections du recourant et son accident du 8 août 2017 au-delà du 30 avril 2018 et jusqu'au terme de son incapacité de travail à savoir le 21 octobre 2019. Par ailleurs, sans pièces médicales au dossier entre le 1er mars 2019 et le 20 décembre 2021, hormis des certificats d'incapacité de travail, le Dr G_____ avait échoué dans cette mission.

h. Le recourant a persisté dans ses conclusions

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), 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. Il convient de déterminer en premier lieu l'objet du litige, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 2021.

2.1 L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause dans une nouvelle procédure entre les mêmes parties une prétention identique à celle qui a été définitivement jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.1.2). L'autorité de chose jugée signifie que l'arrêt est obligatoire et ne peut plus être remis en question ni par les parties, ni par les autorités judiciaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 4.2). En règle générale, seul le dispositif d'un jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral

8C_20/2020 du 5 mai 2020 consid. 1.4). Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2012 du 8 juin 2012 consid. 4.2 et les références citées). De plus, la portée du dispositif ne peut souvent se déterminer qu'en fonction des motifs (ATF 123 III 16 consid. 2a ; ATF 116 II 738 consid. 2a).

2.2 En l'espèce, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 avril 2021, il convient uniquement, et après instruction complémentaire, de trancher la question de savoir si l'atteinte à la santé du recourant était encore en lien de causalité avec l'accident du 8 août 2017 au-delà du 30 avril 2018 et jusqu'au terme de l'incapacité de travail du recourant à savoir le 21 octobre 2019.

3.

3.1 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

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

3.2 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).

4. En l'espèce, la CJCAS constate que l'expertise du Dr G_____ remplit les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle est convaincante, bien motivée et ne contient pas de contradiction.

Les critiques émises par l'intimée et le Dr F_____ ne suffisent pas à remettre en cause ses conclusions, étant rappelé que la seule question à trancher était de déterminer si l'atteinte à la santé du recourant était encore en lien de causalité avec l'accident du 8 octobre 2017 au-delà du 30 avril 2018 et jusqu'au 21 octobre 2019. Il n'y plus lieu de revenir sur cette dernière date, qui a été validée par le Tribunal fédéral et qui a ainsi acquis la force de chose jugée. Les rapports du Dr F_____ ayant fondé les critiques de l'intimée ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, ne serait-ce que parce qu'il pouvait être enclin à défendre les conclusions de son rapport d'expertise du 19 mars 2019, qui ont été contestées par les Drs D_____ et G_____.

Il ressort de l'expertise du Dr G_____ que l'atteinte à la santé du recourant était encore en lien avec son accident du 8 octobre 2017 jusqu'au 21 octobre 2019, puisque le *statu quo ante* de deux des diagnostics incapacitants retenus par l'expert n'étaient pas encore survenus à cette date.

5. Il convient en conséquence de confirmer les premières conclusions de la CJCAS, d'admettre le recours et de réformer la décision de l'intimée du 11 novembre 2019, en ce sens que le recourant a droit au versement des prestations de l'intimée jusqu'au 21 octobre 2019.

Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision du 11 novembre 2019 en ce sens que le recourant a droit au versement de l'indemnité journalière jusqu'au 21 octobre 2019.
4. Alloue au recourant une indemnité pour ses dépens de CHF 3'000.- à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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