

# **GE\_GERICHTE ATAS/1063/2012 vom 28. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1063\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1063_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1063/2012 du 28 août 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1063/2012 del 28 agosto 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG 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).

A/63/2012 - 11/18 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations pour son atteinte à l'épaule droite, plus particulièrement sur le point de savoir si celle-ci est en lien de causalité avec son accident.

### **E. 5**

Il sied en premier lieu de se pencher sur le grief de l'assurance, qui reproche à la Cour de céans une violation de son droit d'être entendue en affirmant ne pas avoir été citée à comparaître à l'audience d'enquête du 17 avril 2012. Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution (Cst; RS 101), comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 9C\_647/2010 du 6 décembre 2010, consid. 2.2). Cela étant, cette garantie constitutionnelle n'implique en principe pas le droit d'être entendu oralement (ATFA non publié B 29/02 du 20 septembre 2002, consid. 1a). En l'espèce, même s'il fallait admettre que l'assurance n'a pas été valablement citée à comparaître lors de l'audition du Dr D\_\_\_\_\_, elle a reçu

les procès-verbaux des déclarations de ce médecin et a eu l'occasion de se déterminer par écrit sur leur contenu. Partant, une éventuelle violation de son droit d'être entendue devrait être considérée comme réparée.

## **E. 6**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend en principe à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF non publié 8C\_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3).

A/63/2012 - 12/18 - L'assurance-accidents alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). L'assurance-accidents supporte ainsi les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident (ATF non publié 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 2.2). Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 41 consid. 2c ; ATF non publié U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

## **E. 7**

Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 ; ATFA non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). Par

ailleurs, le seul 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;

A/63/2012 - 13/18 - ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. 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 (ATF non publié 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

## **E. 8**

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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 non publié 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF non publié 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF non publié 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1)

## **E. 9**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe 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 118 V 286 consid. 1b).

A/63/2012 - 14/18 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

#### **E. 10**

Il y a lieu d'examiner à la lumière des considérants qui précèdent si l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule de l'assurée et l'accident qu'elle a subi est démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. a) L'appréciation du Dr H \_\_\_\_\_ est à l'évidence trop succincte pour se voir reconnaître la moindre valeur probante. On ignore au demeurant si celui-ci a eu

A/63/2012 - 15/18 - accès aux documents d'imagerie à disposition et ce médecin semble conclure à l'origine dégénérative de la lésion au seul motif qu'un tel phénomène est fréquent. Son avis est ainsi manifestement insuffisamment motivé. b) S'agissant des rapports et des déclarations du Dr D \_\_\_\_\_, ils ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'ils sont contradictoires. Celui-ci a pour la première fois fait état de douleurs à l'épaule droite dans son rapport du 15 septembre 2010, soit presque une année et demi après l'accident. On s'étonne que ce praticien, qui a confirmé lors de son audition que les douleurs étaient apparues progressivement lors de l'hiver 2009-2010, ne les ait pas évoquées plus tôt et ait attendu juin 2010 pour les traiter. Le Dr F \_\_\_\_\_ a affirmé que les indications du Dr D \_\_\_\_\_ n'étaient pas claires dans la mesure où celui-ci avait déclaré ne pas avoir procédé à des radiographies de l'épaule car l'assurée n'en souffrait pas. Il n'est pas inutile de souligner que cette appréciation du médecin-conseil résulte d'un malentendu. En effet, les indications du Dr D \_\_\_\_\_ ont trait à l'épaule gauche de la recourante, comme cela ressort expressément du procès-verbal d'audition, alors que l'assurée se plaint de douleurs à droite. Cela étant, il est vrai que l'échographie de l'épaule droite n'a été réalisée qu'en juillet 2010, soit plus d'une année après l'accident. La description de douleurs apparues progressivement dès l'hiver 2009 contraste également

singulièrement avec les explications du Dr D \_\_\_\_\_ durant l'audience du 17 avril 2012, lors de laquelle il a émis l'hypothèse que la lésion à l'épaule avait été provoquée par l'accident et que l'assurée, focalisée sur les douleurs du genou, ne s'était pas rendu compte qu'elle souffrait également de l'épaule. Comme le relève le Dr F \_\_\_\_\_, cette supposition n'est guère convaincante. Il ne paraît en effet pas crédible que l'assurée, qui a eu recours à des béquilles en tout cas dès le mois de mai 2009 selon le rapport des Drs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, n'ait pas remarqué plus tôt des douleurs à l'épaule. On notera par ailleurs que lors de son audition, le Dr D \_\_\_\_\_ a qualifié tant le lien de causalité entre la lésion du tendon de l'épaule et l'accident que la relation de cause à effet entre l'utilisation de béquilles et l'atteinte à l'épaule de probables. Or, dans la mesure où la probabilité peut être retenue lorsqu'un lien de causalité est établi à plus de 50 % (cf. ATFA non publié U 509/06 du 31 octobre 2007, consid. 3.2.1), il est mathématiquement impossible que le lien de causalité soit probable à la fois entre l'atteinte à l'épaule et l'accident ou l'utilisation de béquilles. S'agissant de l'utilisation de béquilles, le Dr D \_\_\_\_\_ a au demeurant précisé qu'elle ne provoquait pas de lésion, ce qui est également en contradiction avec ses conclusions quant à l'existence du lien de causalité entre l'emploi de cannes et l'atteinte à l'épaule. Au vu de ces éléments, les rapports et les déclarations du Dr D \_\_\_\_\_ sont manifestement insuffisants pour établir un lien de causalité entre l'accident ou l'utilisation de béquilles et l'atteinte à l'épaule de l'assurée.

A/63/2012 - 16/18 - c) En ce qui concerne les avis du Dr F \_\_\_\_\_, la Cour de céans retient ce qui suit. Le fait que les personnes de l'âge de l'assurée présentent fréquemment des modifications d'origine dégénérative n'est en soi pas suffisant à exclure une origine traumatique de sa lésion. La position du médecin-conseil de l'assurance semble par ailleurs contradictoire en tant qu'il relève que la musculature du muscle supra-épineux sans particularité permet d'écarter des modifications progressives et lentes des tendons, ce qui paraît précisément correspondre à la description d'altérations dégénératives. S'agissant du lien de causalité entre l'utilisation de béquilles et les douleurs à l'épaule, le Dr F \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'était pas nécessaire de l'examiner dès lors que l'assurée et son médecin traitant avaient déclaré que les douleurs étaient apparues dès l'accident. Or, dans la mesure où le médecin-conseil a écarté l'hypothèse de douleurs concomitantes à l'accident, il ne peut s'épargner l'examen de ce lien de causalité. Quant au fait que les douleurs provoquées par l'utilisation de béquilles devraient logiquement apparaître aux deux côtés, cette affirmation ne tient pas compte du fait que l'épaule droite a été plus longtemps sollicitée car l'assurée a marché dans un premier temps avec deux cannes anglaises et n'a par la suite utilisé qu'une seule béquille. Le médecin-conseil a ajouté que les modifications des tendons observées n'étaient pas douloureuses et qu'aucune modification inflammatoire n'avait été décelée à l'échographie. Or, cet examen a révélé une bursite, soit une inflammation d'une bourse séreuse. L'avis du Dr F \_\_\_\_\_ paraît donc erroné sur ce point. En outre, on comprend mal pourquoi l'avis du médecin-conseil se focalise sur le point de savoir si une contusion lors d'une chute a pu provoquer une bursite, dès lors qu'un tel événement n'a pas été décrit. Le Dr F \_\_\_\_\_ relève par ailleurs que la bursite et le conflit sous-acromial peuvent également être causés par de nombreux autres facteurs, qu'on ne peut exclure en l'espèce faute d'indication sur les autres structures. Cet argument n'est guère pertinent. Le fait qu'une pluralité de causes puisse expliquer la survenance d'une lésion ne permet pas d'exclure l'origine traumatique de celle-ci. Par ailleurs, c'est le lieu de rappeler que conformément à l'art. 43 LPGA, l'assureur doit prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires. En l'espèce, l'assurance ne peut donc se contenter d'écarter le caractère accidentel de la lésion

au motif qu'elle ne dispose d'aucune information sur l'état des autres parties de l'épaule qui pourraient également avoir causé l'affection de l'assurée. En effet, il lui appartenait de diligenter les examens nécessaires à éclaircir ce point. En ce qui concerne le caractère dégénératif de la lésion, il sied de souligner que celui-ci ne ressort pas expressément du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ et que les avis du Dr D\_\_\_\_\_ et du médecin-conseil divergent sur ce point, sans que les hypothèses émises par le Dr F\_\_\_\_\_ suffisent à étayer son point de vue. En outre, même s'il fallait admettre que la lésion constatée chez l'assurée est imputable à un phénomène dégénératif, dont on peut supposer par définition qu'il affecte les deux épaules, on comprendrait mal pourquoi l'assurée souffre seulement de l'articulation droite. Enfin, le Tribunal fédéral a précisé qu'en vertu de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance- accidents est tenue de prester également lorsqu'une complication en cours de

A/63/2012 - 17/18 - traitement provient d'un état malade antérieur (ATF 118 V 286 consid. 3a et 3b). En l'espèce, l'assurance n'a nullement examiné la possibilité qu'une lésion d'origine dégénérative ait été décompensée par l'utilisation de béquilles, qui faisait partie du traitement de l'accident au genou.

#### **E. 11**

Eu égard aux contradictions entre les avis médicaux et à leur caractère lacunaire, les faits ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si les douleurs à l'épaule de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident subi. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'assureur reste cependant possible lorsqu'il porte sur l'instruction d'une question qui n'a pas du tout été élucidée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.1 et 4.4.1.4). En l'espèce, l'assurance a fondé la décision querellée sur le seul rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Les mesures d'instruction qu'elle a entreprises sont ainsi clairement lacunaires. Les avis du Dr F\_\_\_\_\_, recueillis pour l'essentiel après la décision sujette à opposition, ne suffisent pas à pallier ces carences compte tenu de ce qui précède. Conformément à la jurisprudence précitée, un renvoi à l'assurance pour complément d'instruction est dans ces circonstances possible. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'assurance pour instruction, au besoin sous forme d'une expertise, et nouvelle décision.

#### **E. 12**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. L'assurée, assistée d'un avocat, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'500 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/63/2012 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.