

GE_GERICHTE ATAS/1070/2014 vom 25. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1070_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1070/2014 du 25 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1070/2014 del 25 settembre 2014

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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.

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 LAA n'y déroge expressément. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a limité sa prise en charge des suites de l'événement du 20 janvier 2011 au 20 avril 2011.

E. 5

a/aa) 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. a/bb) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le

A/3782/2012 - 12/20 - personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c). a/cc) Aux termes de 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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. b) 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 337

consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). c/aa) 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 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. c/bb) 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). c/cc) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b). c/dd) 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

A/3782/2012 - 13/20 - 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). c/ee) 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). d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

E. 6

a/aa) L'art. 36 LAA régit la responsabilité de l'assureur-accidents en cas de concours de diverses causes de dommages. Selon l'alinéa premier de cet article, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. a/bb) Cette disposition rompt partiellement avec le principe d'une assurance causale en faveur d'une assurance finale, c'est-à-dire d'une assurance appelée à verser des prestations indépendamment de l'origine de l'événement assuré. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident et l'événement non assuré aient causé

ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 nn. 287 et 290). b) En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la

A/3782/2012 - 14/20 - suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 1994 n°U206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 270/00 du 31 janvier 2001, consid. 2b). Si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (ATFA non publié U 149/99 du 7 février 2000, consid. 3). c/aa) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Sur cette base, le Conseil fédéral a adopté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), qui contient la liste exhaustive de toutes les lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. c/bb) Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (ATFA non publié U162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2). c/cc) D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également ATF U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 5.1).

E. 7

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

A/3782/2012 - 15/20 - probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2).

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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). b/aa) 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'écarte 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). b/bb) 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 U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). b/cc) 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). b/dd) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations

A/3782/2012 - 16/20 - médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) 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. 8

En l'espèce, s'agissant des atteintes aux cervicales de la recourante, il sied de remarquer que l'intéressée ne s'est plainte pour la première fois de cervicalgies qu'en septembre 2011, soit près de huit mois après l'accident assuré par l'intimée. Quoiqu'il en soit, aucun médecin ne soutient que les atteintes cervicales de la recourante seraient d'origine traumatique. Le Dr G_____, dans son rapport du 7 octobre 2011, a qualifié les cervicalgies de chroniques; les différents radiologues ont évoqué une discopathie dégénérative pluri-étagée de la colonne cervicale, avec hernie discale C4-C5 postéro médiane et discopathies protrusives C5-C6 et C6-C7; le Dr H_____ a estimé, dans son rapport du 11 décembre 2011, que le problème cervical de la recourante était sans rapport avec l'accident et sans incidence sur l'évolution de son état; enfin, le Dr L_____ a lui aussi estimé que le lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident de janvier 2011 était très peu probable. Eu égard à ces considérations, il convient de retenir que l'atteinte aux cervicales est d'origine purement dégénérative, de sorte que tout lien de causalité avec l'accident et toute prise en charge sont exclus.

E. 9

S'agissant de l'atteinte au genou droit - dont la face antérieure a heurté le sol lors de la chute -, il sied de relever que la recourante avait déjà chuté sur son genou droit le

E. 11

décembre 2009, chute qui avait entraîné à l'époque une entorse du ligament latéral interne. Cependant, l'assurée s'est rapidement rétablie puisque le rapport de la CRR ne mentionne aucune limitation fonctionnelle concernant le genou droit à la sortie de l'intéressée. Suite à l'accident du 20 janvier 2011, l'assurée n'a émis aucune plainte concernant son genou droit (cf. consultation du 31 mars 2011 auprès du Dr MBAYO). Ce n'est

A/3782/2012 - 17/20 - qu'en juillet 2011 que le Dr C_____ a posé les diagnostics d'entorse et de lésions méniscales, ce dernier diagnostic ayant par la suite été infirmé par l'IRM du 2 novembre 2011, laquelle n'a mis en évidence qu'un épanchement intra-articulaire aspécifique, sans lésion ménisco-ligamentaire notable. Le Dr I_____, dans son courrier du 9 décembre 2011, a conclu à une contusion du genou avec chondropathie patellaire consécutive à l'accident du 20 janvier 2011 mais n'a pas motivé sa position. Il ressort du rapport du Dr L_____ qu'une IRM du genou droit du 18 juillet 2012 a montré une chondropathie fémoro-patellaire et un œdème du corps de Hoffa. Selon le Dr L_____, l'absence de lésion post-traumatique, notamment ménisco-ligamentaire, et la présence d'une chondropathie fémoro-patellaire dégénérative plaide pour un syndrome rotulien bilatéral. Il en tire la conclusion, de manière convaincante, que l'accident du 20 janvier 2011 n'a donc causé qu'une contusion bénigne de la rotule droite, avec réactivation de douleurs préexistantes (cf. rapport d'expertise du 8 octobre 2012, p. 19). Au vu de ce qui précède, on ne saurait admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'accident du 20 janvier 2011 est en lien de causalité naturelle avec les troubles qui subsistent au niveau du genou droit de la recourante, genou dont il convient de rappeler qu'il avait déjà été touché lors du premier accident. Partant, le droit à des prestations de l'intimée pour les troubles du

genou droit doit être également nié. 10. Il convient à présent d'examiner si un lien de causalité a perduré au-delà du 20 avril 2011 entre l'accident de janvier 2011 et les atteintes à l'épaule droite de l'assurée, atteintes dont il n'est pas contesté qu'elles constituent une lésion assimilée à un accident. On rappellera que la recourante a déjà été victime d'un accident en août 2008 - dont ne répond pas l'intimée -, lequel a entraîné un traumatisme de l'épaule droite sous forme de rupture de la coiffe des rotateurs. La recourante a alors subi une intervention chirurgicale (acromioplastie et suture de la coiffe sous arthroscopie). Son état a évolué favorablement jusqu'en juillet 2009, mais l'assurée continuait à souffrir de douleurs importantes et était handicapée dans sa vie quotidienne, raison pour laquelle elle a séjourné à la CRR. A sa sortie, le 10 février 2010, son épaule avait retrouvé sa mobilité complète et les douleurs avaient diminué; néanmoins l'assurée restait limitée concernant les activités prolongées au-dessus de l'horizontale et le port de charges lourdes. Suite à l'accident de janvier 2011, les douleurs de l'épaule droite se sont "réveillées".

A/3782/2012 - 18/20 - Le Dr P_____, premier médecin à avoir vu la recourante suite à son accident du 20 janvier 2011, a retenu un trauma de l'épaule droite (rapport du 15 avril 2011), sans guère motiver sa position. Le Dr G_____ a fait état de douleurs à caractère de décharges électriques très douloureuses et invalidantes au niveau des membres supérieurs, accompagnées d'hypoesthésie (rapport du 7 octobre 2011). On ne saurait cependant en tirer de conclusions quant à l'origine de l'atteinte. L'expert mandaté par l'intimée a conclu quant à lui que le lien de causalité naturelle entre l'état de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et les événements survenus en janvier 2011 s'était éteint trois mois après l'évènement. Pour le Dr L_____, l'accident de janvier 2011 n'a fait que réactiver les douleurs à l'épaule de la recourante. Son rapport est fourni, motivé, détaillé et convaincant. Qui plus est, ses conclusions sont corroborées par celles du Dr K_____ qui, bien que contestant la position de l'expert par ailleurs, a émis l'avis que le second accident n'avait pas entraîné de nouvelle rupture du tendon sus-épineux puisque le tendon n'avait jamais été consolidé ou présentait déjà une rupture itérative en 2009, comme le démontrait l'IRM réalisée à l'époque. De la confrontation de l'avis de ces deux médecins, on peut donc conclure que c'est l'accident de 2008 qui a provoqué d'une manière certaine la lésion de la coiffe postéro-supérieure, qui n'a ensuite été que décompensée par le second accident. On rejoint ainsi l'avis émis par le Dr H_____, selon qui les lésions sont sans doute, à l'origine, purement traumatiques et consécutives à l'accident de 2008, facteur déclenchant ayant provoqué la première déchirure de la coiffe, restée fragile depuis l'intervention. Le Dr I_____ ne dit d'ailleurs rien d'autre lorsqu'il indique que l'on ne peut impliquer de manière certaine l'accident du 20 janvier 2011 comme étant la cause des troubles constatés ; cette relation est seulement probable. Eu égard à ces considérations, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que son devoir de prise en charge cessait trois mois après l'accident de janvier 2011 dont elle répond. En effet, d'après le Dr C_____, seul à avoir suivi l'assurée dans les suites des deux accidents, l'intéressée s'est très rapidement retrouvée dans la même situation qu'avant l'accident de janvier 2011 s'agissant de son épaule. On peut donc considérer qu'en avril 2011, la recourante s'est retrouvée dans un état de santé similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident de janvier 2011 (statu quo ante) et que le caractère causal de celui-ci a disparu. Certes, en l'occurrence, on ne saurait conclure à une origine malade ou dégénérative manifeste, en revanche, il paraît évident qu'à compter de ce moment-là, l'origine

A/3782/2012 - 19/20 - des atteintes devait être recherchée dans le premier accident et non plus dans le second. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 20 avril 2011. Le recours est donc rejeté.

A/3782/2012 - 20/20 - 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.