

GE_GERICHTE ATAS/1147/2008 vom 14. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1147_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1147/2008 du 14 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1147/2008 del 14 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement accidentel s'est produit en 2006, la présente cause est soumise à la

A/2088/2007 - 8/13 - LPGA. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA).

E. 4

Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par l'assurée ensuite de son accident de juin 2006 peuvent donner droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 février 2007, soit si les liens de causalités naturelle et adéquate entre les troubles présentés et l'accident peuvent être reconnus.

L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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 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 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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

A/2088/2007 - 9/13 - 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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). 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) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). 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»; cf. ATF 119 V 341 ss., consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, 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. Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge, non au médecin, d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 112 ss consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 ss consid. 2c).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le

domaine des assurances sociales (cf. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/2088/2007 - 10/13 - 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. 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

En l'occurrence, plusieurs médecins se sont prononcés sur l'atteinte à l'épaule de la recourante, soit les médecins traitants et des médecins de la SUVA. La recourante est tombée dans le bus le 22 juin 2006. Le premier certificat médical au dossier date du 17 août 2006. Il a été établi par le Dr A _____ qui diagnostique des contractures musculaires para-cervicales. Le Dr DE B _____ retient en août également un polytraumatisme. Le Dr C _____ fait état en novembre 2006 de douleurs abdominales et dorsales post-traumatiques. Le Dr D _____ de la SUVA mentionne en décembre 2006 un syndrome douloureux subjectif au niveau cervico-scapulaire droit et para- lombaire droit. À l'examen clinique du jour, la symptomatologie douloureuse n'est expliquée par aucun substrat organique ni clinique ni radiologique post- traumatique. La patiente ne s'est plainte que de douleurs cervicales irradiant vers le trapèze droit et de lombalgies localisées para-vertébrales droites. Au niveau des épaules, l'élévation antérieure, l'adduction, la rotation interne et la rotation externe ne montraient aucune limitation et étaient symétriques. En décembre 2006, le Dr E _____ constate qu'hormis les plaintes cervico-brachiales et dorsales, l'assurée ne signale aucune autre problématique. En janvier 2007, le Dr F _____, diagnostique des cervico-dorsalgies dysfonctionnelles ainsi qu'un conflit sous-acromial droit, sur probable rupture de tendon de sus-épineux. En février 2007, le Dr G _____ constate un conflit sous-acromial avec éperon

irrégulier de la surface inférieure de l'acromion, associé à un certain degré de

A/2088/2007 - 11/13 - remaniement inflammatoire de la bourse sous-acromio-deltoïdienne et une tendinite distale du tendon du muscle sus-épineux, mais sans image de déchirure partielle ou complète, ainsi qu'à une lésion capsulaire au niveau du récessus axillaire avec extravasation du produit de contraste à ce niveau. Le Dr H_____ relève qu'il était possible que la patiente ait étiré les structures postérieures et inférieures de son épaule aboutissant à une déchirure du récessus capsulaire inférieur et à un étirement possible de son nerf axillaires et peut-être de son petit rond, ce malgré ce que démontrait l'arthro-IRM. Suite à cette hypothèse, la recourante a consulté un neurologue. Le Dr I_____ conclut que l'examen myographique réalisé au membre supérieur droit n'a mis en évidence aucun signe de dénervation de distribution radiculaire. En avril 2007, le Dr D_____ constate que les bilans complémentaires et l'examen neurologique ne mettent en évidence aucune lésion particulière; l'examen par le Dr H_____ confirme la fonction normale de l'épaule droite, ce qui a été constaté à l'agence lors de l'examen de décembre 2006. Il n'y avait donc pas lieu de modifier ses précédentes conclusions. En juin 2007, le Dr K_____ relève que la symptomatologie douloureuse décrite par la patiente reste difficile à expliquer en l'absence d'une lésion traumatique objectivable. La démarche diagnostique a été suffisante pour exclure une lésion traumatique provoquant les douleurs décrites. La seule anomalie ressortant de la résonance magnétique consiste en une très discrète tendinopathie du tendon du muscle sus-épineux, mais on ne retrouvait aucune corrélation à l'examen clinique. Il se trouve donc en face d'un syndrome douloureux chronique important à plus d'une année d'un traumatisme mineur qui a fortement choqué la patiente. Il faut penser à une composante fortement non somatique de la symptomatologie présentée par l'assurée. En mars 2008, l'arthroscopie ne met en évidence aucune lésion des différents tendons de la coiffe des rotateurs. Le ligament gléno-huméral inférieur révèle une insertion sur la partie inférieure de la tête humérale largement au-delà de son insertion physiologique au ras du cartilage. A la lecture de ces rapports médicaux, l'on constate tout d'abord que jusqu'en janvier 2007, il n'est pas fait mention d'atteinte à l'épaule droite et ce n'est qu'à cette époque que le Dr F_____ diagnostique un conflit sous-acromial droit, sur probable rupture de tendon de sus-épineux. Avant cette date, aucune symptomatologie concernant l'épaule droite n'est signalée ou diagnostiquée ce qui laisse supposer que le conflit sous-acromial droit n'est pas d'origine traumatique mais dégénérante comme l'a constaté le Dr D_____. Ce médecin relève également que la fonction des épaules est normale, en décembre 2006. Par la suite, le Dr K_____ constate aussi que la démarche diagnostique a été suffisante pour exclure une lésion traumatique provoquant les douleurs décrites. Quant au Dr J_____, il ne met pas non plus en évidence de lésion traumatique. Enfin, il convient de relever que le Dr D_____ a convaincu le Tribunal de céans par ses explications, confirmées notamment par le Dr K_____, selon lesquelles dans le cas présent, le radiologue a décrit la lésion de type dégénératif

A/2088/2007 - 12/13 - (conflit sous-acromial avec éperon irrégulier de la surface inférieure de l'acromion), mais sans autre dommage tendineux ou capsulo-ligamentaire identifié et qu'aucune déchirure tendineuse, musculaire, ligamentaire, capsulaire n'a été identifiée pouvant être d'origine traumatique et expliquer une symptomatologie en relation avec l'accident. Ainsi, il convient de constater que les troubles de l'épaule droite présentés par la recourante ne découlent pas de l'accident de juin 2006. Enfin, la causalité naturelle étant

niée, il est superfétatoire d'examiner la causalité adéquate. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la SUVA a cessé de verser des indemnités journalières le 28 février 2008.

E. 8

Le recours, mal fondé, doit donc être rejeté. La recourante qui succombe n'aura pas droit à des dépens.

A/2088/2007 - 13/13 -

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