

GE_GERICHTE ATAS/1189/2008 vom 21. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1189_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1189/2008 du 21 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1189/2008 del 21 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'événement survenu le 7 juillet 2004, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 29 janvier 2008 a été reçue par la recourante le lendemain et le délai a commencé à courir le surlendemain (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours mis à la poste le 28 février 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si la ZURICH était fondée, par sa décision sur opposition du 29 janvier 2008, à supprimer dès le 7 juillet 2005, le droit de la

A/664/2008 - 7/13 - recourante à la prise en charge des frais de traitement pour les suites de l'accident du 7 juillet 2004.

E. 5

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance, y compris les frais et les 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 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 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. 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 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, 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. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). 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) (cf. ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents était tenu de prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident.

A/664/2008 - 8/13 - c) De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, 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 requis en matière d'assurances sociales. 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 suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3; ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). 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; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème édition, no 141). d) On rappellera encore que, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, ATF non publié, U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF non publié du 25 mars 2008, dans la cause 8C_233/2007, consid. 2 et la référence). L'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (FRESARD/MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes- verwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 87 et les références).

E. 6

Les ruptures et déchirures de la coiffe des rotateurs figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (ATF 123 V 43). Selon l'alinéa 1er de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

A/664/2008 - 9/13 - La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureur-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. 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 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites. On précisera que dans le cadre de l'art. 9 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. ATF non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

E. 7

a) En l'espèce, il est constant et n'est pas contesté que la recourante a subi une contusion de la partie supérieure gauche du corps lors de la chute du 7 juillet 2004. Une IRM de l'épaule gauche pratiquée au mois de décembre 2004 a par ailleurs révélé une modification compatible avec une tendinite du sus-épineux associée à des lésions intratendineuses et une possible déchirure focale de la surface inférieure. Il n'y avait pas de lésion transfixiante ni de rupture complète. Selon le Dr Q_____, médecin au département d'orthopédie du CHUV, cet examen montrait une lésion de la coiffe antérieure, avec une rupture partielle du tendon, un remaniement du tendon, mais pas d'involution graisseuse majeure du muscle sus-épineux, ce qui militait pour une origine traumatique. Le Dr M_____,

rhumatologue traitant, a quant lui retenu que la déchirure du tendon n'avait pas été totale, mais qu'il y avait eu lésion post-traumatique du tendon. La Dresse P _____ a en revanche exposé, dans son rapport du 16 mai 2006, que l'IRM avait montré des irrégularités du sus-épineux, sans grande signification clinique. Elle a toutefois précisé, dans un courrier du 23 mai 2008, que selon elle les lésions dégénératives de coiffe étaient connues pour être extrêmement fréquentes dès la quarantaine, et pour être asymptomatiques même si elles préexistaient à des chocs ou chutes qui ne faisaient que révéler la chose. Selon elle, une minime lésion n'entraînait pas d'invalidité au long cours. Une petite lésion du sus-épineux évaluée comme petite déchirure partielle pouvait tout aussi bien être dégénérative qu'accidentelle.

A/664/2008 - 10/13 - b) A la lecture de ces rapports, il apparaît que tous les médecins consultés ont admis la présence d'une lésion tendineuse du sus-épineux, même si minime selon la Dresse P _____. Cela étant, les Drs Q _____ et M _____ sont d'avis que cette lésion serait d'origine traumatique, alors que selon la Dresse P _____, elle serait plutôt d'origine dégénérative, un choc direct contre un bac à fleurs ne provoquant pas en général de déchirure, vu l'absence d'un mécanisme de mouvement en force ou de rattrapage. En réalité, point n'est nécessaire de savoir si l'événement accidentel était à lui seul propre à provoquer les lésions observées. En effet, l'art. 9 al. 2 OLAA tend précisément à éviter d'avoir à distinguer, dans chaque cas de lésion tendineuse, entre déchirures d'origine accidentelle et dégénérative. En l'espèce, un facteur extérieur – la chute du 7 juillet 2004 – a pour le moins déclenché les symptômes douloureux. Il convient donc d'admettre que l'on est en présence d'une lésion assimilée. En tout état de cause, force est de constater que l'intimée a pris en charge le cas, en servant l'indemnité journalière jusqu'au mois d'octobre 2004 et en remboursant les frais de traitement jusqu'en juillet 2005.

E. 8

a) Il reste à examiner si l'intimée était fondée à arrêter le versement des prestations dès le 7 juillet 2005, au motif que le statu quo était atteint.

b) A cet égard, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état (ATF non publié du 23 août 2007, U 402/05, consid. 5.2). Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (voir par exemple l'ATF non publié du 17 juin 2002, U 252/01). Le simple espoir d'une amélioration à plus ou moins long terme ne suffit pas pour fonder le droit à la poursuite d'un traitement déterminé (ATF non publiés du 16 août 2007, U 104/06, et 6 mars 2007, U 254/06, consid. 6.3, ainsi qu'ATFA U 158/05, du 8 août 2005 ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1984, p. 274). Il en va de même de la persistance de douleurs si l'on ne peut attendre du traitement une amélioration sensible (GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 72, avec un renvoi à la jurisprudence). c) En l'espèce, s'agissant des traitements prodigués suite à l'événement du 7 juillet 2004, la Dresse L _____ a fait état de séances de physiothérapie et de traitements antalgique et anti-inflammatoire. En juin 2005, le Dr M _____ a exposé qu'il y avait une très nette amélioration de la mobilité et des douleurs à l'épaule, grâce à la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. Au mois de novembre 2005, le Dr M _____ précisait encore que, conformément à son rapport du mois de juin, l'évolution sous physiothérapie avait été celle habituellement rencontrée, mais qu'on pouvait s'attendre à des douleurs séquellaires de l'épaule. La Dresse

de P_____ a quant à elle affirmé que l'assurée n'avait plus été traitée à l'épaule gauche en 2005. Enfin, le Dr Q_____ a fait état, en 2008, de la nécessité de poursuivre l'administration

A/664/2008 - 11/13 - d'antalgiques et aux séances de physiothérapie, l'éventualité d'une arthroscopie étant évoquée comme une possibilité si la limitation fonctionnelle devait s'aggraver.

d) Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans constate que le cas de l'assurée n'a fait l'objet que de traitements conservateurs. Au 25 mai 2005, ces soins, à savoir des séances de physiothérapie, des infiltrations ainsi que l'administration de médicaments antidouleurs, avaient permis une très nette amélioration de la mobilité et de la symptomatologie douloureuse (rapport du Dr M_____ du 6 juin 2005), sans toutefois conduire à une disparition complète des douleurs à l'épaule gauche, qui s'étaient déjà manifestées avant l'accident (cf. rapport du Dr Q_____ du 29 avril 2008, page 1 ; rapport de la Dresse L_____ du 10 décembre 2004 : « il s'agit d'un problème réapparu dans le cadre d'un traumatisme »). On peut ainsi considérer, qu'il n'y avait plus aucune raison médicale objective de penser, en juillet 2005, que la poursuite de ces traitements était propre à entraîner une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Cette solution est corroborée par les rapports du Dr M_____, qui a fait état de douleurs séquellaires permanentes et qui, au titre de traitements, n'a évoqué que des séances de physiothérapie épisodiques (cf. courrier du 28 septembre 2007 au mandataire de la recourante ; rapports de juin et de novembre 2005). D'ailleurs, même si le Dr Q_____ a estimé que le statu quo n'était pas atteint en 2008, ses propositions thérapeutiques concrètes s'inscrivent elles aussi dans le cadre de la poursuite de traitements antalgiques, l'intervention chirurgicale étant uniquement évoquée comme une simple possibilité dans l'hypothèse d'une péjoration. Dans ces conditions, force est de constater qu'une année après l'événement du 7 juillet 2004, il n'y avait plus lieu de s'attendre à une amélioration de l'état de santé par la poursuite des traitements conservateurs. Ainsi, au 7 juillet 2005, le traitement médical pour les suites de l'accident pouvait être considéré comme terminé, la recourante ne prétendant d'ailleurs pas le contraire, aucune conclusion concrète visant à la prise en charge d'un traitement spécifique postérieurement à cette date n'étant formulée par elle dans ses écritures. Enfin, la recourante ne saurait prétendre à ce que l'intimée ne mette pas un terme à la prise en charge des frais de traitement, au seul motif qu'il existe une possibilité théorique qu'en cas d'aggravation de la symptomatologie une arthroscopie puisse s'avérer nécessaire. A cet égard, il sied d'observer que l'arrêt de la prise en charge des prestations légales ne préterite pas les droits de la recourante en cas d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives. En tant qu'elle met un terme à la prise en charge des frais de traitement après le 7 juillet 2005, la décision dont est recours mérite d'être confirmée et le recours rejeté.

E. 9

Tant le Dr M_____ que le Dr Q_____ font état d'une atteinte durable à l'intégrité physique, qui serait susceptible de conduire au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'entre toutefois en ligne de compte que si le traitement médical est terminé (cf. art. 24 al. 2 LAA), ce qui est précisément le cas en l'espèce, comme il vient d'être exposé. La Dresse P_____ a aussi

A/664/2008 - 12/13 - reconnu qu'au moment de son expertise, les symptômes étaient assez sévères et que l'épaule gauche était certainement nettement plus limitée que l'épaule droite

qui n'avait pas été contuse (rapport du 16 mai 2006, p. 2 in fine). L'intimée n'a toutefois pas examiné, ni même évoqué, la question de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) dans la décision dont est recours, en se bornant à rejeter l'ensemble des prétentions. Sur ce point, le recours doit ainsi être admis et le dossier transmis à l'intimée pour qu'elle examine le droit de la recourante à une IPAI au sens des art. 24 ss LAA.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 800 fr.

A/664/2008 - 13/13 -

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