

GE_GERICHTE ATAS/1313/2010 vom 20. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1313_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1313/2010 du 20 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1313/2010 del 20 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).

E. 3

L'objet du recours porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 30 avril 2010. Il s'agira de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant à ce moment-là et l'événement du 3 décembre 2008.

E. 3.2

et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). b/aa) 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1,

119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). b/bb) 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 impotents 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 ses 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. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement

A/3046/2010 - 10/15 - 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. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. not. 8C_552/2007 du 17 février 2008 consid. 2). 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 le 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 n° U 363 p. 46). b/cc) 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 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004). c) 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). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

E. 4

a) 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.

A/3046/2010 - 9/15 - Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le

droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid.

E. 5

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

A/3046/2010 - 11/15 - médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) 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. Ainsi, 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). d) S'agissant de la valeur probante des 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 ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

A/3046/2010 - 12/15 - l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

Le recourant soutient que ses troubles actuels sont toujours en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2008, ce qui est nié par l'intimée.

E. 7

a) En l'espèce, pour supprimer le droit du recourant aux prestations dès le 30 avril 2010, l'intimée s'est essentiellement fondée sur les rapports du Dr P_____. Celui-ci a retenu, dans son appréciation du 4 juin 2009, qu'aucune lésion traumatique n'avait pu être pu être identifiée au niveau de l'épaule gauche suite à l'événement traumatique du 3 décembre 2008. De plus, eu égard notamment au laps de temps écoulé depuis lors et de l'absence d'atteinte neurologique mise en évidence par le Dr O_____, il a estimé que s'agissant de la contusion de l'épaule gauche, le statu quo sine avait été atteint, au plus tard six mois après l'événement du 3 décembre 2008. En outre, suite aux radiographie, arthrographie et arthroscanner effectués au mois de mars 2010, ce médecin a confirmé ses conclusions par rapport du 12 avril 2010. Il est vrai que l'analyse du médecin d'arrondissement de l'intimé est succincte, toutefois, elle se fonde sur le dossier médical du recourant, lequel comprend tous les éléments permettant de se prononcer sur le lien de causalité. En effet, ce médecin s'est basé sur les divers rapports du Dr L_____, sur l'expertise du Dr M_____ du 21 mars 2009, sur le rapport médical du Dr O_____ du 18 mai 2009 ainsi que sur les résultats des examens radiologiques effectués durant les mois de septembre 2008, mars 2009 et mars 2010, lesquels n'avaient révélés aucune lésion traumatique, mais uniquement des troubles dégénératifs. De plus, l'évolution des plaintes du recourant, lesquelles résultent essentiellement des rapports du Dr L_____, a également été prise en considération par le Dr P_____. Enfin, celui-ci s'est clairement exprimé sur le lien de causalité naturelle et ses explications concernant la description et les interférences médicales sont suffisantes pour apprécier la situation du recourant. Ses rapports répondent dès lors aux exigences permettant de leur reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence. On ajoutera qu'au regard de la jurisprudence (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d), le Dr P_____ pouvait renoncer à examiner l'assuré personnellement puisque le dossier de ce dernier comportait suffisamment de rapports médicaux établis sur la base d'examens cliniques. b) Les rapports du Dr P_____ sont corroborés par l'appréciation du 2 juillet 2010 du Dr S_____, qui a estimé que le statu quo sine était atteint, avec une vraisemblance prépondérante, au plus tard six mois après la simple contusion du 3 décembre 2008, et ce en l'absence de nouvelle lésion structurelle. De plus, la prothèse d'épaule était, d'après lui, uniquement nécessaire en raison de l'arthrose avancée préexistante due à une luxation ancienne et aux opérations, qui en ont résulté.

A/3046/2010 - 13/15 - En outre, il sied de relever que les conclusions du rapport d'expertise du Dr M_____ viennent également confirmer celles du Dr P_____. En effet, il a clairement conclu que certes les suites directes de l'événement du 3 décembre 2008 devaient être prises en charge par l'assureur-accidents, mais que la prothèse de l'épaule

gauche devait être posée en raison d'un état dégénératif évolué, lequel résultait des suites des luxations récidivantes existantes depuis les années 1983 à 1985, et non en raison des suites accidentelles de décembre 2008. c) Le recourant fait valoir que les rapports de son médecin traitant, le Dr L_____, permettent de douter du bien-fondé des conclusions du Dr P_____. En effet, le Dr L_____ a retenu que l'accident avait entraîné une pseudoparalysie de son épaule gauche, laquelle présentait depuis lors une impotence fonctionnelle et une vraisemblable lésion de la coiffe des rotateurs. A cet égard, on peut relever que l'arthrographie, réalisée en date du 31 mars 2010, n'a pas mis en évidence de fissure ou de rupture sur la coiffe des rotateurs. En outre, dans son dernier rapport daté 16 juin 2010, le Dr L_____ soutient finalement que l'accident de décembre 2008 n'avait provoqué que peu de lésions, soit uniquement une minime fissure du sus épineux, laquelle nécessitait la mise en place d'une prothèse de l'épaule. Toutefois, il convient de remarquer qu'avant même la découverte de cette fissure, les médecins s'accordaient pour poser l'indication d'une prothèse de l'épaule, et ce en raison des importants troubles dégénératifs dont souffrait le recourant. Qui plus est, le Dr S_____ s'est exprimé à ce sujet, en expliquant que la fissure était une altération dégénérative fortuitement constatée sans signification clinique et sans rapport avec l'accident. Enfin, le fait que le médecin traitant du recourant conclut que les troubles préexistants étaient devenus invalidants après l'accident, sans toutefois motiver son point de vue, revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Eu égard à ce qui précède, les éléments ressortant des rapports du Dr L_____ ne sauraient remettre en cause les conclusions convaincantes du Dr P_____. d) Ainsi, il y a lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les troubles présentés par le recourant postérieurement au 30 juin 2009 ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 3 décembre 2008. Au demeurant, au vu des rapports convaincants des médecins de la SUVA, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise comme le réclame le recourant (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les arrêts cités).

A/3046/2010 - 14/15 -

E. 8

Pour le surplus, le rapport de causalité naturelle ayant été nié, il n'y pas lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant au-delà du 30 juin 2009 et l'événement de décembre 2008.

E. 9

Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit du recourant à des prestations d'assurance dès le 30 avril 2010. Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté.

A/3046/2010 - 15/15 -