

## **GE\_GERICHTE ATAS/1356/2008 vom 26. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1356\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1356_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1356/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1356/2008 del 26 novembre 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a formé opposition le 13 août 2007, concluant à la prise en charge par la SUVA des suites de l'événement du 26 octobre 2006 au-delà du 30 novembre 2006.

#### **E. 12**

Le Dr L\_\_\_\_\_ a procédé à un complément d'appréciation en date du 30 août 2007, précisé que les examens radiologiques, y compris l'échographie de l'épaule droite, n'avaient permis d'objectiver que des lésions de type exclusivement dégénératif et confirmé ses appréciations antérieures.

#### **E. 13**

Par décision du 10 septembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, se fondant principalement sur l'examen clinique effectué par le Dr L\_\_\_\_\_, le

#### **E. 14**

L'assuré, représenté par son mandataire, interjette recours en date du 11 octobre 2007. Il conteste les conclusions de la SUVA et précise que le 14 novembre 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ l'a examiné pour un examen final concernant deux accidents dont il avait été victime auparavant, soit un traumatisme du pied droit en 1991 avec une rechute en date du 21 janvier 2006, pour lequel il était au bénéfice d'une rente SUVA de 60%, et une rechute de l'accident du 24 août 2004 où l'assuré avait marché sur des morceaux de verre, pieds nus. Il relève également que lors de cet examen, il n'a pas été fait mention des troubles liés à l'événement du 26 octobre 2006. Il indique au surplus souffrir actuellement de fortes douleurs à l'épaule et à la main droites et produit divers rapports médicaux attestant plusieurs incapacités de travail. Il rappelle qu'un entretien a eu lieu dans les bureaux de la SUVA - Genève en date du 29 mars 2007, lors duquel il a précisé les circonstances et le déroulement de l'accident; il allègue être tombé de tout son poids sur sa jambe droite et sur son épaule droite ainsi que sur ses deux mains. Le recourant fait valoir qu'en date du 3 A/3821/2007 - 4/11 - mai 2007, une échographie de l'épaule droite a été effectuée à la demande du Dr N\_\_\_\_\_ par le Dr O\_\_\_\_\_, dont le bilan est une rupture de coiffe. Il produit un résumé du suivi neurologique établi par le Dr M\_\_\_\_\_ en date du 4 octobre 2007, aux termes duquel il présente des troubles dégénératifs acquis au cours des années, mais dont les douleurs ont été déclenchées par la chute. Lors des consultations de novembre 2006, des paresthésies de la main droite étaient signalées, mais l'attention sur le canal carpien ne s'est portée qu'en fin d'année lorsque les problèmes cervicaux et de l'épaule étaient en amélioration, de sorte que l'on peut incorporer la décompensation du tunnel carpien dans l'accident en question. Le recourant a produit encore un certificat établi le 8

octobre 2007 par le Dr P\_\_\_\_\_, du Centre de chirurgie et thérapie de la main, dont il résulte qu'il a présenté une compression du nerf médian au carpe, traitée par neurolyse le 27 février 2007. Ce médecin considère que l'on peut admettre que le traumatisme initial (chute sur les mains en extension en octobre 2006) a joué un rôle dans le déclenchement de cette compression et que la neurolyse pratiquée découle directement du traumatisme. Le Dr N\_\_\_\_\_, atteste dans un certificat du 8 octobre 2007 que l'événement traumatique a contribué à décompenser les lésions, à savoir une rupture partielle du tendon sus-épineux. Le recourant conclut à la prise en charge des prestations par l'assurance au-delà du 30 novembre 2006, d'une part parce que la SUVA a admis sa responsabilité ainsi que l'existence d'un événement accidentel et d'autre part parce que les atteintes sont bien la conséquence de l'accident en question.

#### **E. 15**

Dans sa réponse du 13 décembre 2007, la SUVA rappelle que le Dr L\_\_\_\_\_ a pu examiner l'assuré quelques deux semaines à peine après sa chute du 26 octobre 2006 et qu'il s'est longuement entretenu avec lui de ses problèmes de santé et des troubles entravant sa capacité de travail. Or, l'assuré n'a pas exprimé ses plaintes récentes. Par ailleurs, les troubles dégénératifs acquis au cours des années n'appartiennent pas au traumatisme récent, dès lors que les examens radiologiques et l'échographie n'ont pas permis d'objectiver que des lésions de type exclusivement dégénératif, ainsi que le Dr M\_\_\_\_\_ l'a constaté lui-même. La SUVA conclut au rejet du recours.

#### **E. 16**

Lors de la comparution personnelle des parties du 30 avril 2008, le recourant a indiqué que la déclaration d'accident a été faite par son épouse et précisé qu'il avait été déséquilibré en descendant l'escalier, qu'il s'était retenu des deux mains mais plus particulièrement de sa main droite et que son épaule avait tapé contre le bas du mur. Son médecin traitant, consulté le lendemain, l'avait envoyé chez le Dr M\_\_\_\_\_. Les douleurs cervicales se sont estompées fin décembre 2006 - début janvier 2007. L'échographie de l'épaule droite de mai 2007 avait conclu à une probable rupture partielle de la coiffe des rotateurs. Il a encore précisé avoir été étonné que le Dr L\_\_\_\_\_ ne lui ait posé aucune question sur l'accident du 29 octobre 2006 alors qu'il l'avait déclaré à la SUVA.

A/3821/2007 - 5/11 - L'intimée a relevé, quant à elle, que le recourant n'avait émis aucune plainte lors de la consultation finale et qu'il a donné trois versions de l'accident. Elle a rappelé encore que l'IRM de novembre 2006 n'avait pas objectivé de lésions traumatiques de l'épaule droite et que l'échographie de mai 2007 avait mis en évidence une probable lésion du sous-épineux. Le problème du poignet n'était pas forcément dû à l'accident en raison de l'absence de contusion. Le recourant a admis avoir fait une erreur dans la déclaration et demandé que la SUVA prenne en charge le cas jusqu'à fin décembre 2006.

#### **E. 17**

Dans le délai qui lui avait accordé à l'issue de l'audience précitée, l'intimée a refusé la proposition du recourant et persisté dans ses conclusions.

#### **E. 18**

Par courrier du 21 mai 2008, le recourant a sollicité l'audition de ses médecins traitants, les Drs M\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.

#### **E. 19**

Par télécopie du 28 mai 2008, l'intimée a demandé, dans l'hypothèse où une suite favorable était donnée à la requête du recourant, que soit entendu le Dr L\_\_\_\_\_.

## **E. 20**

Après communication de cette télécopie au recourant, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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'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. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

A/3821/2007 - 6/11 - 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assureur-accidents au-delà du 30 novembre 2006. 5. 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. 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) 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. 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 129 V 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). 6. a) En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'intéressé et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b).

A/3821/2007 - 7/11 -

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 imputés 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 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. 7. a) 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 LPG), 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Celui-ci peut également accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs

A/3821/2007 - 8/11 - 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. Etant 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 du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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). c) 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). d) Enfin, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1). 8. En l'espèce, l'intimée considère que, lors de l'examen clinique du 14 novembre 2006 par le Dr L \_\_\_\_\_, le recourant ne présentait plus de troubles en lien avec l'accident du 26 octobre 2006 et qu'il se justifiait de mettre fin à ses prestations au 30 novembre 2006. Cette conclusion résultait en particulier du fait que le recourant n'avait pas évoqué, lors de cet examen, les lésions causées par l'accident qui avait eu lieu peu de temps auparavant et qu'aucune lésion traumatique n'avait été révélée par les examens radiologiques notamment la radiographie de l'épaule droite du 12 décembre 2006; seuls des troubles dégénératifs importants avaient été mis en évidence. L'appréciation de l'assurance-accidents est contestée par le recourant qui relève que l'échographie de l'épaule droite du 3 mai 2007 a conclu à une probable rupture partielle de la coiffe des rotateurs. Il produit un résumé et deux certificats de ses médecins traitants, les Drs M \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et

A/3821/2007 - 9/11 - N \_\_\_\_\_, qui considèrent que l'événement traumatique du 26 octobre 2006 a très vraisemblablement contribué à décompenser les troubles dégénératifs à l'épaule droite et au poignet droit. Même si en règle générale il convient d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c), il sied de considérer, en l'occurrence, que la déclaration de sinistre, remplie par l'épouse de l'assuré, était lacunaire et doit être complétée par les explications données ultérieurement par celui-ci et faisant état d'un choc direct sur l'épaule et la main droites lors de sa chute dans les escaliers. Il n'y a en effet aucune raison de ne pas donner foi aux déclarations du recourant qui n'ont pas varié contrairement à ce qu'affirme l'intimée. L'événement du 26 octobre 2006

constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA - comme l'intimée l'a d'ailleurs reconnu - et il existe donc bien un lien de causalité adéquate entre celui-ci et les atteintes à l'épaule et à la main droites ainsi qu'à la colonne cervicale. S'agissant du lien de causalité naturelle, il est incontestable que la chute a déclenché chez le recourant une symptomatologie douloureuse au niveau de la nuque, de l'épaule et du poignet droits. Au vu des pièces du dossier, il existait certes des atteintes dégénératives qui étaient alors asymptomatiques mais qui ont été aggravées par l'accident. L'intimée a d'ailleurs admis, sur opposition de l'assuré, l'existence d'un lien de causalité naturelle et a pris en charge les conséquences de l'accident pour une durée limitée. Reste à examiner si et, dans l'affirmative, à partir de quand les atteintes dont souffre le recourant ont cessé d'être en lien avec l'accident, en d'autres termes à partir de quel moment le statu quo sine a été atteint. Selon l'intimée, tel était déjà le cas lors de l'examen clinique du recourant du 14 novembre 2006. S'il est vrai que les rapports émanant des médecins des assureurs peuvent en principe se voir reconnaître une pleine valeur probante, il n'en demeure pas moins que ceux-ci doivent notamment aboutir à des résultats convaincants et que leurs conclusions doivent être sérieusement motivées. En outre, selon la jurisprudence, les rapports établis sur la base du dossier ne peuvent avoir une valeur probante que si celui-ci contient suffisamment d'appréciations médicales elles-mêmes fondées sur un examen personnel de l'intéressé. Or, tel n'est pas le cas des appréciations médicales du médecin d'arrondissement de la SUVA relatives à l'accident du 26 octobre 2006. En effet, tant l'appréciation du 17 avril 2007 que son complément du 30 août 2007, ne sont fondés que sur le dossier lui-même constitué de quelques radiographies et de deux formulaires de rapport médical LAA du Dr M \_\_\_\_\_ ainsi que d'une appréciation médicale avec examen clinique de l'intéressé relative à des événements accidentels antérieurs. Les conclusions du médecin d'arrondissement ne sont pas motivées et sont par ailleurs remises en cause par les

A/3821/2007 - 10/11 - rapports et appréciations des trois médecins du recourant. La valeur probante des rapports du médecin de l'assureur-accidents doit dès lors être déniée. En raison de l'absence de pièces médicales pertinentes, l'intimée n'était pas en mesure d'apprécier l'existence d'un lien de causalité naturelle postérieurement au 14 novembre 2006 et aurait dû instruire le dossier sur le plan médical. Ce défaut d'instruction justifierait le renvoi du dossier à l'intimée par le Tribunal de céans pour instruction complémentaire. Toutefois, il sied de relever qu'à l'issue de l'audience de comparution personnelle du 30 avril 2008, le recourant a accepté de réduire ses prétentions découlant de l'événement du 26 octobre 2006 en limitant sa demande de prestations au 31 décembre 2006. Il a par ailleurs produit trois appréciations médicales desquelles il résulte que les atteintes à la santé du recourant déclenchées ou aggravées par l'accident étaient encore présentes au début de l'année 2007. Ainsi, le Tribunal de céans considère qu'il a été établi avec un degré de vraisemblance prépondérante que le lien de causalité naturelle n'a pas cessé d'exister en novembre 2006, comme le soutient l'intimée, mais a persisté à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2006. 9. Les conclusions du recourant, limitées à l'issue de l'audience de comparution personnelle à l'octroi des prestations jusqu'au 31 décembre 2006, seront admises. La décision de l'intimée est annulée, celle-ci étant condamnée à verser les prestations découlant de l'accident du 26 octobre 2006 jusqu'au 31 décembre 2006. 10. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixées en l'espèce à 1'500 fr.

A/3821/2007 - 11/11 -

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