

GE_GERICHTE ATAS/139/2014 vom 3. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_139_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/139/2014 du 3 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/139/2014 del 3 febbraio 2014

Erwägungen

E. 38

Le 18 septembre 2012, l'assuré a maintenu son opposition par l'intermédiaire d'AXA. Il a souligné que les inexactitudes dans l'anamnèse de l'expertise du Dr C_____, relevées par le Dr A_____, avaient une incidence sur l'appréciation du cas et remettaient en cause les conclusions du Dr C_____. En effet, il ressortait du dossier médical, en particulier des indications du médecin traitant, que l'assuré avait consulté son médecin rapidement après l'accident pour des douleurs qui étaient apparues à cette occasion et que cet évènement avait causé une impotence fonctionnelle mentionnée lors de la première consultation. Le Dr C_____ faisait valoir que les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes à l'âge de l'assuré. Toutefois, les lésions touchaient le membre supérieur gauche, alors que l'assuré était droitier. Par ailleurs, ce dernier ne présentait aucune lésion dégénérative à droite, alors même que le membre était plus sollicité, et qu'il ne pratiquait pas de sport ou d'autre activité qui pourraient favoriser une usure prématurée de la coiffe des rotateurs. Il n'y avait pas d'état maladif antérieur. Il n'existait donc aucun élément documenté permettant d'affirmer que le lien de causalité entre l'accident du 12 décembre 2008 et les troubles actuels n'existait plus.

E. 39

Le 14 mai 2013, l'assuré a recouru, par l'intermédiaire d'AXA, en déni de justice contre l'assurance, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Lausanne. Il a conclu à ce qu'il soit ordonné à l'assurance de rendre une décision sur opposition suite à son opposition du 30 juillet 2012, complétée le 18 septembre 2012, dans le délai qu'il laissait le soin au Tribunal de fixer.

E. 40

L'assurance a répondu le 21 juin 2013. Elle s'est engagée, à faire le nécessaire d'ici au 8 juillet 2013.

E. 41

Le 5 juillet 2013, l'assurance a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 6 juillet 2012. Elle a souligné qu'il n'y avait aucune indication, ni facture, au dossier, relative au réel suivi d'un traitement de physiothérapie entre janvier et mars 2009. Le traitement d'ostéopathie n'avait débuté que le 30 mars 2009, soit près de trois mois et demi après l'accident. Aucun élément du dossier n'étayait le fait que l'assuré ne présentait aucune lésion dégénérative à droite. De plus, le fait que le bras de l'assuré se soit trouvé au final en position de légère abduction lors de sa chute n'impliquait pas, ipso facto, que l'évènement ait provoqué une abduction violente contre résistance. Les griefs formulés à l'égard de l'anamnèse effectuée par le Dr C_____ n'étaient pas fondés, le fait qu'il ait omis de mentionner la première consultation du 18 décembre 2008 ne changeant rien au fait

que les plaintes formulées par l'assuré étaient parfaitement banales - les constatations faites par le Dr A_____ allant du reste dans le même sens - et qu'aucun élément ne permettait de considérer comme suffisamment établi que l'évènement avait entraîné une déchirure partielle des tendons sus-épineux et sous- scapulaire, le mécanisme de la chute étant déjà en lui-même impropre à entraîner ce type de lésion. Au reste, dans cette hypothèse, la symptomatologie aurait été dès le départ nettement plus importante qu'une vingtaine de séances d'ostéopathie étalées

A/2848/2013 - 11/22 - sur trois ans. Le fait que l'assuré eût été asymptomatique auparavant, que le membre lésé ne fût pas le membre dominant et que l'assuré ne pratiquât pas d'activités de force (sportives ou autres) ne constituait pas la preuve suffisante du contraire et les conclusions motivées en toute connaissance de cause du Dr C_____ – spécialiste en orthopédie, et en particulier pour les pathologies du membre supérieur – devaient prévaloir sur celles du médecin traitant généraliste.

E. 42

Le 7 septembre 2013, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire d'AXA, auprès de la Cour de céans, dans la mesure où le domicile actuel de l'assuré était situé dans le canton de Genève. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 5 juillet 2013, à ce que l'assurance prenne en charge les frais médicaux postérieurs à la décision du 6 juillet 2012 et accepte de prendre en charge les frais qui pourraient être encore occasionnés par les suites de l'accident, en particulier les séances de physiothérapie et ostéopathie. Par ailleurs, il demandait à ce que la Cour ordonne une expertise visant à établir s'il existait un rapport de causalité entre l'accident du 12 décembre 2008 et les lésions actuelles. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr C_____, sur la base des erreurs et contradictions relevées par le Dr A_____, et le fait que les troubles actuels soient d'origine dégénérative. Il ne s'agissait que d'une hypothèse. Si tel était le cas, les lésions dégénératives auraient très vraisemblablement concerné aussi l'épaule droite, l'assuré étant droitier, alors même que les lésions concernaient exclusivement le membre supérieur gauche. Ni le Dr C_____, ni l'assurance, n'avaient donné de réponse substantielle aux critiques formulées par le Dr A_____, pourtant basées sur des faits, se contentant d'indiquer que l'expertise avait été faite en toute neutralité et de façon consciencieuse. L'assuré n'avait jamais eu le moindre problème à l'épaule gauche avant le traumatisme et il n'y avait pas d'autres facteurs expliquant les douleurs.

E. 43

Le 23 septembre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Lausanne a écrit au recourant pour lui fixer un délai au 3 octobre pour lui indiquer si le recours avait encore un objet.

E. 44

L'intimée a répondu au recours formé devant la Cour de céans le 11 octobre 2013. Elle a conclu à son rejet, dans la mesure où il était recevable. Elle a admis la recevabilité du recours, sous la réserve de la prise en charge des traitements d'ostéopathie postérieurs à la décision du 6 juillet 2012 et non pris en charge par ses soins, ainsi que de traitements du même type éventuellement effectués dans le futur. En effet, s'il était vrai que les ostéopathes au bénéfice de la formation ad hoc étaient autorisés en tant que tels à pratiquer en Suisse, il n'en restait pas moins qu'ils ne faisaient pas partie des professions paramédicales admises à pratiquer aux frais de l'assurance-maladie sociale ne figurant pas

dans la liste exhaustive comprenant les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les logopédistes/orthophonistes et les

A/2848/2013 - 12/22 - diététiciens. Partant, les ostéopathes n'étaient pas non plus admis à pratiquer aux frais de l'assurance-accidents sociale. La prise en charge de tels traitements n'était donc pas une obligation légale pour les assureurs LAA – ce dont le recourant avait été avisé dès le 10 août 2009 – et aucune voie de droit n'était en conséquence ouverte à ce propos. La conclusion du recourant relative à la prise en charge par ses soins de traitements d'ostéopathie était en conséquence irrecevable, quelle que fût la décision de la Cour sur le fond de l'affaire. Elle a également rappelé que les conclusions du Dr C _____ étaient partagées par le Dr B _____, dont la position avait été communiquée au Dr A _____ par courrier du 21 juin 2011. Ce courrier n'avait suscité aucune réaction de ce dernier. La position exprimée par le Dr C _____ n'était nullement un élément isolé du dossier et les quelques détails de l'expertise pointés par le mandataire du recourant étaient insuffisants à en remettre en cause la valeur probante.

E. 45

Le 9 décembre 2013, la Cour de céans a invité l'intimée à lui indiquer comment elle avait apprécié la conclusion de l'IRM du 18 janvier 2012, plus spécifiquement, celle de déchirure partielle des tendons, ainsi que la problématique de la lésion assimilée à un accident.

E. 46

L'intimée a répondu le 10 janvier 2014. Elle a indiqué que s'agissant de l'appréciation des résultats de l'examen IRM, elle ne pouvait que renvoyer sur ce point au rapport du Dr C _____ dans lequel il n'était pas question de déchirure même partielle de tendons. Par ailleurs, ce dernier avait conclu que l'atteinte présentée par l'assuré au niveau de la coiffe des rotateurs n'était pas traumatique et préexistait à l'évènement du 12 décembre 2008, sans qu'il fût démontré que celui-ci eut entraîné une aggravation des lésions tendineuses.

E. 47

Le recourant s'est prononcé le 23 janvier 2014. Il a indiqué que le rapport d'IRM du 18 janvier 2012 ne mentionnait pas d'origine dégénérative de la tendinopathie et faisait état d'une déchirure partielle de tendons du sus-épineux et du sous-scapulaire. Ainsi, les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas d'attribuer ses lésions à une maladie ou une dégénérescence. L'appréciation du Dr C _____ qualifiant la contusion de bénigne se fondait sur l'IRM, mais cette lecture lui semblait partielle. De ce fait, les conclusions que ce dernier tirait par rapport au caractère bénin ou non de l'accident lui apparaissaient contestables, de même que celles concernant le moment où le statu quo était atteint. Il considérait que l'intimée avait échoué dans sa démonstration selon laquelle les lésions subies par l'assuré seraient imputables à une maladie ou une dégénérescence.

E. 48

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

A/2848/2013 - 13/22 - EN DROIT