

GE_GERICHTE ATAS/226/2014 vom 25. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_226_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/226/2014 du 25 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/226/2014 del 25 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

A/3044/2013 - 6/12 -

E. 4

Le litige concerne le droit du recourant à des prestations de l'intimé au-delà du 31 décembre 2010, en particulier sur le lien de causalité entre les troubles subsistants et l'accident. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si, malgré la stabilisation de son état de santé, le recourant présente des séquelles qui sont dues au moins partiellement à l'accident ou si le «statu quo sine vel ante» est atteint. Corollairement, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au vu de sa capacité de travail nulle dans son activité antérieure et entière dans une activité adaptée, ainsi que sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en A/3044/2013 - 7/12 - rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. 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. Tel est le cas lorsque le statu quo ante ou sine est atteint (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). Selon l'art. 36 al.

2 LAA, l'IPAI et la rente d'invalidité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement due à l'accident. Toutefois, en réduisant la rente, on ne tient pas compte d'états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

E. 8

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 à 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 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

A/3044/2013 - 8/12 - habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 9

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 médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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). 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 351 consid. 3b).

E. 10

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative

A/3044/2013 - 9/12 - s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 11

En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil du 20 juillet 2011 et l'arthro-IRM du 27 avril 2011, l'intimée a refusé toute prestation au-delà du 31 décembre 2010 au motif que les troubles résiduels n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident mais avec un trouble dégénératif du tendon du sus-épineux droit. Il convient en premier lieu de rappeler que le rapport du médecin-conseil de l'assurance peut être probant, même sans examen de l'assuré, pour autant qu'il se fonde sur les rapports des médecins qui l'ont examiné et sur les IRM, ce qui est le cas. Reste à déterminer si les conclusions du Dr M_____ sont motivées et convaincantes. Il affirme qu'il ressort de l'IRM du 27 avril 2011 que l'assuré présente un début de petite déchirure sur un autre tendon, de sorte que cela ne peut s'expliquer que par un processus dégénératif. Selon le rapport de l'IRM pratiquée le 3 avril 2009, le tendon sous-épineux et le tendons sus-épineux présentent une surface hétérogène au niveau de l'insertion, ce qui évoque une déchirure partielle. C'est d'ailleurs une déchirure de la face articulaire du tendon sus-épineux sur toute sa largeur qui est confirmée et réparée lors de l'intervention du 2 juillet 2009. L'IRM pratiquée le 28 avril 2010 révèle une récurrence de déchirure du tendon sus-épineux largement transfixiante de 20mm sur 25mm qui est suturée lors de l'intervention du 20 mai 2010, alors que celle du 27 avril 2011 montre en effet une petite déchirure de tendon sous-épineux de 5mm. Sur ce point donc, l'avis du Dr M_____ est fondé, car cette déchirure d'un autre tendon est manifestement sans lien avec l'accident. Ainsi, les frais médicaux liés à la déchirure découverte en avril 2011 ne sont en tout cas pas à la charge de l'assurance. Toutefois, le Dr M_____ s'est borné à se prononcer sur le lien de causalité entre le traitement médical dès le 1er janvier 2011 et l'accident, sans examiner si les limitations fonctionnelles du recourant, dûment constatées par le Dr L_____ et supprimant toute capacité de travail dans son activité antérieure, ainsi que les douleurs traitées par des médicaments, étaient en lien de causalité avec l'accident, nonobstant l'apparition d'un éventuel trouble dégénératif du tendon du sus-épineux droit. A cet égard, le Dr M_____ ne prétend pas que ces limitations seraient dues à la déchirure découverte en avril 2011, minime et n'ayant pas nécessité

A/3044/2013 - 10/12 - d'intervention. Il se contente d'indiquer que l'évolution constatée lors de l'IRM d'avril 2010 est étonnante à 10 mois de la première intervention chirurgicale, sans

indiquer clairement que les lésions alors constatées seraient exclusivement dues à une maladie. Si l'on peut déduire de ses propos et retenir qu'il est vraisemblable que cette deuxième déchirure n'est pas directement causée par l'accident, on ne sait pas si les lésions apparues en avril 2010 sont liées à la première intervention ou s'il s'agit d'une aggravation d'un état maladif dû à l'accident. Au surplus, le Dr M_____ ne se prononce pas sur l'origine des limitations qui persistent. Il n'a ainsi pas déterminé si l'état de santé du recourant au 31 décembre 2010 était 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) ou encore s'il y avait un état maladif préexistant qui aurait été causé ou aggravé par l'accident. En conséquence, les rapports du Dr M_____ ne permettent pas d'établir qu'il n'y aurait plus de lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de l'assuré au-delà du 31 décembre 2010 ou, en d'autres termes, que ces troubles seraient exclusivement dus à un état maladif et ils sont insuffisants pour statuer en toute connaissance de cause sur la clôture du cas. A cet égard, ni les rapports du Dr L_____ ni celui du Dr N_____ ne permettent de trancher ces questions. S'il est vrai qu'ils ne distinguent pas les séquelles de l'accident et d'une éventuelle atteinte dégénérative, le Dr M_____ n'indique pas non plus de façon motivée, contrairement à ce que soutient l'assurance, que la rupture du tendon apparue en avril 2010, qui est probablement due à une affection malade et non pas à l'accident, serait seule responsable de l'ensemble des séquelles, à l'exclusion de l'accident. A défaut d'instruction suffisante sur ces points, il se justifie donc d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette sur pied une expertise de l'assuré, confiée à un spécialiste reconnu, qui devra examiner l'assuré et interroger le Dr L_____ et discuter son avis s'agissant du lien de causalité entre les troubles résiduels et l'accident, et l'expert devra précisément motiver ses réponses aux questions susmentionnées.

E. 12

Cela étant dit, l'assuré ayant recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 6 décembre 2010 selon l'avis convergent des Drs L_____ et M_____, c'est à juste titre que l'assurance a mis un terme au versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2010. Ensuite, l'examen du droit à la prise en charge du traitement médical, du droit à une rente d'invalidité et, le cas échéant, à une IPAI, devra être effectué à l'issue de l'instruction médicale complémentaire précitée. Ce n'est que s'il est confirmé que les troubles au-delà du 31 décembre 2010 sont exclusivement dus à une atteinte dégénérative malade, que celle-ci n'a pas été aggravée par l'accident et qu'il n'y a donc plus de lien de causalité avec celui-ci, que l'assurance pourra alors refuser toute prestation à l'assuré (frais médicaux, rente et IPAI). A défaut, il conviendra de fixer en

A/3044/2013 - 11/12 - application de l'art 36 LAA notamment, les prestations de l'assurance. A propos de l'éventuelle rente d'invalidité, outre le fait que la loi ne prévoit pas de fixer le revenu sans invalidité sur la base d'une évolution de carrière prévisible, sauf dans les cas de l'art. 28 OLAA non réalisés, la spectaculaire évolution de revenu alléguée par l'assuré est invraisemblable, le nombre de poulets rôtis vendus n'augmentant pas avec l'expérience.

E. 13

Ainsi, le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'intimé pour une instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'assuré obtenant partiellement

gain de cause, une indemnité de procédure de CHF 1'200.- lui sera allouée au vu du temps consacré à la cause par son conseil, eu égard aux développements juridiques limités. Au surplus, la procédure est gratuite.

A/3044/2013 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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