

GE_GERICHTE ATAS/233/2018 vom 15. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_233_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/233/2018 du 15 mars 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/233/2018 del 15 marzo 2018

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 - 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

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la rupture du sus-épineux de l'épaule droite, nécessitant une arthroscopie avec acromioplastie et suture du sus-épineux droit, présente un lien de causalité avec l'accident du 15 juillet 2016.

E. 4

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 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. 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). b. 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. 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

A/491/2017 - 8/13 - 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 rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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). d. 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 6

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. 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 LPGA), 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

A/491/2017 - 9/13 - 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). 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, en principe, lorsqu'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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/491/2017 - 10/13 -

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait

statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 8

a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire par le Dr F_____. Selon ce médecin, l'accident a provoqué une rupture du sus-épineux de l'épaule droite. A l'analyse de l'arthro-IRM de cette articulation du 20 octobre 2016, il ne constate aucun signe radiologique typique en faveur d'une atteinte dégénérative de la coiffe. Il y a ni rétraction tendineuse, ni atrophie musculaire, ni aucune lésion dégénérative. Cet examen montre une lésion partielle du sus-épineux et une atteinte traumatique fraîche de l'articulation acromio-claviculaire. L'aspect frais des lésions visualisées sur cet examen et l'absence de signe pouvant évoquer la présence d'une atteinte préalable de la coiffe sont également confirmés par un spécialiste radiologue reconnu, le Dr G_____, auquel l'expert judiciaire a soumis l'IRM. A cela s'ajoute que la nature du traumatisme subi par la recourante, l'absence de symptomatologie douloureuse avant le traumatisme et la récupération extrêmement rapide de la fonction de son épaule, avec une diminution des douleurs dans un délai de quatre mois post-opératoire, sont des signes évidents et documentés dans la littérature médicale, selon l'expert, pour pouvoir affirmer que le traumatisme joue le rôle clé dans l'origine de la pathologie.

b. Cette expertise remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante. En effet, elle a été réalisée en connaissance du dossier médical intégral, notamment les appréciations du Dr E_____, reprend les plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions a priori convaincantes et cohérentes. L'expertise judiciaire est toutefois contestée par l'intimée. Celle-ci reproche en premier lieu à l'expert sa partialité, en ce qu'il a indiqué que « la multitude des informations apportées dans la longue expertise de l'expert à la solde de l'assurance n'est en fait que l'expression de l'argumentaire habituel utilisé par l'assurance- accident pour éviter de devoir prendre en charge de telles situations ». Cependant, de l'avis de la chambre de céans, cette remarque n'est pas suffisante pour conclure à une partialité de l'expert judiciaire. En effet, il expose par la suite pour quelles raisons les assureurs-accidents sont réticents à prendre en charge les lésions de la coiffe des rotateurs. Cela tient au fait que, dès l'âge de quarante ans, tout être humain présente des signes dégénératifs de la coiffe des rotateurs susceptibles de s'exprimer par une déchirure en cas de traumatisme, ou même sans traumatisme. En

A/491/2017 - 11/13 - d'autres termes, l'expert admet qu'il est souvent difficile de faire la part des lésions dégénératives, généralement présentes à partir d'un certain âge, et des lésions subies lors d'un traumatisme, ce qui explique la position des assureurs et le développement d'un argumentaire habituel. En ce que l'intimée fait valoir que l'adage post hoc propter hoc ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité, il sied de relever que l'absence d'une symptomatologie douloureuse avant l'accident peut constituer néanmoins un indice pour une lésion traumatique, même si cette seule constatation n'est pas suffisante pour l'admettre. Toutefois, le Dr F_____ ne s'est pas fondé sur la seule absence d'une symptomatologie douloureuse avant l'accident, mais au contraire sur l'analyse de l'arthro-IRM du 20 octobre 2016. En premier lieu, il constate que cette image ne montre aucun signe radiologique typique en faveur d'une atteinte dégénérative de la coiffe, notamment ni rétraction tendineuse, ni atrophie musculaire. Un autre élément est la récupération extrêmement rapide de la fonction de l'épaule et la diminution des douleurs dans un délai de quatre mois post-opératoire qui sont des signes que le traumatisme a joué le rôle clé dans l'origine de la pathologie. Le Dr E_____ met en cause que le mécanisme

de l'accident ait pu provoquer une rupture du sus-épineux. Il est vrai que le Dr F_____ ne se prononce pas précisément sur ce point. Cependant, il admet implicitement que l'accident a pu causer la lésion en cause. Le Dr D_____ a indiqué à cet égard, dans son courrier du 4 avril 2017 à la chambre de céans, que la rupture du sus-épineux constitue une lésion qui est observée régulièrement après une entorse acromio-claviculaire. En ce que le rapport opératoire ne mentionne pas une déchirure longitudinale du tendon, il convient de relever que celle-ci est visible à l'arthro-IRM. Au demeurant, le Dr D_____ a clairement mentionné dans sa réponse précitée à la chambre de céans la présence d'une déchirure longitudinale du tendon (réponse à la question 4). Quant à l'absence de bords nets du tendon déchiré, supposée par le Dr E_____, la chambre de céans ne voit pas en quoi cela serait un indice pour l'absence d'une lésion traumatique et parlerait plutôt pour une déchirure d'usure par frottement à l'acromion. En effet, à moins de couper un tendon au couteau, il semble plutôt vraisemblable que les bords soient irréguliers en cas de déchirure. S'agissant du conflit sous-acromial qui aurait été présent avant l'accident et qui aurait nécessité l'acromioplastie, il sied de relever que l'IRM du 20 octobre 2016 constate au contraire qu'il n'y a pas de conflit de ce genre. L'intimée semble estimer que le fait que la recourante ait pu reprendre le travail déjà le 8 août 2016 constitue un indice pour une lésion non traumatique. En premier lieu, il convient de relever que la recourante est pharmacienne et qu'elle n'exerce donc pas un métier de force. Ainsi, la présence de douleurs à l'effort n'est pas incompatible avec son activité professionnelle. La présence de douleurs à l'effort et la nuit dans les suites de l'accident, sans évolution après une première amélioration

A/491/2017 - 12/13 - et encore après la reprise du travail, ressort par ailleurs de l'anamnèse de l'expert judiciaire. Le Dr H_____ confirme également que l'évolution a été défavorable sur le plan algique et mécanique après la guérison de l'entorse acromio-claviculaire. En tout état de cause, l'expert judiciaire a eu connaissance de tous les arguments du Dr E_____ et l'intimée n'apporte aucun élément médical nouveau qui aurait été ignoré par l'expert. Cela étant, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter de l'expertise judiciaire, d'autant moins qu'une valeur probante suffisante ne peut être accordée aux avis du Dr E_____, celui-ci n'ayant notamment pas examiné la recourante. Partant, le lien de causalité entre l'accident du 15 juillet 2016 et la rupture du sus-épineux doit être reconnu, si bien qu'il appartiendra à l'intimée de prendre en charge aussi bien l'opération en cause que le traitement médical et l'incapacité de travail y consécutifs.

E. 9

Cela étant, le recours sera admis, la décision annulée et l'intimée condamnée à prendre en charge l'opération du 14 novembre 2016, ainsi que le traitement médical et l'incapacité de travail y consécutifs.

E. 10

La procédure est gratuite.

A/491/2017 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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