

## **GE\_GERICHTE ATAS/247/2017 vom 28. März 2017**

GE Cour de justice, 2017-03-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_247\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_247_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/247/2017 du 28 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/247/2017 del 28 marzo 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

L'assureur a transmis ce courrier, tel qu'il l'a reçu – à savoir la 1ère page seulement – pour raison de compétence à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 2 août 2016, puis, intégralement le 17 août 2016, après que l'assurée le lui a ainsi renvoyé le 11 août 2016.

#### **E. 15**

Par mémoire du 8 septembre 2016, l'assureur a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition. La seule question à examiner était de savoir si l'accident du 6 octobre 2015 était responsable des troubles présentés par l'assurée à son épaule droite au-delà du 31 octobre 2015. Il était établi que la pathologie qu'elle présentait existait depuis 2006 et qu'elle n'avait d'abord pas été opérée en

A/2575/2016 - 5/12 - raison d'un rhumatisme psoriasique, puis l'avait été par le Dr E\_\_\_\_\_ en raison d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite « dégénérative ancienne ». Les motifs exposés par le Dr F\_\_\_\_\_ de ne pas retenir de rapport de causalité au-delà de la fin octobre 2015 étaient clairs et convaincants.

#### **E. 16**

Cette écriture a été transmise à l'assurée le 12 septembre 2016. Cette dernière n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été accordée à cette occasion de présenter des observations. EN DROIT 1. a. 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), 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 est donc donnée en l'espèce, la décision attaquée étant une décision sur opposition d'un assureur-accidents mettant un terme à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé au-delà du 31 octobre 2015 pour l'accident qu'elle a subi le 6 octobre 2015, étant cependant précisé que l'intimé a renoncé à réclamer le remboursement des prestations qu'il a versées en faveur de la

recourante au-delà de cette date. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en

A/2575/2016 - 6/12 - particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5b). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 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. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

A/2575/2016 - 7/12 - 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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 rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du

#### **E. 18**

février 2014 consid. 2.2). c. 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 ; 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 habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est

A/2575/2016 - 8/12 - 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). e. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par

l'assureur-accidents) 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 ou 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). 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 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. 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

A/2575/2016 - 9/12 - résultats convaincants, que leurs conclusions sont 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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/cc). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état

d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, 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). 6. a. En l'espèce, la recourante n'a produit aucun rapport médical à l'appui de son recours, en particulier aucun rapport médical qui infirmerait ou contredirait l'analyse et les conclusions du rapport du médecin-conseil de l'intimé, sur lequel ce dernier s'est fondé pour rendre la décision attaquée. Elle ne conteste par ailleurs pas qu'elle avait des lésions anciennes, mais n'en attribue pas moins à la chute qu'elle a

A/2575/2016 - 10/12 - faite le 6 octobre 2015 dans sa baignoire – représentant un accident – la cause de son atteinte à la santé, à son épaule droite, au-delà du 31 octobre 2015. De surcroît, il n'apparaît pas de contradiction entre les pièces médicales figurant au dossier et le rapporté précité du Dr F\_\_\_\_\_, qui est un spécialiste de la discipline médicale ici pertinente (la chirurgie orthopédique). Aussi la chambre de céans, tenue par la maxime inquisitoire, n'a-t-elle pas de raison d'ordonner des actes d'instruction et, en particulier, d'entendre les ou des médecins ayant examiné la recourante, ni le médecin-conseil de l'intimé. b. Il est établi que le médecin ayant ausculté la recourante le lendemain de l'accident considéré a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite avec limitation de l'abduction et estimé que l'effet sur la capacité de travail n'était que partiel (soit de 50 %) et très temporaire (soit, sous réserve de réexamen de la situation, pour deux semaines). Le médecin généraliste traitant a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle d'abord pour quinze jours supplémentaires, puis encore pour un mois supplémentaire. Le spécialiste auquel il a adressé la recourante, à savoir le Dr E\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, non sans relever qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative dégradée par un traumatisme. Lorsqu'il a estimé, environ un mois plus tard, qu'une opération devait être faite, il a retenu l'indication de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en notant qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative ancienne. c. Bien qu'un rapport chronologique entre un événement et des atteintes à la santé ne suffise pas à le qualifier de rapport de causalité naturelle et le cas échéant adéquate, il n'apparaît pas contestable, en l'occurrence, que le choc physique qu'a eu la recourante lorsqu'elle a glissé dans sa baignoire le soir du 6 octobre 2015 a contribué à faire ressortir les lésions qu'elle avait déjà antérieurement, depuis des années, et à provoquer ou à tout le moins aviver les douleurs associées à ces lésions en même temps qu'à la contusion. Aussi est-ce à juste titre que l'assureur a accepté de prendre en charge le cas au titre de l'assurance-accidents. Il n'en demeure pas moins qu'en termes de vraisemblance prépondérante, ce choc ne saurait être tenu pour la cause naturelle et adéquate de la rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour laquelle la recourante a été opérée le 30 novembre 2015 par arthroscopie, opération qui était indiquée, en réalité depuis

des années, par les troubles dégénératifs anciens dont elle était affectée et pour lesquels, à tort ou à raison, elle n'avait pas encore été opérée en considération d'un rhumatisme psoriasique. Le Dr F\_\_\_\_\_ – qui est spécialiste en la matière de même qu'expert médical certifié, et dont la qualité de médecin-conseil de l'intimé n'amointrit pas la valeur probante à reconnaître à son rapport – a fourni des explications convaincantes à l'appui de la conclusion qu'au moins quinze jours après ledit choc le statu quo sine

A/2575/2016 - 11/12 - était atteint et qu'en conséquence, il n'y avait plus de rapport de causalité naturelle à retenir entre celui-ci et les atteintes à la santé présentées par la recourante. La chambre de céans ne voit pas de raison d'écarter ces motifs, qu'elle rappelle ci- après : La recourante avait une maladie rhumatismale préexistante, des troubles dégénératifs de la même épaule depuis une dizaine d'années. Une action vulnérante (efforts brusques et/ou contusion) n'était pas propre à entraîner une lésion extensive de la coiffe des rotateurs en l'absence de notions d'abduction brusque contre résistance ou de mouvements extrêmes de l'épaule, voire de déboitement, mais de tels événements étaient susceptibles de réactiver la symptomatologie de troubles dégénératifs préexistants. Le médecin ayant ausculté en premier la recourante, le lendemain de l'accident, avait diagnostiqué une contusion et prescrit un arrêt de travail initial à 50 % pour a priori quinze jours. L'arthroscanner et le compte-rendu opératoire faisaient état de lésions touchant plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs, dont certaines étaient antagonistes et donc non susceptibles d'avoir été provoquées simultanément par une action vulnérante simple, mais cette association se retrouvait souvent dans les troubles dégénératifs évoluant sur plusieurs années. Au niveau du sus-épineux, la perte de substance était déjà avancée, avec une rétractation de stade III et un accolement ayant nécessité une ténolyse pour mobiliser le tendon avant de le suturer, ce qui constituait une preuve supplémentaire d'une affection chronique et ancienne. 7. a. Étant mal fondé, le recours sera rejeté. La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 60 let. b LPGA). Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante (art. 60 let. g LPGA), ni à l'intimé.

\* \* \* \* \*

A/2575/2016 - 12/12 - 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.