

# **GE\_GERICHTE ATAS/286/2013 vom 20. März 2013**

GE Cour de justice, 2013-03-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_286\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_286_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/286/2013 du 20 mars 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/286/2013 del 20 marzo 2013

## **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**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans 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).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 16 août 2012 est arrivée pour distribution, le 17 août 2012, à l'office postal du domicile de la recourante. Celle-ci ayant fait garder son courrier par l'office postal

A/2858/2012 - 6/13 - en raison de son absence, ladite décision ne lui a été remise, en définitive, que le 28 août 2012. En vertu de l'art. 38 al. 2bis LPGA entré en vigueur le 1er janvier 2007 et applicable au délai de recours au vu de l'art 60 al. 2 LPGA, une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. Selon la jurisprudence, la partie qui, pendant une procédure, s'absente un certain temps du lieu dont elle a communiqué l'adresse aux autorités, en omettant de prendre les dispositions nécessaires pour que les envois postaux parvenant à cette adresse lui soient transmis, ou de renseigner l'autorité sur l'endroit où elle peut être atteinte, ou encore de désigner un représentant habilité à agir en son nom, ne peut se prévaloir de son absence lors de la tentative de notification d'une communication officielle à son adresse habituelle, si elle devait s'attendre avec quelque vraisemblance à recevoir une telle communication (ATF 119 V 89 consid. 4b/aa; cf. aussi ATF 123 III 492). La présomption - reconnue précédemment par application analogique de la jurisprudence - selon laquelle en cas de demande de garde du courrier comme en cas de remise des envois postaux dans une boîte aux lettres ou une case postale, un envoi recommandé est réputé communiqué le

dernier jour d'un délai de sept jours dès réception du pli par l'office postal du domicile du destinataire (ATF 123 III 492), demeure valable sous l'empire du nouveau droit - désormais par analogie avec l'art. 38 al. 2bis LPGA (ATF 134 V 49 consid. 4). En l'espèce, au vu de ces principes, la décision sur opposition du 16 août 2012 est réputée avoir été reçue sept jours après la première tentative infructueuse de distribution, soit le vendredi 24 août 2012. Partant, le délai de recours a commencé à courir le 25 août 2012 (art. 38 al. 1 LPGA) et est arrivé à échéance le lundi 24 septembre 2012 (art. 38 al. 3 LPGA). Par conséquent, le recours du 20 septembre 2012 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur la suppression par l'intimée de ses prestations à partir du 1er octobre 2011, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les neuf séances de physiothérapie suivies du 27 février au 23 mars 2012 et l'accident du 2 juin 2011.

#### **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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid.

A/2858/2012 - 7/13 - 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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, 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a 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 et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C\_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 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. 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

## **E. 6**

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

A/2858/2012 - 8/13 - doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références). 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 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). 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 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

A/2858/2012 - 9/13 - 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. 7**

En l'espèce, selon les rapport radiologiques des 8 et 18 juillet 2011, l'accident du 2 juin 2011 n'a provoqué ni lésion osseuse, ni lésion articulaire, ni déchirure de la coiffe des rotateurs. Dans sa prescription de physiothérapie du 9 août 2011, le Dr B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs de l'épaule gauche post-traumatiques ce qui constitue la description d'un état et non pas un diagnostic. Dans son rapport du 16 février 2012, il diagnostique une contusion/tendinite de l'épaule gauche. Pour sa part, au vu des divers rapports médicaux, le médecin-conseil de l'intimée pose le diagnostic de contusion. L'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance à partir du 1er octobre 2011, motif pris qu'il existait un état pathologique antérieur et qu'à cette date, l'accident ne jouait plus de rôle dans la persistance des troubles. Elle s'est fondée pour cela sur une appréciation de son médecin-conseil, le Dr C \_\_\_\_\_, datée des 14 septembre 2011 et 5 juin 2012 qui est en réalité un questionnaire préimprimé de trois pages dont la première page est remplie par l'administration. Dans la seconde page, le médecin a coché la case « facteurs étrangers à l'accident » et a mentionné « calcification de 3,5 mm à l'insertion du sous-scapulaire ». Dans la troisième page, sous la rubrique « remarques », il a indiqué : « Intervention de l'assureur accident ■ 3 mois - 4 mois ■ périarthrite calcifiante 16 août ■ 30 sept. physio Ok Consult. 23 fév. 12 = refusé Dès 27.2.12 9 séances de physio = refusé » De telles notes écrites à la main en style télégraphique ne peuvent à l'évidence pas être considérées comme un rapport médical, tant elles sont laconiques. Par ailleurs, il s'agit uniquement de conclusions qui ne comportent aucun raisonnement, ni début de motivation. Par conséquent, au vu des conditions jurisprudentielles rappelées ci-dessus au considérant 6, elles n'ont aucune valeur probante ce d'autant plus que la question du lien de causalité n'a fait l'objet d'aucune étude fouillée et que la description des interférences médicales n'est pas claire. On ne sait

A/2858/2012 - 10/13 - notamment pas s'il est vraisemblable ou simplement possible que l'accident n'ait plus d'effet causal au vu de l'état antérieur asymptomatique avant l'événement du 2 juin 2011. Si l'influence de l'état antérieur sur le réveil des douleurs est seulement possible, voire probable, cela ne suffit toutefois pas pour établir de façon manifeste le caractère exclusivement dégénératif de ces lésions huit mois après l'accident et quatre mois après la première série de neuf séances de physiothérapie. Enfin les conclusions du médecin-conseil ne sont absolument pas motivées. Quant au rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 16 février 2012, on n'arrive pas à discerner si son contenu se rapporte à la physiothérapie prescrite le 9 août 2011 ou s'il a trait à la situation à partir du 16 février 2012. Quoi qu'il en soit, le Dr B \_\_\_\_\_ se borne à affirmer que la conclusion/tendinite

est uniquement due à l'événement du 2 juin 2011 sans motiver son appréciation. Par conséquent, il n'a pas davantage de valeur probante pour trancher la question du lien de causalité naturelle entre les troubles réannoncés le 24 janvier 2012 et l'accident du 2 juin 2011. Aussi, force est de constater qu'il n'existe aucun rapport médical ayant valeur probante qui se prononce sur le lien de causalité entre lesdits troubles et l'accident.

#### **E. 8**

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). En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui

A/2858/2012 - 11/13 - voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé ATF non publié 8C\_86/2009 du 17 juin 2009, consid. 4). Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié U 47/07 du 23 juin 2008, consid. 4 et les références).

#### **E. 9**

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C\_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4).

A/2858/2012 - 12/13 -

#### **E. 10**

En l'espèce, en l'absence d'un rapport médical appréciant la question du lien de causalité naturelle avec valeur probante, la Cour de céans ne peut pas substituer son appréciation à celle d'un médecin. En effet, c'est essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références; ATFA non publié U 93/04 du 14 février 2005, consid. 3.1). Dans un tel cas, la Cour de céans a le choix de procéder elle-même à une instruction en mettant en œuvre une expertise médicale ou de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Au vu des notes du Dr C \_\_\_\_\_ des 14 septembre 2011 et 5 juin 2012 qui ne constituent pas une instruction médicale admissible, force est de constater que l'intimée n'a pas instruit sérieusement la question du lien de causalité entre les troubles annoncés le 24 janvier 2012 et l'accident du 2 juin 2011, soit une situation équivalente à l'absence de toute instruction. Même si l'assureur-accidents n'est pas tenu, en principe, de mettre en œuvre des investigations médicales détaillées, étant donné le grand nombre d'accidents-bagatelles qui sont annoncés (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.2.3), l'intimée ne pouvait toutefois pas renoncer à de telles investigations lorsqu'il s'agit de mettre un terme à sa prise en charge, puisque la simple possibilité qu'un accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas et qu'elle doit établir le caractère exclusivement dégénératif de l'état antérieur alors que celui-ci a été asymptomatique jusqu'à la date de l'accident. Par conséquent, les faits ayant été constatés de façon sommaire, il convient au vu de la jurisprudence (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) de lui renvoyer le dossier afin qu'elle instruisse la question du lien de causalité naturelle, à moins qu'elle ne préfère prendre en charge les neuf séances de

physiothérapie du 27 février 2012 au 23 mars 2012 ainsi que le propose la recourante.

**E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 8 juin 2012 ainsi que du 16 août 2012 seront annulées. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2858/2012 - 13/13 - 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.