

GE_GERICHTE ATAS/318/2013 vom 27. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_318_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/318/2013 du 27 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/318/2013 del 27 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

Dans l'ordonnance d'expertise du 17 octobre 2011, la Cour de céans a déjà statué sur sa compétence, sur le droit applicable et sur la recevabilité du recours. Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.

E. 2

Au vu des développements ci-dessous (considérant 3), le litige porte sur le lien de causalité entre les troubles actuels et les accidents des 17 octobre 2007 et 2 février 2010, respectivement sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée, notamment des indemnités journalières du 1er octobre 2009 au 1er février 2010, puis au-delà du 15 mars 2010 et à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 18 février 2010.

E. 3

février 2010 pour ne pas élargir le litige au rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007. L'autorité de la chose jugée suppose d'abord un jugement passé en force, c'est-à-dire un jugement qui ne peut plus être remis en discussion ni par les parties, ni par les tribunaux (ATF 121 III 474 consid. 4a; ATF non publié 5C.242/2003 du 20 février 2004, consid. 2.1). Or, en l'espèce, la décision sur opposition du 3 février 2010 n'a fait l'objet d'aucun recours, respectivement d'aucun jugement. Par conséquent, elle ne peut pas revêtir l'autorité de chose jugée. En réalité, ce que l'intimée invoque est l'autorité de chose décidée, respectivement l'entrée en force de ladite décision au vu de l'absence de recours. L'assurance-accidents statuant sur opposition est tenue de prendre en considération toutes les faits pertinents survenus jusqu'au moment de la décision sur opposition (ATF 121 V 362 consid. 1b, ATF 116 V 246 consid. 1a; RAMA 2001 n° U 419 p. 101 consid. 2c). Cela étant, le rapport juridique sur lequel elle se prononce peut être limité aux prestations dues en raison d'un accident en particulier, quand bien même plusieurs autres événements accidentels se seraient produits avant la décision sur opposition. Dans certaines circonstances, la jurisprudence admet que les conséquences de plusieurs accidents successifs soient constatées dans des décisions séparées (cf. parmi d'autres, ATFA non publiés U 104/02 du 13 février 2003, consid. 1; U 391/01 du 17 décembre 2002, consid. 4.2; U 6/01 du 22 juillet 2002, consid. 1). Cette manière de procéder peut, certes, nuire à l'établissement des faits dans certains cas; mais elle peut aussi contribuer au traitement de l'opposition dans un délai approprié (cf. art. 52 al. 2 LPGA). En cas d'accidents successifs, l'assurance-accidents devra donc procéder à une pesée des intérêts avant de décider si elle entend se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision (sur opposition) ou si elle entend rendre plusieurs décisions (ATFA non publié U 16/07 du 9 mai 2007, consid. 3.2).

A/650/2011 - 15/29 - En l'espèce, bien que l'accident du 2 février 2010 n'ait été annoncé par l'employeur que deux jours après l'émission de la décision sur opposition du 3 février 2010, l'intimée ne pouvait pas invoquer l'autorité de chose décidée pour refuser d'examiner, dans sa décision sur opposition du 28 janvier 2011, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007, alors que la recourante lui avait annoncé des suites tardives ou des séquelles de cet accident. En effet, lorsque plusieurs accidents ont atteint les mêmes parties du corps, comme dans le présent cas, et sont survenus dans un laps de temps relativement bref, au point que leurs conséquences respectives ne peuvent être que difficilement distinguées, il est nuisible à l'établissement des faits d'examiner dans des décisions distinctes les suites de ces accidents, ce qui entraîne au demeurant un risque accru de décisions contradictoires (cf. ATFA non publié U 391/01 du 17 décembre 2002, consid. 4.2). Dans ces conditions, il était prématuré de la part de l'intimée, en l'état du dossier, de rendre une décision sur les seules conséquences du second accident sans avoir requis une expertise sur le lien de causalité entre les troubles actuels et les deux accidents, respectivement sur les suites tardives ou rechutes en lien avec le premier accident. Par conséquent, l'intimée aurait dû examiner, dans le cadre d'une seule décision, le droit de la recourante à des prestations, eu égard aux conséquences des deux accidents ce qu'elle n'a pas fait. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, ATF 125 V 414 consid. 1a, ATF 119 Ib 36 consid. 1b; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

A/650/2011 - 16/29 - En l'espèce, l'objet de la contestation déterminé par la décision sur opposition du 28 janvier 2011 est la liquidation du sinistre du 2 février 2010 à partir du 14 mars 2010 et la fixation du retour au statu quo ante en date du 18 février 2010. Pour sa part, la recourante réclame des prestations dès le 17 octobre 2007, eu égard aux conséquences des deux accidents. Toutefois, ses prétentions concernant la période du 1er octobre 2009 au 1er février 2010 excèdent l'objet de la contestation. Par conséquent, il convient d'examiner si les conditions d'une extension de l'objet de la contestation sont réunies. Dans le présent cas, la question excédant l'objet de la contestation est en état d'être jugée au vu de l'expertise judiciaire. De plus, il existe un état de fait commun entre cette question et la question du lien de causalité entre les troubles actuels de l'épaule droite et l'accident du 2 février 2010. En outre, l'intimée a été invitée à se prononcer sur le lien de causalité entre

lesdits troubles et le premier accident après avoir pris connaissance de l'expertise judiciaire ce qu'elle a refusé de faire en invoquant l'autorité de chose jugée de sa décision du 3 février 2010. Enfin la question du lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007 n'a pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée, puisque l'intimée a refusé d'entrer en matière sur cette question.

E. 4

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). 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

A/650/2011 - 17/29 - 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 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 prépon- dérante, 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).

E. 5

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. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les réf- rences). 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du

A/650/2011 - 18/29 - 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

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 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 tran- cher 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).

A/650/2011 - 19/29 - 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). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

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). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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 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).

A/650/2011 - 20/29 - 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), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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. 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 publiés U 547/06 du 22 février 2007, consid. 3; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

E. 8

Dans son rapport d'expertise du 13 juin 2012, le Prof S_____ s'est prononcé après avoir pris connaissance des pièces médicales, après avoir procédé à une anamnèse médico-chirurgicale, orthopédique et traumatologique ainsi qu'à un examen de la courante et après avoir mis en œuvre un examen radiologique complémentaire. En outre, il a pris en compte les plaintes de la courante et a répondu de façon motivée à toutes les questions contenues dans le mandat d'expertise ayant trait au lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et les deux accidents, à l'évolution et à la stabilisation de l'état de santé, au taux de l'incapacité de travail et à la nécessité d'un traitement médical. Enfin, au vu des controverses médicales quant à l'existence de troubles dégénératifs et à leur incidence sur les troubles actuels, il a réexaminé les divers examens radiologiques à disposition. Leur relecture ne mettait en évidence aucun trouble dégénératif gléno-huméral, notamment la radiographie du 26 octobre 2007 ne révélait aucun signe indirect d'une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs et l'arthro-IRM du 2 novembre 2007 ne signalait que de minimes remaniements dégénératifs au niveau de la clavicule distale. De plus, il a fait exécuter des nouvelles radiographies de l'épaule droite, le 16 mai 2012, qui montrent l'absence de troubles dégénératifs au niveau acromio-claviculaire, l'absence d'ostéophytes acromiaux et la présence d'un ou deux kystes au niveau de la partie supérieure du trochiter en regard de l'insertion du sus-épineux établissant l'existence d'une tendinopathie résiduelle du sus-épineux qui est la principale source de la persistance des douleurs. Dans son rapport d'expertise, il explique notamment que les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident du 2 février 2010 car, d'une part, celui-ci a entraîné une recrudescence des douleurs et, d'autre part, l'arthro-IRM du 3 mai 2010 a confirmé une nouvelle rupture du sus-épineux. En outre, ils sont également secondaires à l'accident du 17 octobre 2007 en raison de la persistance après celui-ci d'un état douloureux séquellaire et d'une limitation fonctionnelle résiduelle de l'épaule droite. Au vu de la persistance d'un état douloureux chronique lié à une

A/650/2011 - 21/29 - tendinopathie résiduelle du sus-épineux, l'aggravation provoquée par le deuxième accident ne peut pas être considérée comme guérie de sorte que le statu quo sine ne sera pas atteint. Les troubles actuels sont dus à raison de 50% à l'aggravation durable provoquée par l'accident du 2 février 2010 et à raison de 50% aux suites de l'accident du 17 octobre 2007. L'intimée objecte que le rapport d'expertise judiciaire n'est pas « acceptable » car il ne contient pas de résumé des pièces médicales et que, par conséquent, il ne répond pas aux critères jurisprudentiels. A l'appui de sa thèse, elle invoque la jurisprudence publiée au RAMA 1991 n° U 133 p. 311 et VSI 1997 p. 121.

Selon cette jurisprudence, pour qu'un rapport médical ait valeur probante, il doit aborder de manière complète les points litigieux, reposer sur des examens complets, prendre en considération les plaintes de l'assuré, avoir été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), être clair dans l'exposé des corrélations médicales ou l'appréciation de la situation médicale, contenir des conclusions motivées. Ces conditions ne sont en rien différentes de celles de l'arrêt de référence en matière de valeur probante d'un rapport médical, à savoir l'ATF 125 V 351 consid. 3. Or, lesdites conditions n'exigent pas un résumé des pièces médicales mais uniquement que le rapport ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). En l'espèce, si l'expert n'a pas résumé les pièces médicales qu'il a prises en considération, ce qui aurait été fastidieux au vu de l'importance du dossier, il a néanmoins précisé sur la première page de son rapport d'expertise que ses constatations et conclusions sont basées sur le dossier de la Cour de céans (pièces 1 à 43), le dossier de l'intimée (pièces 1 à 179), le chargé de la recourante (pièces 1 à 55), le dossier radiologique de la recourante et les examens réalisés au CHUV le 16 mai 2012. Par conséquent, au vu de cette énumération, il a incontestablement tenu compte des rapports établis par les médecins-conseil de l'intimée. En outre, il a procédé à une relecture du dossier radiologique et à un examen radiologique complémentaire ce qui atteste qu'il a eu connaissance de la lecture différente des documents radiologiques faite par les médecins de la recourante et les experts de l'intimée, soit le cœur du présent litige. Aussi, la Cour de céans ne retiendra pas le grief de l'intimée.

E. 9

Les conclusions contraires du Dr P_____ ne sont pas susceptibles de mettre sérieusement en doute la pertinence de celles de l'expert judiciaire. En effet, dans son rapport d'expertise du 27 novembre 2010 après consilium, tout en notant qu'aucun médecin ne signale un état antérieur pour l'épaule droite, le Dr P_____ retient un tel état, indéniable selon lui, au vu de l'analyse détaillée des radiographies antérieures à l'opération de 2008 montrant la présence d'un acromion de type III et d'irrégularités dans le sous-épineux ainsi qu'une densification de l'os du trochiter. Il relève également que, dans ses divers rapports, le Dr L_____ ne mentionne que l'absence de dégénérescence musculaire, ce qui atteste uniquement l'absence de rupture ancienne. Tout en précisant que la rupture du sus-épineux

A/650/2011 - 22/29 - survenue à la suite l'accident du 17 octobre 2007 a provoqué une aggravation importante et déterminante d'un état antérieur et que les troubles survenus entre février et avril 2010 sont en relation de causalité avec une prédisposition dégénérative et une réparation insatisfaisante à long terme d'une lésion de ce tendon, il conclut à l'existence d'un lien de causalité seulement possible entre les troubles actuels et ledit accident. Or, en présence d'une aggravation importante et déterminante provoquée par l'accident de 2007, ce qui est l'opinion de tous les médecins, le Dr P_____ ne pouvait pas conclure à un rapport de causalité seulement possible entre les troubles actuels et ledit accident, mais devait logiquement retenir un rapport de causalité vraisemblable, comme l'a fait l'expert judiciaire. Par conséquent, ses conclusions sont contradictoires. En outre, lors du consilium du 18 novembre 2010, les Drs P_____ et L_____ ont précisé que le lien de causalité retenu comme vraisemblable entre l'accident du 17 octobre 2007 et la rupture partielle du tendon du sus-épineux opérée le 15 janvier 2008 était discutable. Or, leur précision quant à la nature non transfixiante de la lésion n'explique pas de façon satisfaisante pourquoi ils s'écartent a posteriori des conclusions du Dr L_____ qui,

dans son rapport du 23 février 2009, a admis que ledit accident avait entraîné une aggravation déterminante et durable d'un état sain. Par conséquent, leurs conclusions ne sont pas convaincantes. Conscients de ce défaut de motivation, dans leur rapport subséquent, ils ont expliqué qu'ils s'étaient bornés à analyser la situation par rapport à l'accident du 2 février 2010, sans examiner le lien de causalité entre les troubles actuels et les deux accidents. Par conséquent, faute d'une analyse globale du lien de causalité naturelle, ces conclusions n'ont pas de valeur probante. S'agissant du rapport du 23 mai 2011, bien qu'ils avaient à disposition l'ensemble des documents radiologiques, les Drs P_____ et L_____ ont confirmé leurs conclusions précédentes en se basant sur les radiographies du 26 octobre 2007 et les documents radiographiques du 2 novembre 2007 mettant en évidence un état antérieur dégénératif déterminant, soit sur une prémisse erronée. En effet, la majorité des médecins ayant examiné ces documents radiologiques a confirmé l'absence de tout état dégénératif significatif permettant de retenir que les troubles actuels ne seraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus en rapport de causalité avec les accidents de 2007 et 2010, mais avec un état dégénératif préexistant. Par conséquent, les conclusions des Drs P_____ et L_____ ne sont pas fiables. De plus, en admettant que l'état antérieur à l'accident de 2010 comprend une aggravation déterminante de l'état antérieur dégénératif tout en fixant un retour au statu quo ante en date du 18 février 2010, leurs conclusions sont contradictoires. Enfin, elles sont lacunaires car les Drs P_____ et L_____ se sont limités à examiner le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 2010 sans étendre leur examen aux influences de l'accident de 2007. On ne saurait certes leur en faire grief du moment que les questions posées par l'intimée ne portaient que sur les conséquences de cet accident. Il n'en reste pas moins que leur expertise ne per-

A/650/2011 - 23/29 - met pas une analyse globale de la situation au contraire de celle du Prof. S_____. Les divers rapports du Dr L_____ antérieurs à l'accident du 2 février 2010 admettent qu'au vu de l'intervention chirurgicale de l'épaule droite, il y a eu une modification durable ne permettant pas d'atteindre un statu quo ante ou sine. Dans son rapport du 11 novembre 2009, le Dr N_____ conclut également qu'au vu de la persistance d'une diminution de la rotation interne et des importantes douleurs, on ne pouvait pas considérer que le statu quo ante ou sine était atteint. Par conséquent, ces divers rapports renforcent l'absence de fiabilité des conclusions niant l'existence vraisemblable d'un lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident de 2007. Enfin, les conclusions de l'expert judiciaire sont confirmées tant par la Dresse R_____ qui a procédé à une relecture attentive des documents radiologiques à disposition que par le Dr Q_____. Tous deux ont conclu que lesdits documents ne mettent en évidence aucun trouble dégénératif suffisamment important pour imputer l'origine des troubles actuels de l'épaule droite à un état antérieur à l'accident du 17 octobre 2007. Etant donné que le rapport du Prof. S_____ ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes, il remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. Par conséquent, la Cour de céans suivra ses conclusions. En définitive, sur la base des conclusions du Prof. S_____, il convient d'admettre que les troubles de l'épaule droite de la recourante sont en lien de causalité tant avec l'accident du 2 février qu'avec celui du 17 octobre 2007 et sont à charge de chacun des deux accidents à raison de 50%. De plus, le statu quo sine n'est pas atteint en raison de la persistance d'un état douloureux chronique lié à une tendinopathie résiduelle du sus-épineux et le statu quo ante ne pourra jamais être récupéré. Etant donné qu'en cas de troubles physiques la question du lien de causalité adéquate ne se

pose guère, l'intimée n'était pas en droit de fixer le statu quo ante vel sine au 2 juillet 2009 pour le premier accident et le statu quo ante au 18 février 2010 pour le second accident, respectivement de refuser toutes prestations du 1er octobre 2009 au 1er février 2010, puis dès le 14 mars 2010. Il s'ensuit que la recourante a droit à des prestations de la part de l'intimée dès le 17 octobre 2007 et au-delà du 14 mars 2010.

E. 10

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si

A/650/2011 - 24/29 - l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF non publié 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1; cf. également ATF 134 V 109 consid. 4).

E. 11

Sur la base des conclusions de l'expert judiciaire, la recourante conclut à l'octroi tant d'une indemnité journalière en relation avec l'incapacité de travail admise que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, à la prise en charge du traitement médical et au renvoi de la cause à l'intimée pour statuer sur son droit à une rente d'invalidité à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les conclusions de la recourante concernant l'indemnité journalière pour la période du 18 octobre 2007 au 30 septembre 2009 et du 2 février au 17 février 2010 doivent être rejetées puisque l'intimée a déjà versé l'indemnité journalière requise. En revanche, pour la période du 1er octobre 2009 au 1er février 2010 et dès le 18 février 2010, elle n'a reçu aucune indemnité journalière de la part de l'intimée, alors que l'expert judiciaire a admis une incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignante de 50% du 1er octobre 2009 au 1er février 2010, de 100% du 2 février 2010 au 29 janvier 2011, puis de 50% dès le 30 janvier 2011. Par conséquent, elle a droit à une indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 50% du 1er octobre

2009 au 1er février 2010, de 100% du 18 février 2010 au 29 janvier 2011 et de 50% dès le 30 janvier 2011 jusqu'à la détermination du droit à une rente d'invalidité (art. 16 al. 2 LAA).

A/650/2011 - 25/29 - La recourante conclut, pour le surplus, au paiement d'intérêts moratoires de 5%. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 ([OPGA ; RS 830.11]). L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6). L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (objet du litige ; ATF 125 V 413 ; ATFA non publié I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet dans ses écritures (ATFA non publié I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des conclusions de la recourante. Cette dernière a droit au versement complémentaire de l'indemnité journalière du 1er octobre 2009 au 1er février 2010, puis dès le 18 février 2010. En l'occurrence, le terme du délai de 24 mois depuis le début du droit aux prestations est le 1er octobre 2011, respectivement le 18 février 2012, mais le droit à des intérêts ne peut être admis que 12 mois au plus tôt depuis le dépôt de la demande. Bien que la recourante n'ait pas recouru contre la décision sur opposition du 3 février 2010, elle a toutefois fait annoncer par son employeur, le 5 octobre 2010, le nouvel accident du 2 février 2010 de sorte que le terme du délai de 12 mois depuis l'annonce du 5 octobre 2010, faxée à l'intimée le même jour, est le 5 octobre 2011. En outre, elle s'est conformée à l'obligation de collaborer qui lui incombait. Par conséquent, la recourante a droit à un intérêt moratoire de 5% pour les indemnités journalières

A/650/2011 - 26/29 - dues du 6 octobre 2011 au 1er février 2012 et dès le 18 février 2012. Il appartiendra à l'intimée de calculer précisément les intérêts moratoires dus dans sa nouvelle décision.

E. 12

S'agissant du traitement, aucune décision concernant le droit à la rente n'a été rendue de sorte que c'est au regard de l'art. 10 al. 1 LAA qu'il y a lieu de déterminer si l'assurée a droit à la prise en charge des frais relatifs aux traitements médicaux. Au vu de cette disposition légale, la recourante a droit au traitement médical jusqu'à ce que l'assureur-accidents se prononce sur son droit à une rente d'invalidité. L'intimée n'ayant pas encore statué à ce

sujet, la recourante a droit à la poursuite de la prise en charge du traitement. Selon l'expert judiciaire, on ne peut pas attendre une amélioration notable de l'état de santé car celui-ci est actuellement stabilisé et ne devrait plus s'améliorer significativement. Il nécessite toutefois une médication antalgique régulière ainsi qu'un traitement d'appoint de physiothérapie associé à une balnéothérapie. L'indication à la poursuite de ce traitement devrait être réévaluée tous les trois mois. Le rapport d'expertise date du 13 juin 2012 et il s'est donc écoulé plus de trois mois entre sa rédaction et la délibération du présent arrêt. Par conséquent, il y a lieu de réévaluer l'indication à la poursuite du traitement préconisé. L'intimée ayant un service médical, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'elle se prononce sur ce point. Enfin, bien que l'expert ait fixé à 10% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée n'a rendu aucune décision sur ce point de sorte que cette question excède l'objet de la contestation qui ne peut pas être étendu puisque l'intimée n'a pas statué sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (cf. art. 24 al. 2). Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle se prononce sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en même temps que sur celui-ci à une rente d'invalidité, soit à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.

E. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent 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. Ils ne peuvent 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

A/650/2011 - 27/29 - et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 14

L'intimée demande que des questions complémentaires soient posées à l'expert judiciaire afin qu'il confirme avoir pris connaissance des expertises et rapports contenus dans le dossier de l'assureur-accidents, justifie sa position vis-à-vis de ceux-ci, explique pourquoi il ne conclut pas à un statu quo ante compte tenu de l'état antérieur, développe pourquoi il ne retient une stabilisation de l'état de santé que 22 mois après la deuxième intervention. L'expert a manifestement pris connaissance des expertises et rapports contenus dans le dossier de l'intimée (cf. consid. 8 ci-dessus). Etant donné que lesdits rapports et expertises sont lacunaires, car ils ne procèdent à aucun examen de l'incidence globale des deux accidents sur les troubles de l'épaule droite de la recourante, et sont peu fiables car ils sont les seuls à retenir un état antérieur délégalé à l'origine des troubles actuels de la recourante, la Cour de céans ne voit pas en quoi le complément d'instruction requis serait

susceptible de modifier son appréciation du lien de causalité. En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur la question du lien de causalité naturelle, partant une instruction complémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'intimée.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 30 mars 2010 ainsi que du 28 janvier 2011 seront annulées. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Les frais de l'expertise judiciaire de 3'498 fr. 90, selon la facture du 27 juin 2012 du CHUV, sont mis à la charge de l'intimée. Dans ses arrêts antérieurs (notamment ATF 127 V 196), le Tribunal fédéral a rappelé la règle de la gratuité de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances et son exception - témérité ou légèreté d'une partie au procès - prévues par le droit fédéral (art. 61 let. a LPGA). Puis, à l'ATF 137 V 210, en jugeant que l'expertise judiciaire est la règle au lieu du renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, il a précisé que les coûts de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur social lorsque les mesures d'instruction sont indispensables pour l'appréciation du droit ou sont com-

A/650/2011 - 28/29 - prise dans les prestations octroyées après coup au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. (consid. 4.4.2). En l'espèce, après avoir constaté que les appréciations des divers médecins étaient contradictoires et qu'elle ne pouvait pas statuer en l'état sans procéder à un complément d'instruction, la Cour de cassation a dû mettre en œuvre elle-même une expertise, conformément à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210). Etant donné que l'intimée ne pouvait pas statuer sur opposition au vu de ces contradictions, les coûts de l'expertise ordonnée doivent être mis à la charge de l'assureur (cf. art. 45 al. 1 LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/650/2011 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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