

## **GE\_GERICHTE ATAS/357/2017 vom 3. Mai 2017**

GE Cour de justice, 2017-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_357\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_357_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/357/2017 du 3 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/357/2017 del 3 maggio 2017

### **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**

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge l'intervention pratiquée le 25 mars 2015 sur la coiffe des rotateurs du recourant, lésion annoncée le 25 mars 2015 comme une rechute de l'accident du 5 juin 2009.

#### **E. 3**

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). Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 p. 138 et les références). 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

A/332/2016 - 8/12 - rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191, U 93/96, consid.1c; arrêt 8C\_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2).

#### **E. 4**

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/332/2016 - 9/12 - En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque 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 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008

consid. 2). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

## **E. 5**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA mentionne les déchirures de tendons (let. f). La jurisprudence considère qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.).

## **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

A/332/2016 - 10/12 - 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). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

## E. 7

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi en juin 2009 un accident qui a entraîné une fracture de l'acromion de l'épaule gauche, qui a été opérée et consolidée. Le recourant a annoncé une rechute de l'accident de 2009, en l'absence de tout nouvel évènement. Selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 23 avril 2015, il a opéré le patient de l'épaule gauche le 25 mars 2015 et a diagnostiqué notamment une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Cette lésion constitue une déchirure tendineuse assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il s'agit toutefois d'examiner si cette lésion peut être rattachée à l'accident du 5 juin 2009. Le Dr B\_\_\_\_\_ considère que la rupture de la coiffe des rotateurs est en relation de causalité adéquate avec le traumatisme de juin 2009. En effet, le patient lui a déclaré que depuis l'opération de l'épaule en Allemagne l'épaule était stable et qu'il n'avait pas de problème. Il soutient que le recourant ne présente pas de lésion dégénérative de l'épaule gauche, mais une lésion localisée de la glène. Il était possible que la lésion de la coiffe des rotateurs n'ait pas été identifiée tout de suite, parce qu'elle était petite et que l'intervention n'a pas été faite par arthroscopie. Or, à l'arthroscopie, il n'a pas trouvé de trace d'arthrose, mais une lésion cartilagineuse.

A/332/2016 - 11/12 - Tel n'est pas l'avis des médecins-conseils de l'intimée et du Dr D\_\_\_\_\_. En effet, l'évènement traumatique de juin 2009 a entraîné une fracture de l'acromion de l'épaule gauche, qui a été opérée et ré-ostéosynthésée le 2 septembre 2009. L'ablation du matériel a été faite le 13 janvier 2011. La fracture a bien consolidé et elle était guérie. La coiffe des rotateurs n'était pas touchée. Il convient de relever que le recourant est connu depuis de nombreuses années pour des luxations récidivantes de l'épaule gauche et qu'il avait déjà été opéré en Allemagne en 2004 (ou 2003 ?). En 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ avait déjà constaté une omarthrose gléno-humérale de l'épaule gauche, c'est-à-dire une lésion dégénérative liée au phénomène de l'instabilité qui entraîne des microlésions. Il avait également constaté à l'arthroscopie de 2010 la perte de cartilage et sur l'IRM de 2015, l'arthrose a continué à évoluer. Il apparaît que l'ensemble des trouvailles listées par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport opératoire n'est pas en relation avec la fracture de l'épaule gauche suite à l'accident de juin 2009. Dans leur avis circonstancié du 1er avril 2016, les médecins-conseils de l'intimée partagent cet avis. Reprenant tout l'historique du dossier, ils relèvent que l'omarthrose débutante dans le cadre de l'ancienne instabilité avait déjà été constatée à l'arthroscopie par le Dr D\_\_\_\_\_ et mentionnée en tant que facteur étranger. Selon la littérature, le tendon du sus-épineux ne peut pas présenter une rupture suite à une chute ou à un choc direct sur l'épaule, mais seulement lors de mouvements de traction non physiologique, c'est-à-dire que la charge va à l'encontre de la force musculaire, comme par exemple une chute avec réception sur la main, le bras en extension. Par ailleurs le diagnostic de SLAP ne peut être retenu. Quoiqu'il en soit, il n'existe pas de relation au degré de vraisemblance prépondérant entre les diagnostics évoqués par le Dr B\_\_\_\_\_ et l'accident du 5 juin 2009. La chambre de céans relève que les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies lorsqu'il soutient qu'avant l'accident, l'épaule du recourant était asymptomatique. On ne saurait en effet retenir l'existence d'un lien de causalité du seul fait de l'absence de plainte avant un évènement accidentel. De plus, il a admis n'avoir pas de preuve scientifique de ce qu'il avançait. Partant, la chambre de céans n'a pas de motif pour s'écarter des conclusions convaincantes des médecins-conseils de l'intimée et du Dr D\_\_\_\_\_, à savoir qu'il s'agit d'une lésion exclusivement malade ou dégénérative qui ne peut être rattachée à l'accident du 5 juin 2009 cause (cf. arrêts 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier

2008 consid. 3.2).

**E. 8**

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

**E. 9**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/332/2016 - 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.