

# **GE\_GERICHTE ATAS/371/2021 vom 26. April 2021**

GE Cour de justice, 2021-04-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_371\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_371_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/371/2021 du 26 avril 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/371/2021 del 26 aprile 2021

## **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), 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**

À 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2021, n'est pas applicable au présent recours dans la mesure où il était alors pendant devant la chambre de céans, conformément à l'art. 83 LPGA.

### **E. 3**

Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 21 janvier 2019, plus précisément sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 novembre 2018 et les troubles à l'épaule gauche du recourant subsistant après cette date.

### **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. 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).

### **E. 6**

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué

l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question

A/3952/2019 - 8/11 - 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Le seul 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 »). 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\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références).

#### **E. 7**

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soin, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduites 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_412/2018 du 26 février 2019 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 8**

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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). 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 de l'expert soient motivées et compréhensibles (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3).

A/3952/2019 - 9/11 - 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). 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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

## **E. 9**

Dans le cas d'espèce, l'intimée a supprimé le droit aux prestations en se fondant sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_. Force est toutefois de constater que les avis établis par le médecin d'arrondissement ne satisfont pas aux exigences dégagées par la jurisprudence en matière de rapports médicaux. En premier lieu, dans son avis du 21 mai 2019, ce médecin admet que l'accident subi est à l'origine – au moins partielle – de l'incapacité de travail imputable aux troubles à l'épaule, ce qui est en contradiction avec le statu quo qu'il a fixé deux mois après l'accident. Par ailleurs, il apparaît que le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pas pu prendre connaissance de l'ensemble des documents médicaux, puisqu'il ne rapporte pas les résultats de l'échographie qui aurait été réalisée le 29 avril 2019, qui ne figure pas au dossier. Le Dr G\_\_\_\_\_ a en outre insisté sur la nécessité d'investiguer les anciennes lésions à l'épaule gauche dans son avis du 21 mai 2019 et d'obtenir l'avis d'un chirurgien orthopédiste. Or, il s'est finalement prononcé sur le statu quo malgré l'absence de ces éléments. On notera du reste que ce médecin affirme que l'épaule gauche du recourant présenterait un terrain maladif, sans qu'on comprenne en quoi il consiste, notamment eu égard à l'absence de toute notion de pathologie antérieure, hormis l'ancienne fracture de l'épaule, laquelle est à l'évidence traumatique et non malade. Cet état dégénératif n'est en effet pas décrit. À ce sujet, contrairement à ce qu'affirme l'intimée dans sa réponse du 8 janvier 2020,

A/3952/2019 - 10/11 - aucun autre antécédent que la fracture de la clavicule n'est mentionné s'agissant de l'épaule gauche du recourant. Dans ces circonstances, « l'esprit de symétrie » invoqué par le médecin pour conclure à l'origine dégénérative des troubles de l'épaule gauche ne suffit pas à convaincre – étant de plus souligné que le recourant est droitier. Son âge ne suffit pas non plus en soi à retenir une origine malade exclusive de la lésion de l'épaule gauche, en l'absence de tout autre élément médical objectif. La conclusion quant au caractère juste possible d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles à l'épaule est ainsi insuffisamment motivée. On ajoutera que le Dr G\_\_\_\_\_ a fixé le statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte, retenant un délai de deux mois pour la guérison. Or, selon la jurisprudence, une telle fixation du statu quo sine, abstraite et théorique, ne suffit pas à établir la disparition du lien de causalité à défaut d'autres éléments médicaux (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid.

3.4 et 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Enfin, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 février 2020, qui ne contient certes pas tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, suscite également des doutes sur les conclusions du médecin d'arrondissement.

#### **E. 10**

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant de l'avis d'un médecin interne non conforme aux exigences en la matière. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligérant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

#### **E. 11**

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3952/2019 - 11/11 - 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.