

## **GE\_GERICHTE ATAS/38/2012 vom 24. Januar 2012**

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_38\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_38_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/38/2012 du 24 janvier 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/38/2012 del 24 gennaio 2012

### **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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

#### **E. 3**

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

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 1er mai 2010, étant précisé que l'intimée a d'ores et déjà renoncé à réclamer le remboursement des indemnités versées jusqu'au 21 novembre 2010.

#### **E. 5**

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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

A/1847/2011 - 9/14 - 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, 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»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

A/1847/2011 - 10/14 -

## **E. 6**

a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) 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 p. 264). 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 du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3). c) 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. 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 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/1847/2011 - 11/14 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). Ainsi, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin

traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante(ATF 135 V 465).

#### **E. 7**

En l'espèce, l'expertise du BREM est effectuée par un médecin spécialiste en rhumatologie. Elle est fondée sur un examen de l'assurée, le dossier radiologique, ainsi que l'ensemble des autres pièces médicales. Elle contient une anamnèse détaillée et tient largement compte des plaintes de l'assurée. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes, s'agissant de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 mars 2010 et les atteintes présentées par l'assurée. D'une part, l'IRM de mai 2010 montre des signes dégénératifs et une bursite sans rupture complète. D'autre part, l'examen clinique relève l'absence d'atteinte neurologique et met en évidence des douleurs des deux épaules, mais aussi de la nuque et du haut des côtes, ainsi qu'un épuisement et des troubles de l'humeur qui sont au devant du tableau clinique et ne favorisent pas la guérison. Ces éléments objectifs, compte tenu de l'accident de 2007 qui a atteint la même épaule, impliquent que l'expert ne peut pas attribuer de façon vraisemblable les atteintes à l'accident de 2010. Il convient à cet égard de relever que l'IRM de l'épaule droite pratiquée après l'accident de 2007 évoquait déjà une bursite, sans signe de rupture, le spécialiste consulté en avril 2007 confirmant l'éventualité d'une tendinopathie.

A/1847/2011 - 12/14 - Les autres avis médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter de celui de l'expert. Celui de la Dresse B \_\_\_\_\_, soit le médecin traitant qui a naturellement tendance à appuyer le point de vue de son patient n'est pas l'avis d'un spécialiste et, surtout, il n'est pas suffisamment motivé. D'une part, elle retient un lien de causalité du seul fait que l'assurée ne présentait pas de douleurs à l'épaule droite avant l'accident de mars 2010, ce qui n'est pas suffisant en soi. D'autre part, elle admet que lors de l'accident de 2010, sa patiente souffrait encore des séquelles de celui de 2007 (statu quo ante ou sine non atteint). Celui du Dr D \_\_\_\_\_ repose uniquement sur l'imagerie qui permet de retenir que le lien de causalité entre les lésions constatées à l'épaule droite et l'accident est possible, ce qui n'atteint pas le degré de la probabilité nécessaire pour retenir un lien de causalité naturelle. De plus, il confirme que les résultats de l'imagerie doivent être confrontés à l'examen clinique, ce qui signifie qu'à eux seuls, ils ne permettent pas d'établir l'existence d'une lésion traumatique claire. Or, l'examen clinique effectué par la Dresse C \_\_\_\_\_ met notamment en évidence des douleurs similaires aux deux épaules et des efforts particuliers de l'assurée qui doit porter deux jeunes enfants, ce qui n'est nullement une critique, mais un élément objectif participant à l'explication des douleurs, et en particulier à leur persistance durant de nombreux mois, de sorte que l'examen clinique ne permet pas d'élever au niveau de la probabilité la causalité seulement possible retenue par le Dr D \_\_\_\_\_. A noter que ce médecin n'a pas connaissance de l'accident survenu en 2007 à la même épaule et du fait que l'état n'était jamais revenu totalement à la normale après ce premier accident, ce qui n'implique pas forcément que l'assurée ait ressenti des douleurs. Les avis susmentionnés ont été transmis à l'expert qui a confirmé, s'agissant de celui du Dr D \_\_\_\_\_, que les constatations objectives ressortant des IRM étaient compatibles avec un PSH. Elle a omis de commenter l'avis de la Dresse B \_\_\_\_\_, mais il est inutile de l'interroger à nouveau, car il est hautement vraisemblable que le fait que le statu quo ante n'ait pas été retrouvé après l'accident de 2007, la conforte encore plus dans ses conclusions. Au surplus, le délai séparant l'expertise de l'accident n'est pas déterminant, s'agissant d'objectiver le caractère traumatique d'une atteinte et son lien avec un accident.

Ainsi, au regard du peu de gravité de la chute, des constatations objectives ressortant de l'examen clinique et des IRM, la conclusion de l'expert qui retient que le statu quo sine était acquis trois semaines après la chute est convaincante. Cela indique que l'état de santé antérieur à l'accident du 31 mars 2010 devait objectivement être alors recouvré, ou en termes plus clairs, que cet accident n'était plus la cause sine qua non des conséquences sur l'état de santé de l'assurée trois semaines après la chute. Ainsi, il est établi au degré de la vraisemblance

A/1847/2011 - 13/14 - prépondérante qu'au-delà de ce délai, l'atteinte n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident et que l'assurance était fondée à mettre un terme à ses prestations, étant rappelé qu'elle a renoncé à réclamer le remboursement de celles versées jusqu'au 21 novembre 2010.

#### **E. 8**

Le recours, mal fondé, est rejeté et la procédure est gratuite.

A/1847/2011 - 14/14 - 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.