

# **GE\_GERICHTE ATAS/407/2019 vom 9. Mai 2019**

GE Cour de justice, 2019-05-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_407\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_407_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/407/2019 du 9 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/407/2019 del 9 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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

### **E. 6**

a. 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 renseignements d'ordre

A/4649/2017 - 14/23 - 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). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009). 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). b. 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).

#### **E. 7**

a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

A/4649/2017 - 15/23 - b. La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du

#### **E. 9**

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 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). b. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). c. Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3). Un document qui fait état d'un

A/4649/2017 - 18/23 - renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). d. 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 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. 10**

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a notamment subi une rupture du sus-épineux étendue à l'infra-épineux, lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Néanmoins, selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative si la lésion corporelle (assimilée) ne peut être rattachée à l'accident en cause.

### **E. 11**

L'intimée a mis un terme à ses prestations au 24 février 2017. Elle a effet considéré, sur la base des avis de son médecin-conseil, que l'accident du 26 novembre 2016 avait temporairement aggravé un état antérieur malade ou dégénératif et avait cessé de déployer

ses effets trois mois au plus tard après le sinistre. Quant aux lésions constatées lors du bilan d'imagerie, leur étiologie était exclusivement dégénérative ou malade chronique, à l'exclusion de toute origine traumatique. La recourante, quant à elle, conteste ces conclusions et soutient que les troubles qu'elle présente au niveau de l'épaule droite et qui ont nécessité une intervention en mars 2017 sont en rapport de causalité avec l'accident assuré. Elle se réfère aux appréciations du Dr K\_\_\_\_\_ et aux éléments contenus dans le rapport du 17 octobre 2017 du Dr E\_\_\_\_\_.

## **E. 12**

Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents documents. a. Au préalable, en ce qui concerne le rapport relatif à l'entretien du 20 mars 2017, la Cour de céans observe qu'il est sans aucune importance que ce compte-rendu ait été rédigé le lendemain de l'entretien. Nul doute en effet que le collaborateur qui a rendu visite à la recourante a pris des notes à cette occasion afin de pouvoir établir un procès-verbal en bonne et due forme. De plus, il sied de constater avec l'intimée que, contrairement à ce que soutient la recourante dans son écriture du 20 février 2018, ce document lui a bel et bien été soumis pour signature. Si l'intéressée considérait que les informations contenues

A/4649/2017 - 19/23 - dans ce procès-verbal ne correspondaient pas à ses déclarations, il lui incombait de le signaler et de solliciter la modification du rapport. En apposant sa signature sur ce document sans émettre la moindre réserve, elle en a validé le contenu. b. La notice de l'entretien téléphonique du 11 avril 2017, n'a en revanche effectivement pas été soumise à la recourante. Cela étant, ce document ne fait que confirmer les éléments retranscrits dans le rapport du 20 mars 2017. En effet, selon le compte-rendu de la conversation téléphonique, la recourante a indiqué qu'elle était en dévers et avait chuté sur le côté. Elle n'avait pas ressenti immédiatement des douleurs à l'épaule droite, s'était sentie très fatiguée l'après-midi, avait présenté des douleurs partout et avait consulté un médecin qui avait évoqué des carences en magnésium et une maladie « rare » telle que la fibromyalgie. Il avait ordonné une prise de sang, puis l'avait envoyée à Besançon. Ces explications sont en tous points conformes à celles ressortant du rapport du 21 mars 2017, puisque la recourante a signalé avoir chuté sur un sol légèrement en pente, avoir ressenti une « montée de chaleur » et « d'adrénaline » dans tout le corps, ne s'être pas sentie bien et avoir été toute blanche. L'après-midi, elle avait ressenti une grande fatigue. Elle avait par la suite souffert de douleurs dans tout le corps et avait consulté le Dr E\_\_\_\_\_ car elle se sentait toujours fatiguée et endolorie. Son médecin traitant avait pensé qu'elle manquait de magnésium et avait procédé à des analyses sanguines qui n'avaient rien révélé. Elle avait ensuite consulté un médecin spécialisé en médecine interne car la remplaçante du Dr E\_\_\_\_\_ avait évoqué une fibromyalgie. Ce spécialiste avait alors remarqué quelque chose au niveau de l'épaule; elle s'était soumise à des radiographies, puis à une IRM, et avait à nouveau consulté son médecin traitant, puis le Dr I\_\_\_\_\_. c. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, conformément aux premières déclarations de la recourante, que cette dernière n'a pas présenté de douleurs particulières ou de limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident et qu'elle a consulté son médecin traitant en raison d'un état de fatigue et de douleurs dans tout le corps, notamment dans les membre supérieurs, des deux côtés (épaules, bras et mains), et dans les membre inférieurs (genoux et jambes). Que la première consultation suite à l'accident ait eu lieu en décembre 2016, comme indiqué par la recourante le 20 mars 2017, ou le 29 novembre 2016, comme mentionné dans le recours, est sans incidence aucune, cette consultation n'ayant pas été

motivée par des troubles spécifiques au niveau de l'épaule droite.

### **E. 13**

a. Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2017 comporte une description de l'événement accidentel et de ses suites conforme aux déclarations de la recourante. Le spécialiste a étudié le dossier d'imagerie, ainsi que les comptes rendus y relatifs, et le rapport opératoire. Il a clairement expliqué que la rétraction tendineuse et l'amyotrophie constatées lors de l'IRM du 24 février 2017 ne pouvaient s'installer en quelques semaines et qu'elles préexistaient donc à la chute du 26 novembre

A/4649/2017 - 20/23 - 2016. Il a également exposé qu'une déchirure traumatique aigüe implique une incapacité de travail précoce et des investigations rapides, alors que la recourante a été apte à poursuivre son activité professionnelle jusqu'au 27 février 2017 et que les premiers examens pratiqués au niveau de l'épaule ne l'ont été qu'en février 2017. C'est au vu de ces éléments qu'il a considéré que la chute avait vraisemblablement occasionné une contusion simple de l'épaule. Le temps habituel de guérison d'une telle affection était de quatre à six semaines. Toutefois, pour tenir compte de l'état antérieur, ce délai pouvait être prolongé d'autant. Dans son rapport du 12 janvier 2018, le médecin a encore longuement développé son argumentation et les raisons pour lesquelles il estimait que l'événement assuré avait vraisemblablement occasionné une contusion bénigne de l'épaule droite, qu'il n'avait pas aggravé structurellement l'état antérieur dégénératif ou malade de l'épaule droite, mais, en revanche, aggravé de manière passagère l'état antérieur de cette articulation. Le déroulement de la prise en charge initiale confirmait que le traumatisme de l'épaule droite avait été bénin. L'ensemble des éléments permettait de conclure que le sinistre ne jouait aucun rôle, même partiel, dans les lésions objectivées sur les examens d'imagerie plus de dix semaines après l'événement. Enfin, le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé, le 9 avril 2018, que ses conclusions se basaient sur l'analyse des lésions anatomiques démontrées à l'imagerie et révélées lors de l'opération, mais également sur l'analyse des suites précoces de l'accident, incluant la chronologie d'apparition de la symptomatologie de l'épaule droite et la prise en charge médicale initiale de la patiente. Compte tenu de tous ces éléments, il était possible d'affirmer que l'étiologie était exclusivement dégénérative ou malade chronique et de nier ainsi une origine traumatique aigüe des lésions structurelles de l'épaule droite en référence au sinistre assuré. Le Dr J\_\_\_\_\_ a expliqué de façon détaillée et claire les raisons pour lesquelles il retenait que l'événement du 26 novembre 2016 n'avait pas causé, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes constatées lors des examens pratiqués en février et mars 2017, notamment la rupture du sus-épineux. b. La Cour de céans observe que les rapports du Dr J\_\_\_\_\_ résultent d'un examen approfondi de toutes les pièces pertinentes du dossier et procèdent d'une étude fouillée de tous les points litigieux importants. Les conclusions du médecin-conseil sont sérieusement motivées et cohérentes, sans aucune contradiction. Ces rapports, convaincants, remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Reste à examiner si d'autres avis comportent des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des rapports du Dr J\_\_\_\_\_.

### **E. 14**

a. La recourante a produit plusieurs rapports le 7 novembre 2017, dont les courriers du Dr I\_\_\_\_\_ des 3 et 24 avril 2017 et le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 23 août 2017, documents qui ne contiennent aucun élément médical inconnu du médecin-conseil.

A/4649/2017 - 21/23 - b. S'agissant du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2017, il sied de relever que le médecin traitant y indique avoir conclu à une lésion tendineuse et à une rupture complète. Or, il est établi, et reconnu par la recourante elle-même, que ces diagnostics n'ont pas été posés avant février 2017. Partant, les renseignements fournis dans ce rapport ne correspondent manifestement pas aux observations du médecin traitant lors de sa première consultation. De plus, il paraît peu plausible que la recourante ait fait état de douleurs insomniantes à l'épaule droite et d'une limitation des amplitudes en novembre 2016 (ou décembre 2016), dès lors que le médecin traitant ne l'a alors pas adressée à un spécialiste, pas plus qu'il n'a requis d'examen en regard avec de telles plaintes. Ses investigations se sont limitées à des analyses sanguines en lien avec une éventuelle carence en magnésium ou une maladie telle que la fibromyalgie, ce qui étaye les premières explications de la recourante, selon lesquelles elle a consulté son médecin traitant en raison d'une fatigue et de douleur dans tout le corps. Enfin, le Dr E\_\_\_\_\_ a clairement indiqué avoir été consulté pour la première fois le « 25/11/2016 », soit avant le sinistre, ce qui permet de douter de l'exactitude des autres renseignements qu'il a fournis. Compte tenu de ces éléments, aucune valeur probante ne saurait être reconnue au rapport du Dr E\_\_\_\_\_, lequel ne permet donc ni de s'écarter des premières déclarations de la recourante, ni de douter du bien-fondé des conclusions du médecin-conseil de l'intimée. Il sera rappelé à toutes fins utiles que l'intéressée a été invitée à produire le dossier médical complet de son généraliste, ce qu'elle n'a pas fait, malgré l'octroi de deux prolongations de délai pour ce faire. c. En ce qui concerne l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2017, elle ne comporte pas le moindre développement médical. Elle se limite à évoquer un diagnostic imprécis (douleurs du membre supérieur droit) et à affirmer que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ est dépourvu de valeur probante au motif que le médecin-conseil n'avait pas connaissance des informations contenues dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_. Or, comme exposé précédemment, ce dernier ne permet pas de retenir que la recourante aurait consulté son médecin trois jours après le sinistre et les indications qu'il contient sont en totale contradiction avec les premières déclarations de la recourante et n'apparaissent pas fiables. Partant, cet avis du Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas propre à jeter le doute sur des explications du Dr J\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 février 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rupture complète du tendon du sus-épineux de l'épaule droite. Ce diagnostic est manifestement incomplet puisque l'ensemble des lésions présentées au niveau de l'épaule droite ne sont pas citées. En outre, ce rapport ne contient ni indications détaillées quant au déroulement de l'accident, ni la moindre argumentation quant au lien de causalité entre le diagnostic retenu et l'événement accidentel. Enfin, il part du postulat que la recourante a consulté un médecin trois jours après sa chute en raison d'une impotence fonctionnelle et de douleurs à l'épaule, ce qui n'est en l'occurrence pas établi. Ce document ne contient donc aucun indice permettant de

A/4649/2017 - 22/23 - remettre en cause les conclusions motivées du médecin-conseil de l'intimée. Au contraire, le Dr K\_\_\_\_\_ convient qu'une rupture complète du sus-épineux s'accompagne d'une symptomatologie douloureuse importante et d'une impotence fonctionnelle, et corrobore donc, sur ces points, l'argumentation du Dr J\_\_\_\_\_. d. En conclusion, ces rapports ne contiennent pas le moindre élément susceptible de mettre en cause le bien-fondé des conclusions, motivées et convaincantes, du Dr J\_\_\_\_\_.

Par appréciation anticipée des preuves, il peut être renoncé à procéder à d'autres investigations.

**E. 16**

a. Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans fait siennes les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ et considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante a été passagèrement aggravé par le traumatisme bénin du 26 novembre 2016, lequel n'a pas provoqué les lésions constatées en février et mars 2017. Ces pathologies sont exclusivement dues à des atteintes malades ou dégénératives qui préexistaient au sinistre. b. S'agissant du retour au statu quo, il est rappelé que le Dr J\_\_\_\_\_ a mentionné un délai de trois mois (cf. rapports des 12 avril et 27 septembre 2017), tout en précisant que le temps habituel de guérison d'une contusion simple de l'épaule était de quatre à six semaines, délai pouvant être prolongé de quatre à six semaines supplémentaires en présence d'un état antérieur. Le délai maximum est donc de 12 semaines, de sorte que le statu quo sine a été atteint le 18 février 2017 au plus tard. L'intimée était donc fondée à nier le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 24 février 2017. Mal fondé, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4649/2017 - 23/23 - 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.