

GE_GERICHTE ATAS/473/2013 vom 16. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_473_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/473/2013 du 16 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/473/2013 del 16 maggio 2013

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 depuis 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).

A/1974/2011 - 10/16 - La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige ne porte plus que sur la prise en charge des frais de traitement de la recourante suite à l'évènement du 10 avril 2010, en particulier des frais de l'intervention chirurgicale (arthroscopie) du 25 janvier 2010, des frais de traitement et les consultations médicales. Singulièrement, il convient de déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 10 avril 2010 et les lésions ayant entraîné les frais en question.

E. 5

L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Si 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

A/1974/2011 - 11/16 - 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; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., 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.

E. 6

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147). D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également ATF U 162/06 du

E. 10

avril 2007, consid. 5.1). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une

origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et

A/1974/2011 - 12/16 - involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c; ATF 114 V 301 consid. 3c; ATFA non publié U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (ATFA non publié U162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2). 7. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351, consid. 3c).

A/1974/2011 - 13/16 - Quant au médecin-traitant, 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 ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). 8. a) En l'espèce, il est établi - et au demeurant non contesté - que l'accident a déclenché les symptômes ressentis par la

recourante et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence une rupture de la face profonde du sus-épineux ainsi qu'une fissure du tendon du sous-scapulaire, atteintes susceptibles d'être reconnues comme des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA pour autant qu'elles résultent, possiblement, d'un facteur extérieur. Il n'est pas non plus contesté que la recourante présentait un état dégénératif préexistant, asymptomatique, au niveau de l'épaule droite. La seule question qui se pose est dès lors celle de savoir si la rupture de la face profonde du sus-épineux et/ou la fissure du sous-scapulaire peuvent être exclusivement attribuées à l'atteinte dégénérative préexistante ou s'il est possible que l'accident assuré ait, à tout le moins, contribué à déclencher les symptômes. Dans le premier cas, le retour à un statu quo sine/ante s'examine au degré de la vraisemblance prépondérante alors que, dans le second, ledit retour doit être manifeste. Dans ce contexte, il convient encore de rappeler que, dans le cas d'une lésion corporelle assimilée à un accident, les assureurs-accidents LAA peuvent être amenés à assumer un risque qui, en raison de la distinction difficile entre maladie et accident, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Il convient d'abord de déterminer quelle valeur probante accorder à l'expertise du Dr Q _____, mandaté par la Cour de céans. b) L'expertise du Dr Q _____ du 13 novembre 2012 repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assurée et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites. La Cour de céans considère ainsi que cette expertise est convaincante et qu'elle répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer, du point de vue formel, une pleine valeur probante. Selon l'expertise précitée, les diagnostics sont les suivants : status après tendinopathie de la coiffe des rotateurs et rupture partielle des sus-épineux et sous-scapulaire à l'épaule droite ainsi que status après réparation de la coiffe des rotateurs, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire. Pour l'expert, le tendon supra-épineux de l'épaule droite présentait probablement, avant l'accident assuré - une lésion partielle, asymptomatique, responsable du

A/1974/2011 - 14/16 - développement d'un kyste intra-osseux. La chute à vélo a cependant probablement provoqué un agrandissement de cette lésion, sous forme d'une rupture de la face profonde du sus-épineux, telle que décrite dans le protocole opératoire, ainsi qu'une fissure du sous-scapulaire. Le caractère traumatique de cette dernière lésion est d'autant plus vraisemblable qu'il n'y a pas de zone de modification osseuse en regard de l'insertion de ce dernier tendon. En d'autres termes, l'accident du 11 avril 2010 a très probablement joué un rôle dans la survenance de l'atteinte. Partant, selon l'expertise du 13 novembre 2012, le lien de causalité naturelle entre l'accident et la rupture et la fissure des tendons est probable, de sorte que l'atteinte à l'épaule doit être qualifiée de lésion assimilée à un accident. c) L'intimée oppose à l'avis du Dr Q _____ ceux des Dr N _____ et Q _____, qui considèrent tous deux que l'atteinte dont souffre la recourante est d'origine purement dégénérative. Force est de constater que ces médecins justifient le fait que l'atteinte à la coiffe des rotateurs de la recourante est d'origine purement dégénérative par le fait qu'elle ne peut être purement traumatique. Ils ne se posent cependant pas la question de savoir si l'accident a pu aggraver l'atteinte dégénérative préexistante et provoquer la rupture des tendons en question. Or, la question est justement celle de savoir si l'atteinte est purement dégénérative ou, en d'autres termes, si l'accident assuré n'a, à aucun moment, pu favoriser la lésion compte tenu du terrain préexistant prédisposant. Dans ce contexte, il y a lieu de constater que le Dr N _____ lui-même a admis, dans son

rapport du 14 janvier 2011, que la chute avait pu léser un tendon de la coiffe. Il n'a nié le lien de causalité entre l'accident et la lésion du tendon qu'en raison de l'absence d'impotence fonctionnelle significative ou marquée suite à l'accident en question. Force est toutefois de constater qu'il y a bel et bien eu impotence fonctionnelle significative puisque la recourante a dû réduire son taux d'activité de 27 heures à moins de 14 heures par semaine en raison des douleurs – tant diurnes que nocturnes – apparues après l'accident. Elle n'a en outre plus pris de nouveaux rendez-vous et n'a plus été en mesure d'adopter les positions continues ou statiques d'élévation du bras (cf. rapport du Dr N_____ du

E. 14

janvier 2011), montant sur un escabeau afin d'éviter les positions douloureuses (cf. rapport du Dr Q_____ du 13 novembre 2012). Il y a donc bel et bien eu des conséquences en termes de limitations fonctionnelles dans l'exercice de l'activité habituelle. Partant, la Cour de céans considère que les avis des Drs N_____ et Q_____ ne sont pas suffisants pour écarter les conclusions de l'expert judiciaire. Quand bien même les observations des médecins consultés par l'intimée vont dans le sens d'une atteinte dégénérative, cela ne suffit toutefois pas encore

A/1974/2011 - 15/16 - pour établir de façon manifeste le caractère exclusivement dégénératif de ces lésions, même s'il est certes probable qu'une atteinte dégénérative a exercé une influence déterminante sur la survenance des lésions constatées, (voir dans le même sens : ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008). c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la rupture partielle des sus-épineux et sous-scapulaire doit être assimilée à un accident aussi longtemps que son origine malade ou dégénérative, à l'exclusion de toute origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine ne s'examine ainsi pas en se fondant sur la vraisemblance prépondérante mais doit être manifeste. Or, conformément à l'avis du Dr Q_____, ce n'est que durant l'automne 2011 que le statu quo ante/sine a été presque atteint. Par conséquent, l'intimée n'était pas légitimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 13 juin 2010. L'assurance sera donc condamnée à prendre en charge les frais médicaux au-delà du 14 juin 2010. Le recours est partiellement admis et les décisions des 28 février et 24 mai 2011 annulées. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 * 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). *rectification d'une erreur matérielle le 05.06.2013/SKA/SEC Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/1974/2011 - 16/16 - 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.