

# **GE\_GERICHTE ATAS/539/2011 vom 26. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_539\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_539_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/539/2011 du 26 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/539/2011 del 26 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance accidents doit prendre en charge les frais de traitement et d'investigation postérieurement à janvier 2009.

### **E. 4**

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. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid.1c). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATF non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au

A/2845/2010 - 8/12 - logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

## **E. 6**

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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). b) 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). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). c) 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).

## **E. 7**

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

A/2845/2010 - 9/12 - 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). d) Par ailleurs, 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

A/2845/2010 - 10/12 - e) 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).

## **E. 8**

a) En l'occurrence, l'intimée s'est basée sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ pour exclure, à compter de janvier 2009, tout lien de causalité naturelle entre l'atteinte à l'épaule droite de l'assuré et l'évènement du 15 juillet 2007. Le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de tendinite du sus-épineux et de conflit sous-acromial et estimé qu'il n'existait pas de séquelles d'entorse acromio-claviculaire évidentes, contredisant en cela l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_. Le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que le diagnostic de séquelles d'entorse

acromio-claviculaire ne peut être posé dans la mesure où il n'existe ni diastasis acromio-claviculaire ni lésion dégénérative - lesquelles auraient pu survenir dans les suites d'une entorse acromio-claviculaire ancienne. Il a ajouté que les examens radiologiques pratiqués en janvier et juin 2009 ne permettaient pas non plus de poser ce diagnostic. Selon lui, la seule lésion susceptible d'expliquer les douleurs est la tendinite du sus-épineux, dont l'origine peut être un conflit sous-acromial. Le Dr D\_\_\_\_\_ en a tiré la conclusion que le lien de causalité entre l'évènement et les symptômes encore présents en janvier 2009, soit un an et demi après l'accident, ne pouvait dès lors plus être qualifié que de "possible", d'autant que le diagnostic initialement posé en 2007 était celui de contusion simple de l'épaule droite. Selon le médecin conseil, dans ces circonstances, le statu quo sine doit être considéré comme atteint trois mois au maximum après l'accident. b) La Cour de céans est d'avis que les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ revêtent pleine valeur probante. En effet, son argumentation claire tient compte de l'ensemble des éléments déterminants utiles à la résolution de la question litigieuse du lien de causalité. Ce médecin n'a certes pas rencontré le recourant. Il pouvait toutefois renoncer à l'examiner dans la mesure où il disposait d'un dossier médical complet comprenant les documents radiologiques, lui permettant d'éclaircir les circonstances de l'accident, de déterminer les atteintes dès le mois de janvier 2009 et de présenter des conclusions motivées. Les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ s'avèrent d'autant plus convaincante que le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire n'a pas été retenu au moment de l'accident et que l'assuré n'a consulté qu'une seule fois suite à l'accident, laissant ensuite s'écouler plus d'une année avant de consulter à nouveau. Ces éléments tendent à confirmer que le statu quo sine a été atteint peu après l'accident, au plus tard trois mois après.

A/2845/2010 - 11/12 - Les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ ne permettent pas de conclure différemment, d'autant qu'ils ne répondent pas spécifiquement à la question relative au lien de causalité, qu'ils sont peu motivés et qu'ils ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles ce médecin a retenu le diagnostic de douleur séquellaire d'une entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite. Enfin, le fait que l'assuré n'ait jamais souffert de l'épaule avant son accident du 15 juillet 2007 revient à invoquer l'adage « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre l'accident et les douleurs encore ressenties par l'assuré près de 18 mois après l'accident (cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Il en découle que la décision de l'intimée apparaît justifiée. Le recours, mal fondé, sera ainsi rejeté.

A/2845/2010 - 12/12 - 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.