

GE_GERICHTE ATAS/554/2019 vom 21. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_554_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/554/2019 du 21 juin 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/554/2019 del 21 giugno 2019

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. 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 343 consid. 3).

E. 3

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail.

E. 4.1.1

Dates d'apparition.

E. 4.2

Sans répercussion sur la capacité de travail.

E. 4.2.1

Dates d'apparition.

E. 4.3

L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

E. 4.3.1

Si oui, depuis quelle date ?

E. 4.4

La personne expertisée présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes ? 5. Quels sont les diagnostics révélés par la radiographie du 18 février 2017 et l'IRM du 11 mai 2017 ?

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations avec effet au 30 mai 2017, suite aux accidents dont le recourant a été

A/1345/2018 - 10/18 - victime en janvier et février 2017. Il se pose plus particulièrement la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant – et l'intervention chirurgicale à laquelle ils ont donné lieu le 31 mai 2017 – sont en lien de causalité avec les accidents qu'il a subis.

E. 5.1

Les atteintes ayant nécessité l'intervention du 31 mai 2017 sont-elles dues aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladiques, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.

Veillez motiver votre réponse.

A/1345/2018 - 17/18 -

E. 5.2

Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 qui ont contribué à la survenance de ces atteintes ?

E. 5.3

Les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 ont-ils déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans ces événements ?

E. 5.4

À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

E. 5.5

Pour autant que les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 aient joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? 6. Que pensez-vous des diagnostics révélés par l'IRM de l'épaule gauche du 19 décembre 2017 (rapport du Dr N_____ du 20 décembre 2017) et le rapport médical du 26 mars 2018 du

Dr P_____ ?

E. 6

juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 6.1

Ces atteintes sont-elles dues aux événements des 7 janvier et/ou

E. 6.2

À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

E. 6.3

Pour autant que les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 aient joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? 7. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la CNA.

E. 7

L'art. 10 al. 1 LAA prévoit que 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 prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'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). D'après l'art. 16 al. 1 LPGA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A/1345/2018 - 12/18 -

E. 7.1

En particulier, êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle les pièces médicales révèlent des anomalies de type dégénératif, confirmées au moment de l'intervention chirurgicale par la présence d'ostéophyte ainsi qu'une réaction tissulaire, justifiant une bursectomie (soit l'ablation de la bourse de glissement sous-cutané) ?

E. 7.2

Pensez-vous que la bursite est une réaction tissulaire à la présence d'ostéophyte ? Si non, comment justifiez-vous la présence d'une bursite ?

E. 7.3

Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle les ostéophytes ou « becs de perroquets », fréquents dans l'évolution de l'arthrose et souvent présents après une dégénérescence du cartilage articulaire, ne sont jamais accidentels ?

A/1345/2018 - 18/18 -

E. 7.4

Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle il est possible que les événements des 7 janvier et 18 février 2017 aient pu déstabiliser d'une façon temporaire un état pathologique préalable ?

E. 7.5

Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle l'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse ne constitue pas une justification de la prise en charge chirurgicale d'une bursite trois mois après l'évènement annoncé ?

E. 7.6

Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H_____ selon laquelle au plus tard trois mois après l'évènement traumatique, les effets délétères du traumatisme étaient éteints, et ceci définitivement ?

E. 7.7

Que pensez-vous de l'appréciation de la Dresse O_____ selon laquelle la personne expertisée avait tout au plus une contusion de son épitrochlée gauche (et non de l'olécrâne), contusion qui était guérie au plus tard après six semaines ?

E. 7.8

Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse O_____ selon laquelle les événements des 7 janvier et 18 février 2017 ont cessé largement de déployer leurs effets au 13 mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle de la personne expertisée ? 8. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Marie NIERMARÉCHAL

La présidente

Eleanor McGREGOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

E. 8

a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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). b. 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. 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 bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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).

E. 9

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci

A/1345/2018 - 13/18 - 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre

en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 10

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. 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

A/1345/2018 - 14/18 - 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 ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations le 30 mai 2017, en se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils, les Drs H_____ et O_____, selon lesquels les accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017 n'avaient entraîné aucune atteinte structurelle et avaient cessé de déployer leurs effets au

E. 13

mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle du recourant. Le recourant conteste cette appréciation. Il fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, il souffrait d'une bursite avec micro fracture de l'olécrâne et que ce trouble était une conséquence du traumatisme du coude subi par l'intéressé suite aux accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017. À l'appui de sa décision, l'intimée se prévaut du fait que ni la radiographie réalisée le 18 février 2017, ni l'IRM effectuée le 11 mai 2017 n'ont permis de révéler de fracture, de fissure, de bursite ou d'autres pathologies des tissus mous. Il ressort

cependant du dossier qu'une bursectomie a été réalisée lors de l'intervention du 31 mai 2017. Lors d'un examen clinique effectué quelques semaines plus tôt, soit le 9 mai 2017, le Dr E_____ a du reste observé la présence d'une bursite. Il a par ailleurs expliqué en audience que l'examen clinique permettait d'observer le coude en mouvement et que l'ablation de la bourse était l'intervention préconisée lorsqu'il y avait des signes cliniques. La Dresse O_____ semble du reste partager cet avis puisqu'elle a relevé que s'il y avait bursite, celle-ci était déjà cliniquement constatée. On s'étonne ainsi qu'en dépit d'une demande formulée en ce sens par le Dr E_____, l'intimée n'ait pas fait examiner le recourant par son médecin d'arrondissement ou par un expert. Certes, selon la jurisprudence rappelée précédemment, l'absence d'un examen personnel du patient par le médecin de l'assurance n'est pas en soi propre à exclure d'emblée la valeur probante de son rapport. Il n'empêche qu'en l'occurrence, l'évolution de l'état de santé du patient telle que décrite à l'époque par le Dr D_____, son chirurgien traitant, confirmée en cela par le Dr E_____, aurait largement justifié un tel examen personnel, sinon des investigations complémentaires. S'agissant ensuite du lien de causalité entre les atteintes ayant justifié l'intervention du 31 mai 2017 et les événements des mois de janvier et février 2017, force est de constater qu'il existe une importante divergence d'opinion entre les médecins traitants du recourant et les médecins-conseils de l'intimée. En effet, dans son appréciation chirurgicale du 7 mars 2018, la Dresse O_____ a admis qu'une bursite pouvait être provoquée par un accident. Elle a cependant retenu que les troubles du coude gauche ayant motivé l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017

A/1345/2018 - 15/18 - n'étaient en aucun cas séquellaires des événements des 7 janvier et 18 février 2017. Or dans la mesure où elle a fondé son appréciation sur l'absence de bursite objectivée lors des examens, son avis doit être examiné avec circonspection. Le Dr H_____ retient quant à lui une réaction tissulaire (justifiant une bursectomie) à la présence d'ostéophyte. Or le médecin précise que les ostéophytes ou becs de perroquets sont une excroissance osseuse anormale, fréquents dans l'évolution de l'arthrose, souvent présents après dégénérescence du cartilage articulaire. Ils ne sont jamais accidentels et leur développement se fait sur plusieurs années. De leur côté, les Dr D_____ et E_____ considèrent que la bursite était imputable aux événements de janvier et février 2017. Dans son rapport médical du 22 mai 2017, le Dr D_____ retient le diagnostic de « bursite post-traumatique », concordant avec l'événement du 18 février 2017. Quant au Dr E_____, il relève, dans son courriel du 9 mai 2017, que le traumatisme du coude gauche survenu au mois de janvier a laissé des séquelles de type bursite à répétition avec un bec olécrânien. Il s'agit cependant de simples avis médicaux qui ne satisfont pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Ils suffisent néanmoins à jeter un doute sur l'appréciation du Dr H_____, dont la motivation est succincte. Le médecin n'expose en particulier pas les motifs pour lesquels il a exclu que la bursite ait été provoquée par un choc, ou qu'elle ait résulté d'une réaction à une autre atteinte constatée lors de l'intervention (insertion distale du triceps très inflammatoire) ou à l'examen IRM (contusion osseuse). Son appréciation selon laquelle l'ostéophyte n'était jamais accidentelle est du reste contredite par le Dr E_____ qui a précisé en audience qu'il était difficile d'estimer si la cause de la morphologie de l'olécrâne du recourant était accidentelle ou morphologique. Dans ces conditions, la chambre de céans n'est pas à même de trancher le litige et il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique. Le Prof. Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a été proposé aux parties comme expert. Il aura notamment pour

mission de déterminer si les atteintes ayant justifié l'intervention du 31 mai 2017 doivent être mises en relation avec les événements survenus les 7 janvier et/ou

E. 18

février 2017 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ?

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.