

GE_GERICHTE ATAS/587/2018 vom 26. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_587_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/587/2018 du 26 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/587/2018 del 26 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

a. Selon l'art. 58 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2). Au jour du dépôt de la demande, le recourant était domicilié en France. Cependant, dans la mesure où son dernier employeur, la société B_____ SA, était sise à Genève, les tribunaux genevois sont compétents.

A/2800/2017 - 8/17 - b. 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

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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 ; ATF 116 V 145 consid. 2b). 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 ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). 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 involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à

l'assurance-maladie d'en

A/2800/2017 - 10/17 - prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c ; ATF 114 V 301 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). 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 arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.1). En revanche, une lésion SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior) ne fait pas partie des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 4). Il en va de même d'une fissure à la jonction sus-épineux/sous-épineux, laquelle ne saurait être assimilée à une déchirure des tendons, même partielle (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3). 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2 ; U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 7

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

A/2800/2017 - 11/17 - 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 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. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

A/2800/2017 - 12/17 - b/bb. 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 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). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

E. 8

a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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) 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

A/2800/2017 - 13/17 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du

E. 11

juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 9. En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations, avec effet au 31 octobre 2015, au motif que le statu quo aurait été atteint à cette date. a/aa. À titre liminaire, il convient de résumer la situation médicale. Le 15 septembre 2015, le recourant a chuté dans l'escalier de son club de sport et, en tentant de se rattraper à la main courante, il a ressenti une forte douleur à l'épaule et à la main gauches. L'arthro-IRM réalisée le 30 septembre 2015 a notamment

décelé une petite fissuration interstitielle à la limite entre les tendons supra-épineux et infra-épineux. Dans le cadre d'un traitement expérimental, le recourant a bénéficié, les 6 octobre et 5 novembre 2015, d'une infiltration de PRP au niveau de la lésion fissuraire interstitielle du tendon supra-épineux. En raison de l'échec de ce traitement expérimental, le recourant a subi, le 3 octobre 2016, une arthroscopie au cours de laquelle le Dr D_____ a procédé à une ténodèse du long chef du biceps, à une acromioplastie antérieure et latérale ainsi qu'à une résection du centimètre externe de la clavicule. Suite à cette intervention, le recourant a été incapable de travailler du 3 octobre au 3 novembre 2016. Compte tenu des constatations faites lors des arthro-IRM et de l'intervention du 3 octobre 2016, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux,

A/2800/2017 - 14/17 - tendinopathie sévère du long chef du biceps, de conflit sous-acromial et d'arthropathie acromio-claviculaire. Pour le Dr E_____, médecin-conseil de l'intimée, toutes les atteintes dont souffre le recourant sont d'origine dégénérative, la lésion fissuraire ne pouvant au demeurant pas être qualifiée de déchirure – même partielle – d'un tendon. L'accident assuré a tout au plus entraîné une contusion, dont le délai de guérison est de six semaines au maximum (avis des 22 mai, 18 août et 15 décembre 2017). En revanche, pour le Dr D_____, l'accident assuré a décompensé la maladie arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire et causé une lésion du sus-épineux. S'agissant de l'intervention du 3 octobre 2016, la résection du centimètre externe était en lien avec la maladie arthrosique, d'origine dégénérative. Toutefois, ce geste ainsi que l'acromioplastie avaient été nécessaires afin de parfaire le résultat de la tendinopathie sévère du long chef du biceps (voir courrier du Dr D_____ du

E. 15

mai 2017). Dans son courrier du 4 octobre 2017, le Dr D_____ a encore précisé que la lésion interstitielle et l'atteinte du long chef du biceps pouvaient être attribuées, selon toute vraisemblance, à l'accident, au contraire de l'atteinte acromio-claviculaire, qui était vraisemblablement dégénérative. Pour le médecin traitant, il convenait ainsi de répartir les frais entre l'assurance-maladie et l'intimée. a/bb. Comme l'a relevé le Dr E_____, la fissure à la jonction tendons supra-épineux et infra-épineux ne constitue pas une lésion corporelle assimilée à un accident (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3). Au demeurant, le Dr D_____ n'a à aucun moment prétendu le contraire. Quant au conflit sous-acromial et à l'arthropathie acromio-claviculaire, elles doivent à l'évidence être qualifiées d'atteintes dégénératives. Au demeurant, le Dr D_____ ne prétend à nouveau pas le contraire. Cela étant, pour le Dr D_____, l'accident assuré a entraîné la fissure du tendon sus-épineux et une atteinte au long chef du biceps ainsi qu'une décompensation de l'état antérieur. Or, conformément à la jurisprudence, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident et 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). b. Dès lors que seule la prise en charge de l'intervention du 3 octobre 2016 et de l'incapacité de travail y consécutive est litigieuse, les rapports médicaux au dossier doivent répondre aux questions suivantes : ■ s'agissant de la lésion fissuraire du tendon sus-épineux et de celle du long chef du biceps : l'accident assuré en est-il la cause à tout le moins partielle ? Dans

A/2800/2017 - 15/17 - l'affirmative, un statu quo sine vel ante a-t-il été atteint et à quelle date ? Si en date du 3 octobre 2016, aucun statu quo n'a été atteint, l'arthroscopie avait-elle pour but de traiter la lésion fissuraire du tendon sus-épineux ? ■ s'agissant de la décompensation d'un état antérieur : l'accident assuré a-t-il décompensé un état antérieur et lequel ? Dans l'affirmative, à quelle date un statu quo a-t-il été atteint ? Si en date du 3 octobre 2016, aucun statu quo n'a été atteint, dans quelle mesure l'arthroscopie avait-elle pour but de traiter l'état maladif préexistant tel que causé ou aggravé par l'accident ? Il convient donc d'examiner si les appréciations des Drs E_____ et D_____ revêtent une pleine valeur probante et si elles répondent aux questions précitées. c. D'emblée, la chambre de céans constate qu'aucun des rapports au dossier ne répond à toutes les questions précitées, de sorte qu'ils sont tous lacunaires. En effet, le Dr E_____ n'a, à aucun moment, examiné la question de la décompensation d'un état dégénératif antérieur, alors que cet aspect a été soulevé par le Dr D_____. En réalité, le médecin-conseil de l'intimée s'est contenté d'examiner le lien de causalité en fonction de la notion prédominante en matière médicale, laquelle ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). Le Dr E_____ n'a pas non plus expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que la lésion fissuraire n'était pas d'origine traumatique, se contentant de faire des généralités en lien notamment avec l'âge du recourant. Les mêmes critiques peuvent être formulées à l'encontre des avis du Dr D_____. Certes, c'est ce dernier qui a évoqué la question de la décompensation d'un état antérieur. Il n'a toutefois ni décrit ni motivé sa position. De plus, ses appréciations peuvent prêter à confusion, l'atteinte évoquée étant tantôt la lésion du sus-épineux, tantôt la tendinopathie du long chef du biceps. 10. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité (décompensation et statu quo) entre les atteintes encore ressenties par le recourant et l'accident assuré. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur la nature des atteintes et l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 15 septembre 2015 et les troubles présentés par le recourant au-delà du 31 octobre 2015, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un statu quo. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de son médecin-conseil, très peu motivés et ne disposant pas d'une valeur probante suffisante. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, laquelle devra notamment répondre aux questions évoquées ci-dessus par la chambre de céans.

A/2800/2017 - 16/17 - 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 22 mai 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). * * * * *

A/2800/2017 - 17/17 - 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.