

# **GE\_GERICHTE ATAS/614/2011 vom 9. Juni 2011**

GE Cour de justice, 2011-06-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_614\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_614_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/614/2011 du 9 juin 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/614/2011 del 9 giugno 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le TCAS connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le TCAS (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août 2008 (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à supprimer avec effet au 21 mars 2006 le droit du recourant à des prestations pour les suites de l'accident du 7 février 2006. En particulier, il s'agit d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d) entre cet événement et l'affection du recourant à l'épaule droite, au-delà du 21 mars 2006.

#### **E. 4.1**

La causalité est naturelle 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 181 consid. 3.1).

#### **E. 4.2**

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations

cesse si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du

A/3279/2008 - 20/28 - 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 - question du *statu quo ante* - ou qu'il rejoint celui qu'il serait devenu tôt ou tard indépendamment de tout accident, selon l'évolution ordinaire - question du *statu quo sine* - (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 sv. consid. 4b; Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 n° 3 et 4; Debrunner/Ramseier, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, *Bulletin des médecins suisses* 71/1990, p. 1093).

#### **E. 4.3**

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve ne pèse pas sur l'assuré mais sur l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Ce règle entre cependant seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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 8C.233/2007 du 25 mars 2008, consid. 2 et la référence).

#### **E. 4.4**

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement (c'est-à-dire en cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident), 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; 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.

A/3279/2008 - 21/28 - 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 (arrêt 8C\_262/2008 du 11 février 2008, consid. 2.2).

## **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 LPG). 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles e. les froissements de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a; 147 consid. 2b, et les références).

### **E. 5.1**

D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs est assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43).

### **E. 5.2**

La notion de lésion 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 en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 ss

A/3279/2008 - 22/28 - consid. 2b; 116 V 147 ss consid. 6c; 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; 1988 n° U 57 p. 373 consid. 4b et les références citées dans ces arrêts).

### **E. 5.3**

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.

## **E. 6**

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts

8C\_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2).

### **E. 6.1**

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 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

### **E. 6.2**

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, à défaut de l'existence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie.

A/3279/2008 - 23/28 - L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée, dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470).

### **E. 7**

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

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). En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 ss. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en

A/3279/2008 - 24/28 - 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). 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 entre elles. En pareil circonstance, 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'elles auraient, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa).

## **E. 8**

En l'occurrence, la Chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du Dr V \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2010 (et de ses compléments des 1er février et 28 mars 2011), selon lesquelles la déchirure diagnostiquée le 13 avril 2006 avait une origine exclusivement dégénérative et non traumatique et qu'il n'existait, dès lors, pas de lien de causalité entre l'accident du 7 février 2006 et cette déchirure. A cet égard, l'expert, se fondant sur les critères de LEHNER et LOW, a en particulier retenu que le mécanisme lésionnel n'était pas apte à créer (même en partie), une lésion par déchirure de la coiffe des rotateurs (et cela même en présence de troubles dégénératifs existants, lesquels n'avaient en l'occurrence qu'un caractère modéré) (voir aussi sur ce point Jean-Michel DUC, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, in SZS/RSAS 50/2006,

p. 535 § 3.1 : la responsabilité de l'assurance-accident doit être exclue s'il n'est pas établi que la pathologie au sens de l'art. 9 al. 2 OLA est en relation de causalité avec le facteur extérieur invoqué, soit si le mouvement du corps invoqué n'est pas propre à causer dite lésion). Cet expert a également retenu qu'il n'y avait pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate (l'expertisé ayant même été rassuré sur le moment, puisque, selon ses déclarations à l'expert O\_\_\_\_\_, l'épaule « bougeait bien »), et que l'échographie de l'épaule droite effectuée le 13 février 2006, soit quelques jours à peine après l'accident, n'avait révélé l'existence

A/3279/2008 - 25/28 - d'aucun épanchement liquidien ou sanguin au niveau de la bourse sous-acromio- deltoïdienne ou de contours irréguliers du tendon des muscles sus-et sous-épineux, ce qui permettait d'exclure avec une forte probabilité l'origine traumatique, et partant, de confirmer le diagnostic de contusion simple ; de plus, ni l'arthro-IRM du

### **E. 13**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/3279/2008 - 27/28 -

A/3279/2008 - 28/28 -

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