

GE_GERICHTE ATAS/615/2014 vom 19. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_615_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/615/2014 du 19 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/615/2014 del 19 maggio 2014

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 dès 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 26 janvier 2012 et les troubles présentés par l'assuré à l'épaule droite et à la main droite au-delà de trois mois après l'évènement.

A/2321/2013 - 9/16 -

E. 3

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. Par accident, 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 4

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement 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'évènement 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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 accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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. 5

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du 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 (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans

A/2321/2013 - 10/16 - l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du 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 (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

E. 6

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le

problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 7

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/2321/2013 - 11/16 - 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. A 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Etant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). 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

A/2321/2013 - 12/16 - 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).

E. 8

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).

E. 9

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 de ces dernières 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). 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 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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou

A/2321/2013 - 13/16 - aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés

(VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 11

En l'espèce, l'intimée considère que le statu quo sine a été retrouvé trois mois après l'accident en se fondant exclusivement sur le rapport de son médecin-conseil. Selon celui-ci, le patient présente une tendinopathie calcifiante de l'épaule et un syndrome du tunnel carpien bilatéral lesquels sont clairement à la charge de l'assurance maladie. Il se fonde, en premier lieu, sur les radiographies du 28 janvier 2012 lesquels faisaient état, selon lui, de cette tendinopathie calcifiante. Or, tel n'est pas le cas. Les radiographies du 28 janvier 2012 ne mentionnent nullement cette affection. Seule une « petite calcification projetée près de l'insertion humérale du sus-épineux (coiffe des rotateurs) est citée par le Dr C_____. De surcroît, dans son rapport du même jour, le Dr D_____ ne fait nulle mention d'un diagnostic de tendinopathie calcifiante. Au contraire, elle conclut qu'une lésion de la coiffe des rotateurs ne peut pas être exclue à ce stade et qu'un examen complémentaire est à prévoir en ambulatoire selon l'évolution. Ainsi, le résumé que fait le Dr H_____ des examens du 28 janvier 2012 est erroné, ou à tout le moins peu précis. Tel est aussi le cas avec l'échographie du 1er février 2012. Le médecin d'AXA indique que cette pièce confirme la tendinopathie calcifiante sans déchirure de la coiffe des rotateurs. Or, le Dr E_____ ne fait mention que de « signes de tendinopathie ». Il ne relève que la présence de « minimes calcifications ». La conclusion mentionne le diagnostic de tendinopathie, mais ne fait pas mention de tendinopathie calcifiante. Le résumé de l'échographie, tel que fait par le médecin conseil d'AXA, manque de précision et de nuances. Cumulé avec le compte rendu effectué par ledit médecin des documents du 28 janvier 2012, il en ressort un diagnostic contestable aux yeux de l'assuré. A ce titre, la chambre de céans ignore quels documents précisément étaient en possession du Dr H_____ et notamment s'il possédait les images des radios du 28 janvier 2012 et de l'échographie du 1er février 2012. Ceux-ci ne sont en tous les cas pas dans le dossier en possession d'AXA comme l'intimée l'a confirmé à la chambre de céans, en indiquant que la totalité des pièces médicales était versée à la procédure. AXA indique par ailleurs que le médecin s'est fondé sur les radios du 14 décembre 2012. Or, à l'évidence de tels documents n'existent pas. Si le rapport du

A/2321/2013 - 14/16 - Dr C_____ est daté du 14 décembre 2012, il se réfère exclusivement aux radiographies du 28 janvier 2012. Le Dr H_____ mentionne que « l'évolution a été favorable permettant la reprise du travail après un mois ». Or, le Dr F_____ a expliqué que l'assuré n'avait jamais été en arrêt de travail, mais exclusivement en arrêt d'activités sportives pendant le mois qui a suivi l'accident. Informé de cette erreur, AXA a indiqué que cela le confortait dans sa position. Toutefois, si l'assuré n'a pas été en arrêt de travail et que seule l'arrêt d'activité sportive a été interrompu pendant un mois, l'intimée ne possède aucun élément déterminant pour conclure à une amélioration de la situation, ce d'autant moins que le recourant n'a eu de cesse de se plaindre de douleurs à son épaule droite principalement et qu'un syndrome du tunnel carpien droit est venu s'ajouter au tableau clinique. De surcroît il n'est pas exclu que, précisément du fait que l'assuré a refusé un arrêt de travail alors que selon son médecin traitant il était en droit d'en bénéficier, sa guérison en ait été quelque peu ralentie. Enfin, le Dr H_____ n'a jamais rencontré l'assuré alors même que les deux témoins ont eu l'occasion de l'ausculter, et même de régulièrement

le rencontrer pour le Dr F_____. Dans ces conditions, la chambre de céans considère que le cumul d'imprécisions du rapport du Dr H_____ ne permet pas de lui accorder pleine valeur probante. Le résultat de tendinopathie calcifiante n'est pas convaincant et plusieurs indices permettent de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du médecin-conseil. La prise de position du Dr H_____ est formellement contestée par le médecin traitant de l'assuré. Entendu en audience celui-ci est venu confirmer qu'à son avis, il ne pouvait pas être retenu de diagnostic de tendinopathie calcifiante quelques jours après l'accident, compte tenu des rapports médicaux établis les 28 janvier et 1er février 2012. L'assuré présentait une tendinopathie, soit une inflammation aiguë. Selon le témoin, elle était clairement consécutive à la chute, avec, peut-être des signes d'une ancienne atteinte, antérieure, asymptomatique. Les minimes calcifications mentionnées dans le rapport n'auraient, sans l'accident, jamais causé de dommages conséquents. Aucun des praticiens consultés juste après l'accident ne faisaient état de l'aspect clairement calcifiant et dégénératif de cette affection. L'aspect calcifiant était intervenu depuis l'accident, mais n'était pas présent en janvier 2012. Concernant le statut quo sine, le dogme des trois mois tel qu'énoncé par le Dr H_____ n'était pas respecté. Certaines tendinites pouvaient être très longues à guérir. Dans le cas d'espèce, selon les dires de M. A_____, celui-ci n'avait pas encore totalement récupéré la mobilité de son épaule droite. Le fait que l'assuré ait présenté, en septembre 2012, une atteinte au tunnel carpien tant à droite qu'à gauche, mais que les symptômes ne soient apparus que du côté de l'épaule accidentée, alors même que l'atteinte était légèrement plus marquée du côté non

A/2321/2013 - 15/16 - accidenté, rend vraisemblable, avec le degré imposé par la jurisprudence, que le statu quo sine n'était pas atteint trois mois après l'accident. Le Dr G_____ a confirmé qu'il n'était pas exclu que l'accident à l'épaule droite ait été révélateur des symptômes, ce qui expliquerait pourquoi aucun symptôme n'est ressenti par l'assuré du côté gauche. L'immobilisation prolongée d'un membre pouvait révéler quelque chose de sous-jacent qui par hypothèse, sans accident, pouvait même ne jamais se révéler. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans retient comme établi avec le degré de vraisemblance suffisante selon la jurisprudence que la tendinopathie et les symptômes liés au syndrome du tunnel carpien droit sont des suites de l'accident du 26 janvier 2012. Les traitements effectués par les Dr F_____ et G_____ en relation avec ces deux affections doivent être prises en charge par l'assurance-accident.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du

E. 17

juin 2013 sera annulée. Le recourant obtenant 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 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

***** 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.