

GE_GERICHTE ATAS/62/2017 vom 26. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_62_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/62/2017 du 26 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/62/2017 del 26 gennaio 2017

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) 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.

A/2218/2016 - 7/13 -

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 6 octobre 2014 peut être qualifié d'accident ou s'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident, de sorte que le droit aux prestations de l'assureur-accidents est donné.

E. 4

a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). b. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur

extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

E. 5

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

A/2218/2016 - 8/13 - 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, 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. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 7

a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art.

E. 9

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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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).

E. 10

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant a subi une lésion assimilée à un accident lors de l'événement du 6 octobre 2014, de sorte que le traitement de l'atteinte est à la charge de l'intimée. En effet, les parties s'accordent à dire que le recourant n'a pas subi un accident au sens de la LAA. Il convient de constater à cet égard que le mouvement du

A/2218/2016 - 11/13 - recourant, responsable selon ses dires des lésions au coude, a consisté à tirer un grand coup avec le bras en hauteur pour décoincer un plateau d'échafaudage. Il s'agit ainsi d'un geste qui doit être considéré comme habituel dans le cadre de l'activité professionnelle de charpentier-couvreur du recourant. La caractéristique d'extraordinaire fait ainsi défaut, de sorte que ce mouvement ne peut être considéré comme un accident.

E. 11

Se pose donc la question de savoir si la lésion peut être assimilée un accident au sens de la loi, en particulier s'il y a lieu d'admettre l'existence d'une déchirure partielle d'un tendon ou d'une déchirure du tendon au niveau de son insertion osseuse (désinsertion). a. En ce qui concerne le facteur extraordinaire de l'évènement en cause, son existence doit être admise,

dès lors que la douleur est apparue lors d'une traction. Quant à la première déclaration d'accident de l'employeur, mettant en doute une cause extérieure, celle-ci a manifestement transcrit de façon erronée les propos du recourant, comme cela résulte des déclarations concordantes subséquentes du recourant à l'intimée et à ses médecins. Au demeurant, l'intimée ne met pas en doute ces dernières déclarations. b. S'agissant de la qualification des lésions, selon le rapport relatif à l'IRM du 18 février 2016 du coude gauche, cet examen met en évidence un tendon des épicondyliens épaissis œdémateux et un discret hypersignal diffus secondaire à une désinsertion focale du tendon. Il n'y a pas d'anomalie de signal au sein de la corticale et de l'os spongieux. L'IRM pratiquée de ce membre le 26 septembre 2016 montre également un épaississement avec hypersignal hétérogène du tendon conjoint des extenseurs du coude gauche, avec un hypersignal liquidien, en faveur d'une fissuration intra-tendineuse sur environ deux centimètres en hauteur. Il s'agit, selon le rapport de la Dresse F_____, d'une modification intra-tendineuse sans interruption de la continuité (transfixiante). Il n'y a pas de rupture tendineuse ni partielle ni complète. Selon ce médecin, il n'y a pas non plus une désinsertion, à savoir une déchirure du tendon au niveau de son insertion osseuse, même si l'IRM du 18 février 2016 fait état d'une désinsertion focale du tendon. La Dresse F_____ qualifie cette expression de vraisemblablement peu appropriée, dès lors que le radiologue a également écrit dans son rapport relatif à cette même IRM qu'il n'y a pas d'anomalie de signal au sein de la corticale ou de l'os spongieux, ce qui veut dire qu'il n'y a ni arrachement osseux ni perte de contact entre l'os et le tendon. La Dresse F_____ se fonde aussi sur l'échographie pratiquée le 17 octobre 2014, soit dix jours après l'événement en cause, laquelle ne révèle pas d'hématome en superficie ou en profondeur. Or, une désinsertion, même minime, aurait automatiquement entraîné un saignement qui aurait été encore visible lors de cette échographie. Le Dr C_____ ne mentionne pas non plus un œdème ou un hématome dans son rapport médical du 14 novembre 2014.

A/2218/2016 - 12/13 - Le rapport de la Dresse F_____ a été rendu en pleine connaissance du dossier médical et repose sur une analyse approfondie des examens radiologiques du coude gauche. Ses explications sont motivées et convaincantes. Par ailleurs, dès lors que la nature exacte des lésions ne peut en l'occurrence être déterminée que par l'examen des documents radiologiques, le fait que ce médecin n'a pas examiné le recourant n'a aucune importance. Il peut ainsi être attribué à cette appréciation médicale une pleine valeur probante. Le recourant se prévaut de ce que le rapport relatif à l'IRM du 26 septembre 2016 mentionne une fissuration intra-tendineuse et une lésion qui s'étend sur 2 cm en hauteur, et qu'il s'agit par conséquent d'une rupture partielle d'un tendon. Toutefois, cette IRM met uniquement en évidence la persistance d'un épaississement avec hypersignal hétérogène du tendon conjoint des extenseurs au coude gauche, avec un hypersignal liquidien. Si le radiologue a ajouté que cela parlait en faveur d'une fissuration intra-tendineuse, il s'agit d'une interprétation et non pas d'une nouvelle constatation. Au contraire, cet examen est superposable à l'IRM du 18 février 2016 qui montrait déjà un tendon des épicondyliens épaissi, oedémateux et un discret hypersignal diffus secondaire à une désinsertion focale accompagné d'un clivage intra-tendineux sur 16 mm traduisant une tendinopathie épicondylienne. La différence essentielle entre les rapports relatifs à ces deux IRM consiste en ce que ce dernier rapport fait état d'un "clivage intra-tendineux", alors le radiologue de l'IRM du 26 septembre 2016 mentionne une "fissuration intra-tendineuse". Cela étant, sur la base des explications convaincantes de la Dresse F_____, il convient de considérer qu'il s'agit en fait d'une altération tendineuse, mais non pas une rupture tendineuse, soit une interruption des fibres tendineuses transversalement (transfixiante) à l'axe de force du

tendon. En tout état de cause, pour autant qu'une fissuration puisse être considérée comme une rupture partielle, l'IRM du 26 septembre 2016 ne permet pas de retenir qu'une telle lésion ait été objectivée médicalement de manière manifeste, comme exigé par le Tribunal fédéral (cf. références citées ci-dessus), dès lors que cet examen est en substance superposable à celui du 18 février 2016 et que la qualification précise de lésion est visiblement sujette à interprétation. Sur la base du rapport de la Dresse F_____, il doit ainsi être constaté qu'il n'y a pas de lésion assimilée à un accident au sens de la loi, à savoir une déchirure partielle de tendon ou une désinsertion. Par conséquent, l'intimée était fondée de refuser d'intervenir pour les lésions en cause.

E. 12

Cela étant, le recours sera rejeté.

E. 13

La procédure est gratuite.

A/2218/2016 - 13/13 - 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.