

GE_GERICHTE ATAS/645/2022 vom 11. Juli 2022

GE Cour de justice, 2022-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_645_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/645/2022 du 11 juillet 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/645/2022 del 11 luglio 2022

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

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations pour accident, au-delà du 31 août 2020.

E. 5

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.

A/568/2021 - 9/15 - 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). Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 6

Selon l'art. 66 al. 3bis LAA, les personnes au chômage sont assurées auprès de la SUVA. Le Conseil fédéral détermine l'assureur compétent en cas de gain intermédiaire, de chômage partiel et de mesures relatives au marché du travail. L'art. 130 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) règle la compétence des

assureurs en cas d'accident alors que l'assuré réalise un gain intermédiaire au sens de la loi fédérale sur l'assurance- chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (LACI - RS 837.0). Il prévoit notamment que l'assureur de l'entreprise au service de laquelle le gain intermédiaire est réalisé intervient en cas d'accident professionnel ou en cas d'accident non professionnel lorsqu'un accident survient alors un jour où un gain intermédiaire aurait dû être réalisé.

E. 7.1

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 7.2

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

A/568/2021 - 10/15 - sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2). Notre Haute Cour a retenu que le statu quo sine ne peut être atteint avant une intervention chirurgicale visant à traiter une lésion préexistante à l'accident, lorsque les troubles ayant nécessité cette opération ont été déclenchés par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.3). Déterminer l'avènement du statu quo sine d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

E. 7.3

Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). 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 du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le statu quo ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident

A/568/2021 - 11/15 - (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, 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 accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »). 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 du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références).

E. 8

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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). La jurisprudence a posé le principe que 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 est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la

validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4). Cette expertise doit être réalisée par un médecin indépendant et mise en œuvre conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA (Jacques Olivier PIGUET in Commentaire romand LPGA, 2018, n. 32 ad art. 43 LPGA).

A/568/2021 - 12/15 -

E. 9.1

Dans le cas d'espèce, il convient, en préambule, de souligner que la décision initiale de l'intimée, confirmée sur opposition, repose sur un avis pour le moins laconique du Dr C_____, que ce dernier n'a nullement motivé. On s'étonne que l'intimée n'ait demandé une appréciation étayée qu'une fois sa décision contestée par le recourant. En effet, l'art. 43 LPGA consacre la maxime inquisitoire et impose à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires. L'obligation d'instruire d'office les aspects médicaux est violée notamment lorsqu'aucune expertise n'a été réalisée ou lorsque l'expertise est lacunaire (Cristina SCHIAVI in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 3 ad art. 43 LPGA). Par analogie, on peut douter que l'assureur qui se fonde sur un avis émis sur un formulaire dénué de toute explication ait correctement instruit l'aspect médical sous-tendant le droit aux prestations, a fortiori lorsque comme en l'espèce, les autres rapports médicaux au dossier sont très succincts. Les conséquences d'une éventuelle violation de l'obligation d'instruire d'office n'ont cependant pas à être examinées plus avant au vu du sort du litige.

E. 9.2

Sur le fond, la première appréciation du Dr C_____ semble incomplète. Ce médecin paraît en effet admettre que la bursite révélée par l'IRM pourrait avoir été causée par l'accident, avant de se focaliser sur la tendinopathie, en se fondant sur la prévalence d'une telle atteinte, dans la population de plus de 40 ans, pour exclure son origine traumatique et conclure à une simple contusion guérissant généralement en deux mois. Or, ce faisant, il ne se prononce plus sur le lien de causalité entre l'accident et la bursite et ne tient pas compte de cette pathologie. Dans la mesure où cette bursite subsistait à l'échographie en juin, le délai de deux mois articulé par le médecin d'arrondissement pour la guérison d'une contusion ne convainc pas. De plus, en ce qui concerne la tendinopathie, sa fréquence dans certains groupes de la population ne permet pas d'exclure une origine traumatique dans tous les cas, en l'absence de tout argument dans ce sens. On soulignera notamment ici qu'il n'existe au dossier aucune image qui révélerait une atteinte similaire à l'autre épaule (dominante), ce qui pourrait plaider en faveur d'un trouble d'origine dégénérative. Enfin, conformément à la jurisprudence citée, une référence au délai de convalescence usuel d'une atteinte est insuffisante pour fixer le statu quo ante ou sine, à défaut de tout autre argument médical. Partant, l'appréciation du 9 septembre 2020 du Dr C_____ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante. En outre, les avis contraires des médecins traitants suscitent des doutes quant à ses conclusions, et ce même si les certificats du Dr B_____ et

les rapports du Dr D_____ ne sont pas non plus conformes aux exigences dégagées par la jurisprudence en la matière et ne suffisent en soi pas à trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant. Les divers documents médicaux recueillis par la suite ne suffisent pas à dissiper les doutes que soulève la première appréciation du Dr C_____. En ce qui

A/568/2021 - 13/15 - concerne sa prise de position du 11 mars 2021, elle suggère que les douleurs du recourant pourraient être imputables à l'irradiation des douleurs générées par une « possible » pathologie des vertèbres C6-C7. Cette indication paraît cependant relever de la spéculation, et on s'étonne du reste que le Dr C_____ n'ait pas évoqué cette possible cause des troubles du recourant dans son précédent avis si elle devait véritablement être prise en considération. Le Dr C_____ répète en outre que la tendinopathie ne peut avoir été créée par l'accident, encore une fois sans motiver cette assertion par d'autres éléments que la fréquence d'une telle atteinte chez des travailleurs manuels de plus de 40 ans. De plus, quand bien même la tendinopathie n'aurait pas été causée par l'accident, il faudrait néanmoins déterminer si elle a pu être aggravée par cet événement, et le Dr C_____ n'a nullement analysé cette question. Cette appréciation est en outre muette sur le rôle de la bursite – dont il avait pourtant apparemment admis la nature traumatique dans son premier avis, comme on l'a vu – dans les troubles du recourant. Enfin, la cotation des douleurs et leur traitement antalgique ne sont pas des éléments pertinents pour trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les pathologies du recourant. Quant à l'avis de ce médecin d'arrondissement du 27 avril 2021, il se borne, pour l'essentiel, à s'interroger sur l'indication à l'arthroscopie pratiquée par le Dr D_____. Or, cette question n'est pas déterminante à ce stade de la procédure, dès lors que la possibilité que cette intervention n'ait pas été indiquée médicalement ne permet pas d'exclure que les lésions qu'elle visait à traiter ne soient pas en lien de causalité avec l'accident, ou même que des troubles d'origine traumatique aient persisté au-delà du 31 août 2020. Dans l'avis du 18 janvier 2022, le Dr C_____ semble vouloir exclure une origine traumatique en l'absence de renseignements sur la cinétique accidentelle permettant d'aboutir à une telle conclusion. Dans la mesure où l'instruction du dossier incombe à l'intimée, cet argument est pour le moins surprenant. Si ce médecin estimait nécessaire d'éclaircir ce point pour trancher la question de la causalité naturelle, il aurait en effet dû inviter l'intimée à recueillir des informations à ce sujet, et on peut inférer de la mention de cette lacune que les précédentes appréciations du Dr C_____ se fondaient sur un dossier incomplet. Pour le surplus, cette appréciation du 18 janvier 2022 ne peut être suivie en tant qu'elle soutient qu'il n'existe aucune pièce démontrant une atteinte accidentelle excédant une simple contusion guérie en deux mois. Comme on l'a vu, la bursite n'était pas guérie dans ce délai, et le Dr D_____ a constaté plusieurs lésions, selon lui d'origine traumatique, lors de son intervention. Ce chirurgien a de plus donné plusieurs arguments allant dans le sens de lésions traumatiques dans son rapport du 27 janvier 2022. Enfin, la dernière appréciation produite par l'intimée, émanant du Dr E_____, ne suffit pas non plus à exclure un lien de causalité entre les atteintes du recourant et l'accident de janvier 2020. Ce médecin y affirme que seuls des éléments

A/568/2021 - 14/15 - dégénératifs auraient été décelés à l'IRM, ce qui ne ressort nullement du rapport du radiologue d'une part, et va à l'encontre du premier avis du Dr C_____ au sujet de la bursite d'autre part. Le Dr E_____ ne semble, par ailleurs, pas expressément contester la réalité des lésions constatées à l'arthroscopie, mais simplement souligner qu'elles ne seraient pas visibles à l'IRM. Cela ne suffit cependant pas à conclure à leur

inexistence si elles sont établies par d'autres documents. De plus, leur origine non exclusivement traumatique ne suffit pas, conformément aux principes rappelés ci-dessus, à nier un lien de causalité entre les troubles qu'elles entraînent et l'accident. Enfin, le Dr E_____ admet une aggravation temporaire liée à l'accident, mais n'indique pas sa durée et ne se prononce pas sur le délai de deux mois articulé par le Dr C_____ à cet égard. Cet avis est ainsi également insuffisamment motivé.

E. 9.3

Au vu de ce qui précède, les appréciations des médecins d'arrondissement ne peuvent se voir reconnaître valeur probante – à l'instar des rapports des médecins traitants – et ne suffisent ainsi pas à trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant au-delà du 31 août 2020. L'instruction doit ainsi être complétée sur ce point. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant de l'avis d'un médecin interne non conforme aux exigences en la matière. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

E. 10

Le recours est partiellement admis.

E. 11

Assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

E. 12

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/568/2021 - 15/15 - 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.