

# GE\_GERICHTE ATAS/821/2018 vom 18. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_821\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_821_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/821/2018 du 18 septembre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/821/2018 del 18 settembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

a. 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

a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

A/1683/2017 - 9/16 - (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. 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 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). d. 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. 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**

Selon l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère

A/1683/2017 - 10/16 - extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. 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. Si, par contre, une telle lésion 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 et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008). Lorsque le statu quo ante vel sine est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder 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 du Tribunal fédéral 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C\_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 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 le 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

#### **E. 8**

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède

(al. 2). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103

A/1683/2017 - 11/16 - consid. 3d ; 139 consid. 3c ; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

### **E. 9**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de

### **E. 10**

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. 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

A/1683/2017 - 12/16 - 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 (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. 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).

### **E. 11**

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). 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 (RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

#### **E. 12**

En l'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations en se fondant sur une expertise de la Clinique Corela, fixant le retour au statu quo sine des lésions de l'épaule gauche

A/1683/2017 - 13/16 - au 12 novembre 2016, c'est-à-dire six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr D\_\_\_\_\_. De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et la date du statu quo sine. Elle se prévaut notamment des rapports de son chirurgien ainsi que d'une expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 11 avril 2017, diligentée dans le cadre d'une procédure LCA. La recourante reproche également à l'intimée de ne pas lui avoir donné l'occasion de faire récuser l'experte de la Clinique Corela et de poser des questions complémentaires.

#### **E. 13**

D'emblée, il convient de relever que l'opération du 12 mai 2016 a consisté à pratiquer une acromioplastie, une ténodèse du biceps et une suture du tendon sous-épineux de l'épaule gauche. En outre, il ressort du rapport opératoire que le tendon sus-épineux était rompu. On se trouve donc en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f LAA. Dans son rapport d'avril 2016, l'experte de la Clinique Corela a considéré en substance que le traumatisme subi par l'assurée en octobre 2015 avait entraîné une aggravation d'un état antérieur (dégénérescence tendineuse), sous la forme d'une rupture partielle interstitielle du tendon du muscle supra-épineux. Selon elle, on pouvait s'attendre à ce que la situation évolue vers un statu quo sine six mois après l'opération de l'épaule gauche du 12 mai 2016, les symptômes douloureux étant censés nettement diminuer voire disparaître entre le troisième et le sixième mois post opératoire, bien qu'une gêne au niveau du bras gauche pouvait persister au-delà du sixième mois lorsqu'étaient accomplis des gestes au-dessus de l'horizontale. L'experte de la Clinique Corela a conclu, dès le 12

novembre 2016, à une capacité de travail de 100 % dans la profession de femme de chambre et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. De son côté, le Dr E\_\_\_\_\_, mandaté par la division perte de gain LCA de SWICA pour réaliser une expertise, a fait état en avril 2017 – une année après l'expertise de la Clinique Corela – d'une évolution insatisfaisante de la lésion de la coiffe des rotateurs. L'évolution était « lente et marquée par une difficulté pour mobiliser [l']épaule gauche ». L'assurée se plaignait d'une mobilité incomplète de l'épaule gauche et de douleurs lorsqu'elle se couchait ou mobilisait son épaule au-delà de l'horizontale. À l'issue de son examen clinique, l'expert a fait état d'amplitudes articulaires plus faibles pour l'épaule gauche que pour l'épaule droite (flexion- extension mesurée à 110°-0°-50° du côté gauche et 130°-0°-60° du côté droit ; abduction active à 50° du côté gauche et 60° du côté droit ; rotation externe à 50° du côté gauche et 60° du côté droit). Il a précisé que depuis l'opération de mai 2016, l'assurée consultait son chirurgien toutes les six semaines et continuait à bénéficier de deux séances de physiothérapie par semaine. Il a conclu que l'état « actuel » de l'épaule gauche était incompatible avec la reprise de l'activité de femme de ménage, mais permettait en revanche l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

A/1683/2017 - 14/16 -

#### **E. 14**

a. Il ressort de la jurisprudence qu'en présence d'une lésion – en l'occurrence la rupture d'un tendon – figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. Pour ce type de lésion, on ne peut pas se fonder sur la simple vraisemblance prépondérante pour retenir le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine. Selon le Tribunal fédéral, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident tant que le caractère désormais exclusivement dégénératif de l'atteinte n'est pas clairement établi (cf. supra consid. 7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 4.3). En tant que *lex specialis* en matière d'examen de la causalité entre une atteinte et un accident, la notion de lésion assimilée à un accident a pour effet de renverser le fardeau de la preuve. Il appartient ainsi à l'assureur-accidents d'établir clairement l'existence prépondérante d'une cause malade étrangère à l'accident (cf. arrêt du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2017 183 du 22 février 2018 consid. 6b).

b. En l'occurrence, le dossier constitué par l'intimée ne permet pas d'établir qu'à partir du 12 novembre 2016, les troubles résiduels de l'épaule gauche ne seraient imputables qu'à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle. En effet, en se contentant d'affirmer que les symptômes douloureux étaient censés nettement diminuer voire disparaître dans les six mois suivant l'intervention chirurgicale, sans autre précision, l'experte de la Clinique Corela n'a pas véritablement fait état d'arguments pertinents – tels qu'une dégénérescence similaire de l'épaule droite – qui permettraient d'étayer sa thèse d'un retour au statu quo sine six mois seulement après l'opération de mai 2016. Faute de motivation suffisante, on ne peut pas reconnaître à ses conclusions une pleine valeur probante. De surcroît, il ressort de l'expertise réalisée subséquentement par le Dr E\_\_\_\_\_ que les douleurs de l'épaule gauche ont persisté au-delà du 12 novembre 2016, ce qui tend à infirmer le pronostic énoncé par l'experte de la Clinique Corela selon lequel ces douleurs étaient censées nettement diminuer

voire disparaître entre le troisième et le sixième mois post opératoire. Enfin, il sied de relever que lorsque l'assurée a été examinée dans le cadre de cette seconde expertise, en avril 2017, elle présentait encore des amplitudes articulaires légèrement diminuées au niveau de l'épaule gauche par rapport à l'épaule droite, ce qui contredit là encore l'hypothèse d'un statu quo sine qui aurait été atteint le 12 novembre 2016 déjà. Au demeurant, l'assurée poursuivait alors ses séances de physiothérapie. c. L'intimée n'a pas clairement établi que les troubles de l'épaule gauche ayant persisté au-delà du 12 novembre 2016 résultaient exclusivement de phénomènes dégénératifs. Aussi convient-il d'admettre que postérieurement à cette date, ces troubles étaient toujours en rapport avec l'accident. Il incombe donc à l'intimée de continuer à les prendre en charge au-delà du 12 novembre 2016. La cause lui sera

A/1683/2017 - 15/16 - renvoyée afin qu'elle réexamine si et, le cas échéant, à quel moment le statu quo sine vel ante a été atteint, en tenant compte des principes applicables aux lésions assimilées. d. Vu l'issue du litige et l'absence de valeur probante de l'expertise de la Clinique Corela sur la question déterminante du statu quo sine, il n'y a pas lieu d'examiner le grief que soulève la recourante en relation avec une violation de ses droits de participation lors de la mise en œuvre de l'expertise précitée. e. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 20 mars 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

#### **E. 15**

Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle d'emblée incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il est inutile d'ordonner la production du dossier LCA, par appréciation anticipée des preuves.

#### **E. 16**

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

#### **E. 17**

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée. \* \* \* \* \*

A/1683/2017 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement :

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