

# **GE\_GERICHTE ATAS/830/2022 vom 20. September 2022**

GE Cour de justice, 2022-09-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_830\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_830_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/830/2022 du 20 septembre 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/830/2022 del 20 settembre 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

A/1489/2021 - 7/13 - 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 29 octobre 2020.

### **E. 5.1**

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.

### **E. 5.2**

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).

### **E. 5.3**

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).

### **E. 5.4**

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).

A/1489/2021 - 8/13 -

### **E. 5.5**

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. 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).

### **E. 5.6**

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).

### **E. 5.7**

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. 5.8**

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

A/1489/2021 - 9/13 - 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 (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. 5.9**

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 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. 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 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).

### **E. 5.10**

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).

A/1489/2021 - 10/13 -

### **E. 5.11**

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 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 5.12**

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. 6**

En l'espèce, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement au 29 octobre 2020, date à partir de laquelle elle a considéré que l'événement du 29 avril 2020 avait cessé de déployer ses effets et que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint. Elle s'est en particulier fondée sur l'appréciation médicale du Dr F\_\_\_\_\_ pour en arriver à cette conclusion que le recourant conteste.

### **E. 6.1**

Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette appréciation médicale.

### **E. 6.2**

La chambre de céans constate à titre liminaire que ce médecin a pris connaissance de l'ensemble des pièces de l'intimée, dont l'échographie de juillet 2020, l'examen IRM de décembre 2020 et le rapport d'intervention de mars 2021, et les conclusions des praticiens à l'égard de ces examens. Il a tenu compte des plaintes de l'intéressé, avant de livrer son appréciation du cas, et de motiver ses conclusions. Son rapport remplit donc a priori les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

### **E. 6.3**

Quant à l'appréciation médicale du Dr F\_\_\_\_\_, l'on constate que ce médecin, spécialisé en chirurgie orthopédique, a recherché l'étiologie de l'atteinte à l'épaule droite dont souffre le

recourant pour retenir que l'atteinte était de type dégénératif et non de type accidentel.

A/1489/2021 - 11/13 - L'ensemble des données médicales vont dans ce sens. Ni l'échographie, ni l'examen par IRM réalisé à la fin de l'année 2020 n'ont permis de constater de lésions aiguës. Ils ont en revanche mis en évidence des anomalies multiples de type dégénératif. Le rapport de l'intervention du 30 mars 2021 a montré une rupture du supra-épineux, dans un contexte de lésions dégénératives associées traitées, incluant la région acromiale, avec acromioplastie, et avec la présence d'ostéophytes de la face profonde de l'extrémité latérale de la clavicule. Le chirurgien ayant pratiqué l'intervention en mars 2021 relevait lui aussi, avant ladite intervention, l'existence d'une lésion partielle de la face profonde du sus-épineux, avec des signes de conflit sous-acromial et une tendinite du long biceps. Le Dr F\_\_\_\_\_ a en outre exposé les éléments factuels et médicaux allant tous dans le sens d'une lésion dégénérative. L'examen échographique de juillet 2020 avait en effet montré une plage hypoéchogène (sombre) intéressant la face profonde du tendon du sus-épineux parlant en faveur d'une fissure, et non d'une rupture dudit tendon, étant rappelé que l'examen n'avait pas mis en évidence d'autres atteintes. L'origine de l'atteinte du tendon sus-épineux n'était pas exposée. La Dre D\_\_\_\_\_ qui avait constaté le 30 juillet 2020 une fissuration du tendon sus-épineux droit, ne s'était pas prononcée sur son origine, mais avait pu constater que la douleur ressentie par l'assuré était stable et ne justifiait pas de prise d'antalgique, sauf exceptionnellement. L'amplitude et la force étaient conservées au niveau de la coiffe des rotateurs (rapport de la Dre D\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2020). Ces constats permettent d'expliquer pourquoi l'assuré n'a pas été en arrêt de travail à la suite de son accident. Le Dr F\_\_\_\_\_ en tire également pour conclusion que la fissure ne pouvait être une atteinte aiguë consécutive à un accident, à défaut de quoi l'assuré n'aurait pas été en mesure de poursuivre son activité professionnelle. En revanche, une atteinte de type dégénératif était compatible avec les constats de la Dre D\_\_\_\_\_. Le Dr C\_\_\_\_\_ retenait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (rapport du 10 janvier 2021). Et enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ relevait que l'acromioplastie pratiquée par le Dr E\_\_\_\_\_ était une technique chirurgicale s'adressant aux traitements de pathologies dégénératives. Elle n'était jamais réalisée en cas de rupture aiguë d'un tendon préalablement sain. Le fait de faire une acromioplastie et d'observer des ostéophytes confirmait encore selon le Dr F\_\_\_\_\_ un traitement chirurgical visant une pathologie dégénérative. Le fait allégué par le recourant selon lequel il avait mentionné son accident à son employeur, lequel avait adapté la place de travail, est contraire à ce que l'employeur a exposé à la SUVA, à savoir qu'il n'avait appris l'accident que le 14 juillet 2020. Cela étant, quand bien même, le recourant aurait informé son employeur, force serait de constater que le recourant a néanmoins pu continuer à travailler sans que son employeur ne déclare l'accident et n'a pas consulté de médecin avant le mois de juillet 2020. En outre, d'un point de vue médical, en juillet 2020, le recourant ne prenait pas d'antalgique, sauf exceptionnellement, et

A/1489/2021 - 12/13 - son amplitude et sa force étaient conservées au niveau de la coiffe des rotateurs (rapport de la Dre D\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2020). Ces éléments ont été appréciés par le Dr F\_\_\_\_\_ en tant qu'éléments allant dans le sens d'une pathologie dégénérative, raison pour laquelle les conséquences de l'accident ont quant à elles cessé d'exister à six mois de l'accident. L'intervention subséquente ayant été dictée par un besoin de réparer une lésion dégénérative, l'intimée n'avait pas à prêter au-delà du 29 octobre 2020. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans constate qu'aucun élément concret ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, dûment motivée et convaincante. Au

contraire, les éléments médicaux appréciés par ce dernier vont dans le même sens. La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé du recourant était stabilisé le 29 octobre 2020.

**E. 7**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1489/2021 - 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.