

GE_GERICHTE ATAS/854/2016 vom 24. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_854_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/854/2016 du 24 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/854/2016 del 24 ottobre 2016

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.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les frais de traitements de l'épaule droite de la recourante au-delà du 6 mars 2014. Il s'agira en particulier de déterminer si les troubles de l'épaule présentés par la recourante

A/4062/2015 - 11/18 - postérieurement au 6 mars 2014 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 décembre 2012.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 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). b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie

lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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. 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; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). d. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à

A/4062/2015 - 12/18 - la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). e. 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

E. 6

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les déchirures de tendons figurent parmi la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident (art. 9 al. 2 let. f OLAA ; ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). b. 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. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). c. 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). 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) sur le critère de la vraisemblance

A/4062/2015 - 13/18 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). d. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

E. 7

a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. 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). c. 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).

A/4062/2015 - 14/18 - d. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). e. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 8

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

A/4062/2015 - 15/18 -

E. 9

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 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 10

Enfin, 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. 11

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se fondant sur les conclusions du Dr J_____, a retenu que les troubles à l'épaule droite de la recourante ne sont plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 décembre 2012 à compter du 6 mars 2014. A la lecture des rapports établis par le Dr J_____, la chambre de céans est toutefois d'avis que l'appréciation de cet expert n'emporte pas la conviction, et ce pour les motifs qui suivent. S'agissant de son rapport du 19 mars 2015, force est de constater que le Dr J_____ a pris ses conclusions en l'absence de pièces fondamentales, telles que le rapport de l'arthro-IRM du 22 octobre 2014 – que l'intimée avait pourtant en sa possession depuis le 20 novembre 2014 - et le protocole opératoire du 17 décembre 2014. Par ailleurs, alors que l'expert a estimé que la contusion de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable désinsertion de quelques fibres sont en

A/4062/2015 - 16/18 - lien de causalité avec l'accident et qu'une rechute a eu lieu à compter de juin 2014, il a néanmoins fixé le statu quo sine au 6 mars 2014 sans apporter aucune explication sur les raisons pour lesquelles cette rechute ne serait pas en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé causée par l'accident. Son rapport complémentaire du 8 octobre 2015 n'est pas plus convaincant. En effet, alors que le Dr J_____ a été appelé à se déterminer sur les lésions révélées par l'arthro-IRM du 22 octobre 2014 et l'arthroscopie du 16 décembre 2014, son rapport complémentaire passe toutefois totalement sous silence la large lésion fissuraire de la partie distale et antérieure du tendon supra-épineux et comprenant plus de 50% de l'épaisseur du tendon. Cette omission est d'autant plus surprenante que le Dr J_____ avait justement retenu - dans son premier rapport - un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à ce tendon. Qui plus est, l'expert estime dans son rapport complémentaire que l'atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs a progressé, alors que dans son premier rapport, seule l'arthrose acromio-claviculaire est mentionnée en tant qu'état antérieur dégénératif (rapport du 19 mars 2015, page 11, question 5.2). De surcroît, alors que dans son premier rapport l'expert considère que la chute avec le bras en adduction a causé la contusion de l'épaule droite avec tendinopathie du sus-épineux et probable désinsertion de quelques fibres, de manière contradictoire il expose dans son rapport complémentaire que le mécanisme de la chute ne peut pas léser le sus-épineux. Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans ne saurait admettre, sur la base des rapports du Dr J_____, que la causalité naturelle entre les troubles à l'épaule droite de la recourante et l'accident du 29 décembre 2012 a pris fin le 6 mars 2014. Par ailleurs, on ne saurait non plus statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations succinctes et peu motivées du Dr F_____, chirurgien traitant, lequel retient un lien de causalité naturelle postérieurement au 6 mars 2014. Qui plus est, dans la mesure où une probable désinsertion de quelques fibres du tendon supra-épineux et une large lésion fissuraire de la partie distale et antérieure de ce tendon ont notamment été constatées (arthro-IRM des 28 mars 2013 et 22 octobre 2014), se pose la question de savoir si ces atteintes correspondent à des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, auquel cas il y aurait lieu d'appliquer les principes propres auxdites lésions pour admettre le lien de causalité naturelle et pour fixer le statu quo sine/ante. Or, les rapports versés à la procédure ne permettent pas non plus de répondre à cette question. Compte tenu de l'ensemble de ces motifs, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer sur la question litigieuse du droit de la recourante à la prise en charge des frais de traitements de son épaule droite postérieurement au 6 mars 2014. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante, au sens de A/4062/2015 - 17/18 - l'art. 44 LPGA, auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis rende une nouvelle décision. Un renvoi est d'autant plus justifié que l'expertise mise en œuvre par l'intimée n'a pas porté sur l'existence éventuelle de lésions assimilées.

E. 12

Le recours sera donc admis partiellement et la décision du 28 octobre 2015 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 13

La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA;

art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 14

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4062/2015 - 18/18 - 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.