

GE_GERICHTE ATAS/869/2013 vom 4. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_869_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/869/2013 du 4 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/869/2013 del 4 settembre 2013

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; RS 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est fondée à retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail totale dès le 26 mai 2012 et à mettre un terme aux prestations à cette date.

E. 4

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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (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).

A/3101/2012 - 7/13 - 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 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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). Par ailleurs, aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA (en relation avec l'art. 6 al. 2 LAA), les déchirures de tendons (let. f) et les lésions de ligaments (let. g) sont assimilées à

A/3101/2012 - 8/13 - 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. La notion de lésion corporelle 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 souvent 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 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

E. 5

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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 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). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

A/3101/2012 - 9/13 -

E. 6

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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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. Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'un expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 7

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la

collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier ; en particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration

A/3101/2012 - 10/13 - reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 8

En l'espèce, les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'intimé ont diagnostiqué une entorse bénigne du poignet droit, une tendinopathie du supra-épineux droit, une très discrète neuropathie ulnaire au coude droit et, sur le plan psychiatrique, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques probables. L'IRM de l'épaule droite pratiquée le 23 mai 2012 conclut que le tableau radiologique parle en faveur d'une capsulite de l'épaule droite associée à l'arthrose acromioclaviculaire ainsi qu'une insertionite en regard de l'insertion du tendon du sus-épineux. Les médecins de la CRR n'ont toutefois pas retenu ce diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite, au vu de l'absence d'arguments cliniques (rotation externe conservée). De même, le diagnostic d'algodystrophie du membre supérieur n'a pas été retenu, au vu des examens radiologiques du poignet et de la main. Les médecins concluent à une capacité de travail totale dès le 26 mai 2012, dans l'activité de plâtrier. Le Dr P_____ relève dans un rapport du 30 octobre 2012, que le recourant souffre de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite d'origine indéterminée, depuis l'accident du 11 octobre 2011, avec une mobilité fortement réduite malgré la physiothérapie. Il se déclare d'accord avec l'intimée, à savoir que les fortes douleurs de l'épaule droite ne sont pas explicables par la tendinopathie du sus-épineux à l'IRM. Toutefois, après une évolution difficile pendant plus d'une année sous traitement conservateur et infiltrations, une hospitalisation avec rééducation intensive à la CRR sans aucune amélioration, le médecin a proposé un bilan arthroscopique dans le but d'établir un diagnostic complet et de traiter lors de la même opération. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 10 octobre 2011. L'arthroscopie a été effectuée le 19 décembre 2012. Dans son rapport opératoire, le Dr P_____ diagnostique des lésions partielles des tendons sous-scapulaire et sus-épineux de l'épaule droite (traumatisme du 10 octobre 2011), une instabilité consécutive du tendon du long chef du biceps, une lésion de SLAP de I° associée,

A/3101/2012 - 11/13 - une capsulite rétractile avec limitation de la mobilité, une bursite sous-acromiale post-traumatique, un impingement sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire. Il précise par courrier du 24 janvier 2013, que les cinq premiers diagnostics sont d'origine traumatique, alors que les deux derniers relèvent de la maladie. L'incapacité de travail est toujours de 100 %, en lien de causalité avec l'accident survenu le 11 octobre 2011. La Cour de céans relève que l'arthroscopie a été effectuée postérieurement à la décision litigieuse. Cela étant, elle concerne le problème de l'épaule droite, qui a fait notamment l'objet de l'examen de la CRR lors du séjour du recourant et sur lequel les médecins de la CRR et le médecin-conseil de l'intimé se sont prononcés. Or, suite à l'arthroscopie, le Dr P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique notamment des lésions partielles des tendons sous-scapulaire et sus-épineux de l'épaule droite et une bursite sous-acromiale post-traumatique qu'il attribue à l'accident. De même, l'incapacité de travail de 100 % est toujours en lien de causalité avec l'accident du 11 octobre 2011. Le Dr O_____ indiquait dans son courrier du 10 octobre 2011 à l'attention du Dr P_____ que les troubles actuels de l'épaule relèvent selon toute vraisemblance d'une comorbidité tendinopathique malade indépendante de l'accident déclaré. Force est de constater que les appréciations médicales du cas d'espèce divergent, ainsi que l'intimé l'admet. Cela étant, suite à l'arthroscopie, ni les médecins de la CRR, ni le médecin-conseil de l'intimée ne se sont déterminés sur le rapport opératoire et les conclusions du Dr P_____. Ainsi, s'agissant de l'épaule, les diagnostics ne sont pas identiques et les médecins divergent également quant au point de savoir si les lésions et l'incapacité de travail sont en lien de causalité avec l'accident du 11 octobre 2011. En l'état actuel du dossier, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur le cas. Il s'impose de clarifier les aspects médicaux, ainsi que les circonstances de l'événement accidentel. Il s'agit en particulier de savoir si les lésions de l'épaule constatées à l'arthroscopie constituent une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. A cet effet, il conviendra de déterminer si elles sont d'origine exclusivement malade ou non, si les lésions en cause peuvent être imputables au moins partiellement à l'événement du 11 octobre 2011 et, enfin, de se prononcer à nouveau sur la capacité de travail du recourant. Au vu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire. Il lui incombera notamment de mettre en œuvre une expertise et de mandater un spécialiste neutre, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA.

E. 9

Le recours est partiellement admis. La décision de l'intimée est annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A/3101/2012 - 12/13 -

E. 10

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. let. g LPGA; art. 89H LPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/3101/2012 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :