

GE_GERICHTE ATAS/86/2021 vom 9. Februar 2021

GE Cour de justice, 2021-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_86_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/86/2021 du 9 février 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/86/2021 del 9 febbraio 2021

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

Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA).

E. 3

La question litigieuse est celle de savoir s'il existe, au-delà du 21 mai 2017, un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles de l'épaule gauche de la recourante et l'évènement du 21 février 2017.

E. 4

En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2).

E. 5

Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la

A/471/2020 - 7/13 - personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, quand bien même le

dommage en question serait apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et celui-ci ne représente par conséquent une « condition sine qua non » que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (la revue Sozialversicherungsrecht / Droit des assurances sociales [SVR] 2012 UV n° 8 c. 4.2.1).

E. 6

Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (statu quo sine; arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

E. 7

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Après l'annonce d'une

A/471/2020 - 8/13 - lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 9.1).

E. 8

Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 p. 70).

E. 9

Enfin dans un arrêt 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2.2 et 5.2.3, le Tribunal fédéral a considéré qu'un traumatisme direct de l'épaule (chute, contusion, impact) ne pouvait pas être retenu à titre de mécanisme d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs (dont fait aussi partie le tendon).

E. 10

A teneur de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

E. 11

L'évaluation finale d'un médecin-conseil ou d'un médecin employé d'un assureur social ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2009 du 19 août 2009 consid. 4.2). Une telle valeur probante leur sera en tous les cas reconnue si le

A/471/2020 - 9/13 - dossier qui a servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 avec références citées).

E. 12

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a).

E. 13

La chambre de céans relève à titre liminaire que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies en regard de l'accident du 21 février 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, en particulier la let. f de cette disposition légale qui prévoit que l'assureur-accidents, à défaut d'une preuve libératoire dûment rapportée, est tenu d'allouer ses prestations en cas de déchirure tendineuse. Se pose en revanche la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance au-delà du 21 mai 2017 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes résiduelles de l'assurée à son épaule gauche et l'événement incriminé du 21 février 2017, le fardeau de la preuve incombant à l'intimée.

E. 14

La recourante fait grief à l'intimée de s'être référé aux prises de position de son médecin-conseil et du médecin expert en assurance qu'elle a interrogés, en refusant de prendre en compte les avis médicaux de son propre médecin-traitant. Elle lui reproche en outre d'avoir interrogé le Dr G_____ en violation de son droit d'être entendu, les conditions de l'art. 44 LPGA et remet en cause la valeur probante de l'avis de ce dernier.

E. 15

Se ralliant aux conclusions du Dr G_____, médecin-conseil qu'elle a interrogé sur ce cas, lequel rejoignait l'avis du médecin-conseil préalablement interrogé, le Dr F_____, l'intimée a considéré que les douleurs à l'épaule gauche invoquées par la recourante n'étaient plus, à compter du 21 mai 2017, en lien de causalité avec l'événement du 21 février 2017, l'événement incriminé n'ayant provoqué qu'une

A/471/2020 - 10/13 - simple contusion qui guérissait en trois mois. Des dégénérescences préalables à l'accident étaient à l'origine de la persistance des douleurs de la recourante. L'intimée était fondée dès lors à nier l'hypothèse défendue par le médecin-traitant de la recourante d'une lésion post-traumatique sous forme de déchirure du tendon pour retenir le caractère dégénératif de la lésion.

E. 16

La chambre de céans constate que pour prendre sa décision, l'intimée disposait d'un rapport du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique qui a été choisi en qualité d'expert par ses soins compte tenu de l'opposition de son assurée à la décision d'arrêter les prestations au 21 mai 2017, expertise à laquelle l'assurée s'est prêtée après avoir été avisée de ses droits de demander la récusation de l'expert notamment. Le Dr G_____ a pour sa part été invité à se prononcer sur les éléments médicaux en lien avec l'accident du

E. 21

La chambre de céans confirmera que le droit aux prestations de la recourante persiste au-delà du 21 février 2017.

E. 22

La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, lesquels sont arrêtés à CHF 1'500.-.

E. 23

La procédure est gratuite.

A/471/2020 - 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.