

## **GE\_GERICHTE ATAS/930/2018 vom 15. Oktober 2018**

GE Cour de justice, 2018-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_930\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_930_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/930/2018 du 15 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/930/2018 del 15 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

octobre 2016, considérant que dès cette date le statu quo sine était atteint. ca. S'agissant de l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, ce dernier s'est prononcé en avril 2017, soit avant la décision initiale de l'assureur-accidents, et surtout avant l'arthroscopie dont la perspective et la nécessité croissante étaient déjà évoquées depuis plusieurs mois par le chirurgien traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, en raison de la suspicion de lésions organiques (rapports des 25/8/ et 01/12/2016, 14/3/ et 12/04/2017) au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse et, malgré le traitement conservateur, la physiothérapie et les effets limités dans le temps de l'infiltration pratiquée le 7 juin 2016. Le Dr F\_\_\_\_\_, quand bien même il a formellement relevé les suspicions de lésions évoquées par le Dr E\_\_\_\_\_, s'en est tenu au résultat des rapports d'examens initiaux aux urgences, deux jours après l'accident, et sur les conclusions de la radiologie pratiquée alors, qui ne démontraient pas de fracture ni de luxation, les données arthrographiques de l'IRM pratiquée au début juin 2016 n'ayant pas révélé de lésion significative objectivable. Il a toutefois ignoré les réserves reconnues par la littérature, des limites que l'on doit observer dans les conclusions à tirer d'examens complémentaires comme l'arthro-IRM, qui peuvent donner des résultats faux négatifs, l'examen clinique devant primer pour le diagnostic, lequel ne pouvant être définitivement confirmé que par une évaluation in situ sous arthroscopie. Il convient encore de relever que le médecin-conseil de l'intimée n'a pas non plus relevé que dans son rapport du 10 juin 2016, relatif à

A/4383/2017 - 26/31 - l'arthrographie et IRM du 3 juin 2016, le radiologue (Dr D\_\_\_\_\_) a également précisé dans ses conclusions que, sur le plan osseux, l'examen était également caractérisé par l'absence d'ébauche d'arthrose acromio-claviculaire. On peut ainsi regretter, dans ce contexte, d'une part que l'arthroscopie que le chirurgien traitant avait déjà programmée pour le 25 avril 2017, avant que le Dr F\_\_\_\_\_ se prononce, ait fait l'objet d'un refus de garantie d'hospitalisation par l'assureur-accidents, et n'ait ainsi pas pu être pratiquée avant la décision initiale d'AXA et que le médecin-conseil, pourtant en possession du courrier motivé et argumenté du chirurgien traitant du 12 avril 2017, expliquant notamment les raisons pour lesquelles il ne comprenait pas le refus d'AXA de garantie d'hospitalisation par rapport à l'intervention chirurgicale en question, n'ait pas songé à examiner personnellement l'assurée, pour se faire une idée précise et personnelle de la situation. Certes, selon la jurisprudence rappelée précédemment, l'absence d'un examen personnel de la patiente par le médecin de l'assurance n'est pas en soi propre à exclure d'emblée la valeur probante de son rapport. Il n'empêche qu'en l'occurrence, et à l'époque, l'évolution de l'état de santé de la patiente telle que décrite par le chirurgien traitant et non discutée par le médecin-conseil, aurait largement justifié un tel examen personnel, sinon des investigations complémentaires, au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Compte tenu de ce qui

précède, mais en ayant également à l'esprit qu'en définitive l'arthroscopie qui a finalement été pratiquée par le chirurgien traitant, en cours de procédure d'opposition, a confirmé les soupçons de lésions toujours évoquées par le Dr E\_\_\_\_\_, et ceci tout au long de son intervention, ayant débuté quelques semaines après l'événement accidentel, force est de constater que l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ ne peut se voir accorder une pleine valeur probante. cb. S'agissant de l'avis du Dr K\_\_\_\_\_: ce dernier est intervenu pour la première fois dans le cadre de l'instruction de l'opposition à la décision initiale, et en particulier après qu'il ait été procédé à l'arthroscopie du 20 juillet 2017. Dans sa première appréciation, du 18 septembre 2017, il a certes énuméré l'ensemble des documents médicaux versés au dossier jusqu'au moment de son évaluation, y compris le résultat de l'arthroscopie du 20 juillet 2017; mais il s'en est tenu pour l'essentiel qu'aux éléments initiaux, qu'avait retenus le Dr F\_\_\_\_\_. Le Dr K\_\_\_\_\_ ne conteste évidemment plus l'existence de lésions de l'épaule, mais il les attribue à des phénomènes dégénératifs, en se fondant d'une part sur les recommandations théoriques de la méta-analyse et sur celles de la Haute autorité de santé française, selon laquelle les lésions de la coiffe des rotateurs surviennent le plus souvent sur des tendons présentant une lésion dégénérative, les ruptures sur tendon antérieurement sain étant rares; d'autre part sur le fait que selon lui, le déroulement de la (ou des) chute(s) accidentelle(s) n'a pas procédé d'une énergie cinétique élevée, que l'examen de l'épaule gauche en urgence ne montrait pas d'impotence fonctionnelle complète comme lorsqu'on qu'on peut le constater après une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs. Il évoque les objections du chirurgien traitant (part d'inexactitudes diagnostics ou de fausses interprétations que l'arthro-IRM

A/4383/2017 - 27/31 - comporte), sans les remettre en cause, mais en indiquant qu'il s'agit ici d'un examen avec une infiltration articulaire de produit de contraste augmentant la qualité de l'examen standard. On notera à cet égard, comme le fait remarquer le Dr J\_\_\_\_\_ dans son avis du 31 octobre 2017, que l'arthroscopie du 20 juillet 2017 a permis d'objectiver des lésions compatibles avec des suites de l'accident. Il remarque également que cette intervention a surtout mis en évidence, en plus de la lésion tendineuse, des lésions capsulo-ligamentaires et du labrum, dont le Dr K\_\_\_\_\_ ne tient absolument pas compte dans sa discussion. Du reste l'IRM du 3 juin 2016 ne montre pas de lésions dégénératives. D'une manière générale, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ne faisant référence qu'à des généralités sans tenir compte sérieusement de l'argumentation convaincante du Dr E\_\_\_\_\_ qui dans plusieurs de ses rapports a décrit l'évolution de son suivi en fonction de son approche clinique. Or, le médecin-conseil n'en discute pas, ni a fortiori des conséquences que l'on doit en tirer au sujet la relation entre les douleurs persistantes, apparues très rapidement après l'événement accidentel, et les suspicions successives des lésions dont l'arthroscopie du 20 juillet 2017 a finalement confirmé la réalité. Dans son rapport complémentaire du 11 décembre 2017, le Dr K\_\_\_\_\_, en réponse aux courriers du Dr E\_\_\_\_\_ et du médecin-conseil de B\_\_\_\_\_, produits à l'appui du recours, décrit tout d'abord les mécanismes généraux des lésions de la coiffe des rotateurs. Passant ensuite de la théorie au cas particulier (« afin de définir si les lésions sont exclusivement ou non d'origine dégénérative... »), il observe que « dans le cas de notre assurée ayant présenté un traumatisme aigu par chute, on pourrait s'attendre à voir rapidement une réaction inflammatoire de la bourse sous-acromio-deltôïdienne ce qui n'est pas mentionné dans l'examen du 09/04/2016 (recte: 08/04/2016) qui, d'ailleurs, n'avait pas retrouvé d'anomalie notable à l'examen clinique. Il n'est pas non plus mentionné d'hématome lors de la consultation d'urgence comme cela peut être constaté en cas de rupture large de la coiffe. Il

était démontré qu'une déchirure aiguë tendineuse, (quel que) soit l'endroit de sa survenue, entraînent des douleurs importantes avec une limitation fonctionnelle articulaire en raison des douleurs provoquées. Dans le cas présent celles-ci sont restées modérées. » Ces réflexions paraissent contradictoires avec son approche précédente (18/09/2017) : alors que dans sa première prise de position, le Dr K\_\_\_\_\_ retenait « qu'il ne s'agit pas d'une chute avec une énergie cinétique élevée », il raisonne dans son deuxième rapport en affirmant que l'assurée a présenté un traumatisme aigu par chute, en partant dès lors de l'hypothèse maximaliste d'une rupture massive (large) de la coiffe, - qui dans le cas particulier n'a jamais été retenue, ni initialement par le service des urgences des Grangettes, ni par le chirurgien traitant par la suite -. Il décrit, dans une telle hypothèse, ce à quoi l'on pouvait s'attendre en termes de réactions inflammatoires, apparition d'hématomes,... (pour observer que dans le cas d'espèce il n'avait rien été observé de tel), et pour évoquer ensuite l'apparition – dans l'hypothèse retenue - de douleurs importantes avec une limitation fonctionnelle articulaire en raison de ces douleurs, considérant que dans le cas d'espèce celles-ci étaient restées modérées. C'est de

A/4383/2017 - 28/31 - nouveau procéder d'un côté par une approche maximaliste et théorique, et de l'autre une appréciation minimaliste lorsqu'il applique la théorie au cas d'espèce : il avait déjà procédé de cette manière lors de sa première analyse, en affirmant que l'assurée n'avait initialement pas montré une articulation affectée d'une impotence fonctionnelle « complète », ignorant les explications de la patiente répondant aux questions de l'assureur-accidents quant aux circonstances et aux suites de l'accident (elle expliquait alors avoir glissé dans l'eau plusieurs fois, observant que si, sur le moment, elle n'avait pas senti grand-chose car elle courait dans tous les sens pour téléphoner, arrêter l'eau et essuyer le sol, elle expliquait que dans l'après-midi même du 7 avril (l'événement ayant eu lieu aux premières heures du matin), elle ne pouvait plus bouger son bras gauche (ni en haut, ni en bas et surtout pas en arrière, pour s'habiller par exemple) et la nuit suivante (du 7 au 8) elle ne pouvait plus dormir dessus, car cela lui faisait horriblement mal (raison pour laquelle elle s'était rendue aux urgences le 8 avril). On remarque également d'autres observations contradictoires dans l'avis du médecin-conseil de l'intimée: (p.2 § 4) commentant les observations du Dr E\_\_\_\_\_ relatives à l'arthro-IRM du 3 juin 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ indique que, selon le rapport d'examen « il existe juste une ébauche d'arthrose acromio- claviculaire » - alors qu'à bien lire le rapport du Dr D\_\_\_\_\_, celui-ci indique précisément le contraire -; mais se référant ensuite (p.2 § 5) à l'appréciation du médecin-conseil de B\_\_\_\_\_ (Dr J\_\_\_\_\_) au sujet de ce même rapport du 3 juin 2016, ce dernier observant que l'IRM ne montre pas de lésion dégénérative ; le Dr K\_\_\_\_\_ indique partager ce point de vue. cc. Au final, au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne prétendant pas avoir ici fait l'inventaire exhaustif de tous les éléments tirés des observations du Dr K\_\_\_\_\_ dans ses deux rapports successifs, considère que l'opinion exprimée par ce médecin-conseil de l'intimée suscite à tout le moins de nombreux doutes quant à la fiabilité de ses conclusions. Elle considère ainsi que l'on ne peut leur accorder une valeur probante décisive. d. Comme le rappelle en effet la jurisprudence citée ci-dessus, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la

procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Si en effet, dans l'appréciation des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte de la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant qui peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci

A/4383/2017 - 29/31 - (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; 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). À ce stade, et dans le cas d'espèce, la chambre de céans laissera ouverte la question de savoir si l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ - dont les rapports principaux contiennent d'ailleurs à la forme tous les réquisits jurisprudentiels requis pour leur accorder une valeur probante -, doit être préféré à celui du Dr K\_\_\_\_\_. En effet, au vu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, les rapports du chirurgien traitant peuvent se voir accorder un caractère probant largement suffisant pour laisser subsister des doutes - même faibles selon le Tribunal fédéral - quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance. Dans de telles circonstances, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). En l'espèce, ces doutes, même faibles, étaient clairement reconnaissables au moment où AXA a rendu sa décision sur opposition. Elle se devait dès lors de mettre en œuvre une expertise par un spécialiste indépendant, comme le suggérait d'ailleurs, à titre subsidiaire, la recourante qui lui avait du reste proposé un certain nombre de médecins susceptibles d'être désignés à cette fin. Ainsi, la décision entreprise sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée, laquelle devra mettre en œuvre une expertise médicale, confiée à un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, de préférence spécialiste de l'épaule, en conformité avec l'art. 44 LPGA. L'expert aura pour mission de déterminer si les lésions constatées à l'arthrographie pratiquée le 20 juillet 2017 par le Dr E\_\_\_\_\_ doivent être mises en relation avec l'accident survenu dans la nuit du 6 au 7 avril 2016, et déterminer, dans l'affirmative, comme dans la négative, à quelle date l'on peut considérer que le statu quo sine a été atteint, ou le serait. 13. La recourante a conclu à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les « frais d'instruction du dossier » conformément à l'art. 45 LPGA à hauteur de CHF 250.-, correspondant aux honoraires du Dr J\_\_\_\_\_, médecin-conseil de son mandataire, respectivement selon ses notes d'honoraires de CHF 100.- du 8 juin 2017 relative à son avis du 6 juin 2017, et de CHF 150.- relative à son avis du 31 octobre 2017. Selon l'art. 45 LPGA les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (al.1). L'assureur indemnise les parties ainsi que les

A/4383/2017 - 30/31 - personnes tenues de fournir des renseignements si elles subissent une perte de gain ou encourent des frais (al. 2). S'agissant de la première note d'honoraires, pour les prestations antérieures à la décision sur opposition, la conclusion de la recourante est irrecevable, dans la mesure où elle ne fait pas partie de l'objet du litige; il est quoi qu'il en soit douteux que ces prestations, qui n'ont pas été sollicitées ou ordonnées par l'intimée

puissent être ainsi mises à la charge de ce dernier, puissent apparaître comme indispensables à l'appréciation du cas, au sens de la disposition susmentionnée. Quant à la seconde, elle est relative à des prestations destinées à soutenir l'argumentation de la recourante devant la chambre de céans. En tout état la prise de position du médecin- conseil du mandataire de la recourante ne procède pas d'une mesure d'instruction médicale ordonnée par l'intimée; on ne saurait a priori considérer qu'elle constitue une démarche indispensable à l'appréciation du cas, quand bien même elle peut être considérée utile à l'appréciation du juge en cas de recours. A ce titre selon la doctrine et la jurisprudence, elle doit être incluse dans les frais exposés par la recourante pour la défense de ses intérêts, d'autant que le Dr J\_\_\_\_\_ est un auxiliaire du mandataire de la recourante. Elle peut ainsi être mise à la charge de l'assureur social, dans le cadre de l'indemnisation des parties, selon l'issue de la procédure judiciaire, dans le cadre des dispositions régissant la procédure cantonale. Cette prestation sera donc incluse sans individualisation spécifique dans l'évaluation globale de l'indemnité allouée à la recourante obtenant gain de cause (KIESER Commentaire LPGA Schulthess Juristische Medien AG, Zürich - Basel - Genf 2015. ad 45 LPGA p.610 ch. 21 et ref. citées). 14. Le recours étant partiellement admis, dans la mesure de sa recevabilité, la recourante obtient gain de cause (par rapport à ses conclusions subsidiaire en renvoi pour complément d'instruction. Une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, dans la mesure où elle a dû avoir recours à un mandataire pour défendre ses intérêts en procédure judiciaire (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'espèce, l'indemnité est fixée à hauteur de de CHF 2'500.-, et tient compte de ce qui a été indiqué au considérant précédent, s'agissant de l'indemnisation des honoraires du Dr J\_\_\_\_\_. 15. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant**

A/4383/2017 - 31/31 - À la forme :

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