

GE_GERICHTE ATAS/953/2018 vom 16. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_953_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/953/2018 du 16 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/953/2018 del 16 ottobre 2018

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

A/3709/2017 - 19/28 - 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 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

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

a. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 3 LPA-GE). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). b. En l'espèce, la décision sur opposition du 7 juillet 2017 a été reçue par la recourante le 10 juillet 2017, de sorte que le délai de recours est arrivé à échéance le 11 septembre 2017. Déposé dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à fixer le droit à l'indemnité journalière avec effet rétroactif au 6 février 2015.

E. 6

Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à

A/3709/2017 - 20/28 - elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). L'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références).

E. 7

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

E. 8

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 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).

A/3709/2017 - 21/28 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1).

E. 9

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). 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). 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). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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

A/3709/2017 - 22/28 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). 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 (cf. 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. 10

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

A/3709/2017 - 23/28 - 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

Le juge des assurances sociales 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. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 12

En l'espèce, la recourante sollicite la révision complète de son dossier, à la lumière d'une « preuve nouvelle » apportée par l'arthro-IRM du 20 février 2014. Elle soutient que l'atteinte au niveau de l'épaule droite, révélée au mois de février 2014, justifiait à elle seule une incapacité de travail variant entre 50% et 100% depuis le sinistre du 27 août 2011. Selon elle, les examens postérieurs à la décision du 27 juin 2012 ont permis de démontrer le caractère prématuré de la suspension des indemnités journalières et imposent la révision de la décision rendue sur la base d'une instruction lacunaire et d'une appréciation médicalement erronée.

E. 13

a. La chambre de céans rappelle en préambule que la recourante ne conteste pas le bien-fondé de la décision du 27 juin 2012 concernant les atteintes dorsales. Seule est remise en cause la position de l'intimée s'agissant des troubles à l'épaule droite. b. Il ressort clairement des pièces du dossier qu'une échographie articulaire a été réalisée en octobre 2012, laquelle a révélé une rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite. Cette atteinte a justifié la prescription d'un traitement, dont des infiltrations en octobre 2012 et en septembre 2013, ainsi que des séances de physiothérapie (cf. rapports de la Dresse K_____ du 14 mars 2013, du Dr L_____ du 27 mai 2013, de la Dresse M_____ des 28 mai et 10 septembre 2013, du Dr B_____ des 30 mai 2013 et 26 janvier 2015). Une prise en charge chirurgicale de la déchirure tendineuse a d'ailleurs été évoquée au mois de mars 2013 (cf. rapport de la Dresse K_____ du 14 mars 2013).

A/3709/2017 - 24/28 - Dans ces conditions, l'argumentation de la recourante selon laquelle la gravité de ses troubles au niveau de l'épaule droite aurait été découverte au mois de février 2014 seulement ne saurait être suivie. L'arthro-IRM du 20 février 2014 a en effet conclu à une déchirure encore partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux, presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial, ce qui correspond en tout point au diagnostic posé en octobre 2012 et rappelé par la Dresse K_____ le 14 mars 2013, à l'exception du conflit sous-acromial. La question de savoir si la recourante a formellement sollicité la révision de la décision du 27 juin 2012, cas échéant à quelle date, peut rester ouverte dès lors qu'elle n'a incontestablement pas agi dans le délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, puisque le diagnostic de rupture partielle du tendon du sus-épineux a été posé au mois d'octobre 2012 et qu'elle n'a annoncé à l'intimée des douleurs au niveau de l'épaule droite que le 27 juin 2013 pour la

première fois. Partant, les conditions d'une révision procédurale ne sont manifestement pas réalisées.

E. 14

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que les reproches de la recourante quant à l'instruction de son dossier par l'intimée au moment de rendre la décision initiale ne sont pas fondés. Il est rappelé en effet que l'accident du 27 août 2011 a entraîné des contusions au niveau du dos et de l'épaule droite et que les radiographies de cette dernière articulation, réalisées le 29 août 2011, ont révélé un aspect scléro-géodique du trochiter, dans le sens d'une enthésopathie chronique. La recourante a indiqué le 6 octobre 2011 à une collaboratrice de l'intimée que seul son dos la faisait encore souffrir, ce qu'elle a confirmé lors de l'entretien du 13 octobre 2011. Elle a alors déclaré qu'elle présentait des douleurs au milieu du dos, un point à la fesse droite et une douleur jusque dans la jambe droite, ajoutant qu'elle avait parfois également mal du côté gauche, mais de façon moins intense. Elle n'a pas émis la moindre plainte concernant son épaule droite. Dans son rapport du 13 octobre 2011, le Dr B _____ a notamment diagnostiqué une entorse de l'épaule droite suite à l'événement assuré, sans autre précision, notamment quant à une éventuelle douleur persistante ou à une restriction de mobilité. Le 5 avril 2012, ce médecin a uniquement retenu le diagnostic de lombalgies post-traumatiques, sans mentionner d'atteinte au niveau de l'épaule droite. Le 13 juin 2012, la recourante a été examinée par la Dresse G _____, laquelle a détaillé ses plaintes de façon complète et précise. L'assurée a alors indiqué au médecin d'arrondissement de l'intimée qu'elle présentait des douleurs lombaires basses irradiant plutôt dans la fesse gauche et dans le membre inférieur gauche, avec des paresthésies. Ces douleurs étaient constantes, d'intensité variable, augmentées à la moindre flexion ou rotation du tronc. Aucune douleur n'a alors été relatée concernant le membre supérieur droit.

A/3709/2017 - 25/28 - Ce n'est que dans son rapport du 30 mai 2013 que le Dr B _____ a signalé pour la première fois la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite depuis le sinistre du 27 août 2011. Il a indiqué qu'il avait constaté, lors de ses consultations des 29 août et 5 septembre 2011, une douleur lors de la rotation externe de l'épaule droite, avec une impossibilité de placer la main derrière la tête. Le 26 septembre 2011, la recourante lui avait fait part de la persistance d'une sensibilité au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Par la suite, la symptomatologie douloureuse avait persisté, et lors de sa consultation du 12 juillet 2012, l'abduction et la rétropulsion étaient douloureuses au niveau de l'épaule avec une sensibilité palpatoire du long chef du biceps. Le 1er octobre 2012, il avait constaté des douleurs au niveau des insertions musculaires de l'épaule droite, ainsi que la présence d'épicondylites interne et externe. Au mois d'octobre 2012, des infiltrations ont été réalisées au niveau de l'épaule droite. Le médecin traitant a expliqué que les plaintes dorsales avaient été plus souvent rapportées car les douleurs au niveau d'une épaule entraînaient une limitation fonctionnelle uniquement localisée, alors qu'une symptomatologie douloureuse telle que celle présentée au niveau lombaire avec une irradiation des membres inférieurs nuisait à un niveau plus global. Compte tenu des informations à disposition de l'intimée au moment de rendre la décision du 27 juin 2012, en particulier du fait que le médecin traitant n'avait pas signalé de douleurs résiduelles, de gêne ou de sensibilité quelconque au niveau de l'épaule dans ses rapports des 13 octobre 2011 et 5 avril 2012, que la recourante avait affirmé à deux reprises au mois d'octobre 2011 qu'elle ne présentait des douleurs qu'au niveau du dos, que tous les examens (soit une IRM

lombaire en octobre 2011 et une infiltration périurale en L4-L5 en décembre 2011) et traitements (soit des séances de physiothérapie et la prise de médicaments), postérieurs au mois d'octobre 2011 concernaient exclusivement les troubles dorsaux, l'intimée pouvait conclure que la symptomatologie douloureuse initialement ressentie au niveau de cette articulation s'était rapidement amendée, jusqu'à complètement disparaître dès le mois d'octobre 2011. La décision de l'intimée du 27 juin 2012 ne saurait donc être considérée comme prématurée.

E. 15

Cela étant, la recourante a clairement demandé à l'intimée de considérer son courrier du 27 juin 2013 comme une déclaration de rechute du premier accident.

E. 16

Conformément à l'avis du Dr R_____ du 25 septembre 2015, l'intimée a admis l'existence d'une rechute. Dans sa décision sur opposition du 7 juillet 2017, elle a en substance repris les conclusions de son médecin d'arrondissement du

E. 17

février 2017 et retenu, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante entre le 30 juin 2012 et le 6 février 2015, qu'il avait fallu attendre le

E. 20

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 7 juillet 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

E. 21

Une indemnité de CHF 1'000.- est accordée à la recourante, représentée par un mandataire, qui obtient partiellement gain de cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art 89H LPA).

A/3709/2017 - 28/28 - 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.