

GE_GERICHTE A/1064/2012 vom 24. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1064_2012

FR: GE_GERICHTE A/1064/2012 du 24 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1064/2012 del 24 settembre 2012

Erwägungen

E. 2

Est litigieux le droit à une rente entière d'invalidité du recourant. a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6; 131 V 362 consid. 2.2). b. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee;

ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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/bb et cc). d . 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 324 consid. 3.2 et 3.3; 125 V 195 consid. 2). 3.a En l'espèce, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie auprès de l'intimée, a procédé à une appréciation médicale le 22 avril 2009 dans laquelle il a exposé, de manière circonstanciée, avoir de sérieux doutes sur le diagnostic de rupture partielle du sous-scapulaire dont le médecin-traitant avait évoqué la possibilité en 1997. Les Drs D_____ et E_____ du Département de chirurgie des HUG, mis en œuvre par le recourant, ont conclu, dans leur rapport du 9 juillet 2010, à une déchirure traumatique de la coiffe des rotateurs droite au dépend du tendon sous-scapulaire. Ce diagnostic leur paraissait "plus probable" au vu de l'arthro-CT du 12 décembre 1997, de la littérature médicale et de l'anamnèse de l'accident. A la suite de ce rapport, le Dr C_____ a sollicité un complément d'investigation sous forme d'arthro-IRM, voire de radiographies conventionnelles. L'examen radiologique de l'épaule droite pratiqué le 19 mai 2011 par le Dr F_____ n'a révélé aucune lésion des tendons de la coiffe des rotateurs. Il a en revanche mis en évidence une ancienne lésion à l'insertion du tendon du sous-scapulaire ainsi qu'une arthrose hypertrophique de l'articulation acromio-claviculaire dans un contexte dégénératif. A la suite de cet examen, le Dr C_____ a retenu, le 15 juin 2011, une lésion du sous-scapulaire d'origine traumatique et proposé le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'expertise très détaillée du BREM, réalisée en mars 2011 à la demande de l'assurance-invalidité, évoque l'accident de 1997 (p. 29). Les séquelles de l'accident de 1997 ne sont cependant pas examinées plus avant; les pièces médicales de 2011 et celles de 1997 et 1998 s'y rapportant ne figurent d'ailleurs pas sur la liste des éléments médicaux pris en compte par les experts du BREM. L'atteinte au sous-scapulaire n'est, en outre, pas mentionnée dans les diagnostics. Le rapport du BREM ne permet donc pas de déterminer si l'atteinte précitée influe sur la capacité de travail du recourant. Cela étant, ce dernier a travaillé à 100% dans son activité habituelle après l'accident, d'août 1998 à mai 2005. Certes, le recourant soutient avoir pendant cette période rencontré d'importantes douleurs à l'épaule, d'une part. D'autre part, une atteinte d'origine traumatique à l'épaule a été constatée et a donné lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toutefois, l'incapacité de travail survenue en mai 2005 est due, selon les experts du BREM et comme le reconnaît lui-même le recourant (recours, p. 3, pt 15), à la pathologie rachidienne. Par ailleurs, le médecin traitant, le Dr B_____, qui avait diagnostiqué une suspicion de rupture du sous-scapulaire, avait constaté dans son rapport intermédiaire du 11 août 1998 que le patient pouvait reprendre une activité à 100%, que son employeur ne devait pas prévoir de lui procurer un travail approprié et qu'il n'y avait pas de dommage permanent à craindre. En outre, le dossier ne contient pas d'éléments indiquant que les douleurs ressenties à l'épaule droite auraient conduit le recourant à consulter son médecin à nouveau en vue d'un arrêt de travail ou d'un traitement médicamenteux contre les douleurs. Les certificats médicaux et de son chiropraticien qu'il produits avec son recours

sont tous bien postérieurs aux années 1998 à 2005. Au vu de ces éléments et en particulier de la capacité de travail totale et ininterrompue pendant près de sept ans après l'accident de 1997, la Cour retiendra, au degré de la vraisemblance confinant à la certitude, que les séquelles de l'accident de 1997 n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail du recourant. b. S'agissant de l'accident ayant touché l'humérus gauche, le Dr C_____ le qualifie de "pathologique" dans la mesure où la fracture était localisée à hauteur d'un kyste osseux. Au plan radiologique, la consolidation de la fracture a été acquise en bonne position. Au plan fonctionnel, il y a une limitation de l'abduction de l'épaule gauche et la rotation interne est limitée des deux côtés. Le Dr C_____ a relevé qu'il ignorait l'origine de cette entrave. Le Dr G_____ n'avait pas non plus trouvé d'explication plausible à ce phénomène. Le médecin d'arrondissement a conclu en signalant qu'il n'était pas certain que les limitations des la mobilité articulaires se fondaient sur un substrat organique vérifiable. L'absence de séquelles liées au second accident est corroborée par le rapport du médecin-traitant, le Dr H_____, du 30 août 2007 qui retient qu'il ne restait à cette date que les "séquelles du kyste". Une reprise de travail, en ce qui ne concerne que la fracture de l'humérus, était en théorie envisageable à 50% le 3 septembre et à 100% le 2 novembre 2007. Par ailleurs, les Drs D_____ et E_____ du Département de chirurgie des HUG parviennent, dans leur rapport du 9 juillet 2010, à la même conclusion: la fracture était totalement consolidée et les pathologies que présentait le patient n'étaient pas étayées par des documents radiologiques récents et ne pouvaient que possiblement être expliquées par l'accident de 2007, "résolu à ce jour". Enfin, l'expertise réalisée par le BREM en mars 2011 constate également qu'en novembre 2007 le recourant ne souffrait plus des suites de l'accident de 2007. Au vu de ces éléments médicaux concordants, la Cour retient qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident de 2007 n'a pas non plus induit d'incapacité de travail pouvant fonder l'allocation d'une rente d'invalidité. Contrairement à ce que sollicite le recourant, il n'y a pas lieu de requérir des renseignements médicaux complémentaires ni de procéder à d'autres actes d'instruction, la Cour ayant pu se prononcer sur les séquelles des deux accidents au regard des éléments déjà contenus au dossier. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

E. 4

. La procédure est gratuite. * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le