

GE_GERICHTE A/258/2016 vom 16. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_258_2016

FR: GE_GERICHTE A/258/2016 du 16 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/258/2016 del 16 dicembre 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à GENÈVE recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1975, a travaillé en qualité de manœuvre dès le 15 septembre 2014 auprès de l'entreprise C_____ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Selon une déclaration de sinistre du 23 septembre 2015, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail en date du 4 septembre 2015. En descendant d'une échelle, il avait raté un rayon, avait glissé, s'était rattrapé avec le bras et s'était fait mal à l'épaule. ! [endif]>! [if> 3. L'assuré a consulté le Service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 7 septembre 2015. Selon le résumé de séjour établi à cette date, l'assuré était tombé trois jours auparavant avec réception sur la main du bras droit en extension. Il consultait en raison de la persistance de l'impotence fonctionnelle et de l'impossibilité de travailler. L'assuré avait déjà subi un traumatisme de l'épaule un an plus tôt, avec une rupture traumatique de la coiffe posant l'indication à une réinsertion arthroscopique, qu'il avait alors refusée. Les radiographies mettaient en évidence une réduction de l'espace sus-acromial et une arthrose débutante. ! [endif]>! [if> 4. Le docteur D_____, médecin au Service des urgences des HUG, a attesté d'un arrêt de travail à 100 % du 7 au 27 septembre 2015, par la suite prolongé jusqu'au 30 octobre 2015. ! [endif]>! [if> 5. Une radiographie de l'épaule du 7 septembre 2015, avec comparatif du 16 juin 2014, n'a montré aucune fracture visible. Les rapports anatomiques étaient conservés. La présence d'une omarthrose modérée avec ostéophytose marginale gléno-humérale était notée, de même que la calcification de l'insertion distale du ligament coraco-acromial. ! [endif]>! [if> 6. L'IRM du 9 septembre 2015 avec examen comparatif de la radiographie du 7 septembre 2015 et de l'arthro-IRM du 7 avril 2014 a révélé une rupture transfixiante du tendon sus-épineux et accentuation de sa rétraction de grade II par environ 2.5 cm par rapport à l'IRM comparative, une diminution de l'espace acromio-claviculaire, une perte volumique du muscle sus-épineux sans infiltration graisseuse, une rupture transfixiante du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire, une tendinopathie fissuraire de la portion horizontale du tendon bicapital ainsi qu'une fissuration profonde de la partie antérieure du tendon sous-épineux. ! [endif]>! [if> 7. Dans un courrier du 25 septembre 2015 au médecin traitant de l'assuré, le docteur E_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a indiqué que ce dernier était connu pour avoir été victime l'année précédente d'une chute sur son lieu de travail, avec mise en évidence d'une rupture transfixiante du sus-épineux. Il avait alors décliné une intervention et repris le travail avec une épaule plus ou moins fonctionnelle. Une nouvelle chute avait eu lieu le 4 septembre 2015, et l'assuré présentait

une impotence fonctionnelle marquée de l'épaule avec une recrudescence des douleurs. Le Dr E_____ avait discuté avec l'assuré de l'indication à une arthroscopie avec réinsertion du sus-épineux, infra-épineux, ténodèse du biceps et évaluation de la réparation du sub-scapulaire. L'assuré présentait aussi un volumineux bec acromial antérieur, et une acromioplastie serait également programmée. !endif>![if> 8. Dans un questionnaire du 8 octobre 2015 relatif aux circonstances de l'accident, l'assuré a précisé qu'il avait raté un rayon d'une échelle et était tombé. Il avait ressenti des douleurs immédiatement, bien qu'il ait continué à travailler. !endif>![if> 9. Dans son rapport du 19 octobre 2015, la doctoresse F_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a fait état d'une chute d'une échelle avec un traumatisme de l'épaule droite. Le diagnostic était celui de rupture du sus-épineux et du tiers antérieur de l'infra-épineux avec rétraction de stade II-III. L'incapacité de travail était totale et devrait être réévaluée quelque six mois après l'intervention programmée le 30 octobre suivant. !endif>![if> 10. Le 23 octobre 2015, la SUVA a communiqué à l'assuré qu'elle avait jusqu'alors pris en charge les troubles consécutifs à l'événement du 4 septembre 2015, mais qu'elle émettait des réserves dès le 29 octobre 2015. !endif>![if> 11. Selon une note d'entretien téléphonique du 26 octobre 2015, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il n'avait pas eu d'antécédent à l'épaule droite autre que l'événement de l'année précédente. Les frais relatifs à cet événement avaient été pris en charge par l'Hospice général, car l'assuré était alors sans emploi et ne percevait pas de prestations de l'assurance-chômage. L'accident de 2014 n'avait pas été déclaré à une assurance-accidents, et l'assuré ignorait si sa caisse-maladie était intervenue. !endif>![if> 12. Dans son appréciation du 26 octobre 2015, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, après avoir rappelé le contenu des différents rapports, a noté que la lésion transfixiante mise en évidence le 7 avril 2014 par arthro-IRM était retrouvée dans la nouvelle IRM du 9 septembre 2015. L'amyotrophie notée lors de la deuxième IRM était une conséquence de la lésion tendineuse antérieure au 7 septembre 2015. L'événement du 4 septembre 2015 avait déstabilisé de façon temporaire l'état antérieur, consistant en une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite préexistante. Le statu quo sine était fixé au 26 octobre 2015, car les troubles liés au nouvel événement avaient alors cessé leur effet délétère. L'intervention prévue avait pour but de traiter la lésion initiale survenue en 2014. !endif>![if> 13. Par décision du 30 octobre 2015, la SUVA a mis un terme au versement des prestations au 29 octobre 2015 au soir, et a nié le droit à d'autres prestations d'assurance. Elle a allégué que selon l'appréciation du Dr G_____, les troubles subsistant et nécessitant une intervention le 30 octobre 2015 n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement d'origine malade. Le statu quo sine était atteint le 26 octobre 2015. !endif>![if> 14. À la même date, l'assuré a subi une arthroscopie avec réinsertion du sus-épineux, de l'infra-épineux, du sous-scapulaire et une ténodèse du long chef du biceps. !endif>![if> 15. Le 3 novembre 2015, la SUVA s'est procuré les pièces suivantes : !endif>![if> a. rapport de radiographie de l'épaule du 11 mars 2014, ne mettant pas en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique visible ; !endif>![if> b. rapport de radiographie de l'épaule du 11 mars 2014, décrivant des rapports anatomiques conservés, aucune lésion ostéo-articulaire post-traumatique récente, des remaniements fibrokystiques dégénératifs de la tête humérale et une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire ; !endif>![if> c. arthro-IRM de l'épaule du 7 avril 2014, concluant à une rupture transfixiante du tiers supérieur du tendon du sous-scapulaire ainsi que de la moitié antérieure du tendon du supra-épineux et à une trophicité musculaire normale ;

![]> d. rapport de radiographie de l'épaule du 16 juin 2014, lequel révélait une absence de fracture visible et des rapports anatomiques conservés, mais mettait en évidence un début d'omarthrose avec ostéophytose marginale gléno-humérale, des remaniements fibrokystiques dégénératifs de la partie supéro-externe de la tête humérale et une calcification de l'insertion distale du ligament coraco-acromial ; ![]> e. certificat du 2 novembre 2015 de la doctoresse H_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, attestant d'une incapacité de travail totale du 30 octobre au 25 novembre 2015. ![]> 16. Le 19 novembre 2015, l'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA. Il estimait que son état de santé et son incapacité totale de travail étaient encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 septembre 2015 et que la SUVA était ainsi tenue de lui verser des prestations. ![]> 17. Le 25 novembre 2015, le docteur I_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré au 16 décembre 2015. ![]> 18. Par décision du 10 décembre 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a noté que l'assuré, alors qu'il n'était pas couvert contre les risques d'accidents, avait fait une chute sur l'épaule droite en 2014, ce qui avait entraîné une rupture transfixiante du sus-épineux, et qu'une opération avait été préconisée. Le Dr G_____ avait considéré que l'événement du 4 septembre 2015 avait uniquement déstabilisé l'état antérieur. En l'absence de tout élément médical contraire, il y avait lieu de se fonder sur l'avis du médecin d'arrondissement. ![]> 19. Par écriture du 22 janvier 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Il a conclu à son annulation et à la prise en charge des indemnités journalières et des frais médicaux. Il a également sollicité un délai afin de compléter son recours et produire des certificats de ses médecins. Il a affirmé que l'accident du 7 septembre 2015 avait entraîné une dégradation de son état de santé et une incapacité de travail qui perdurait. Il ne comprenait pas comment le statu quo sine avait été fixé au 26 octobre 2015, alors qu'il travaillait à 100 % (sic) et qu'aucun élément ne plaidait en faveur d'une telle analyse. ![]> 20. Le 29 janvier 2016, la chambre de céans a imparti un délai au 19 février 2016 au recourant pour compléter son recours. Ce délai ayant expiré sans avoir été utilisé, la chambre de céans a fixé un nouveau délai au 4 avril 2016 au recourant pour compléter son recours. L'assuré n'a pas présenté de complément de recours. ![]> 21. Dans sa réponse du 4 mai 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le recourant ne faisait valoir aucun élément nouveau à l'appui de son recours. Elle a soutenu que la lésion de la coiffe des rotateurs était clairement préexistante à l'accident dont elle répondait, et que les troubles liés à cet événement avaient cessé de déployer tout effet selon l'appréciation non contredite du Dr G_____ du 26 octobre 2015. ![]> 22. Par courrier du 10 mai 2016, la chambre des assurances sociales a transmis copie de l'écriture de l'intimée au recourant et lui a accordé un délai au 2 juin 2016 pour consulter les pièces du dossier, faire part de ses observations et transmettre toute pièce utile. L'assuré n'a pas présenté d'observations. ![]> 23. Le 4 juillet 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. ![]> EN DROIT 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. ![]> La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par

la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 octobre 2015. 3. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a) ainsi que le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital (let. c). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). 4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. 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]). Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a). 5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour

impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 3.2).![]>![]> La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 6. L'art. 77 al. 3 LAA délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions sur l'obligation d'allouer des prestations et sur la collaboration des assureurs dans divers cas spéciaux, par exemple lorsqu'un nouvel accident se produit, notamment en cas de perte d'un organe pair ou d'autres modifications du degré d'invalidité (let. b). Sur la base de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 100 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), qui, à son deuxième alinéa, dispose que si l'assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement pour un ou plusieurs accidents, mais après qu'il a repris une activité soumise à l'assurance, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident alloue aussi les prestations pour les accidents précédents dans la mesure où le nouvel accident donne droit à des indemnités journalières. Les autres assureurs intéressés lui remboursent ces prestations, sans allocations de renchérissement, selon le dommage leur incombant; ils se libèrent ainsi de leur obligation d'allouer des prestations. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement moins graves que le précédent. ![]>![]> L'art. 100 OLAA vise à régler l'obligation de prester en cas de survenance de nouvel accident. Cela implique que le nouvel événement accidentel survient alors que les conséquences d'un premier accident ont disparu. Il est déterminant que plusieurs assureurs-accidents puissent entrer en considération s'agissant de l'obligation de prester. L'art. 100 OLAA n'est en revanche pas applicable au point de savoir si l'assureur compétent pour un premier accident doit aussi verser des prestations pour des événements ultérieurs qui ne sont assurés selon la LAA ni auprès de lui, ni auprès d'un autre assureur (Marc HÜRZELER, *Intrasystemische Leistungskoordination im UVG. Wie weiter bei Zuständigkeitsstreitigkeiten unter Unfallversicherern*, Responsabilité et assurance [REAS] 2009 p. 39, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 86/02 du 20 mars 2003 consid. 3). 7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 3.2).![]>![]> 8. En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur l'avis du Dr

G_____. Les conclusions du médecin d'arrondissement ont été émises en parfaite connaissance du dossier, et elles sont motivées et convaincantes. Par ailleurs, le recourant n'a fourni aucun rapport médical susceptible de les remettre en cause, malgré les délais qui lui ont été octroyés à cet effet. L'analyse du Dr G_____ est en outre confortée par la lecture des rapports des médecins traitants et des documents radiologiques. Le Dr E_____ a en particulier indiqué que la lésion transfixiante nécessitant l'intervention planifiée le 30 octobre 2015 n'était pas imputable à l'accident du 4 septembre 2015, mais à la chute survenue l'année précédente – période à laquelle le recourant avait refusé de subir l'intervention. De plus, ce médecin a indiqué que le nouvel événement accidentel de septembre 2014 avait occasionné une recrudescence des douleurs et de l'impotence de l'articulation, mais il n'a cité aucune lésion traumatique imputable au nouvel accident. La comparaison des rapports de radiographies et d'IRM d'avril et juin 2014 et de septembre 2015 révèle également des lésions très largement superposables. Le nouveau rapport d'IRM de septembre 2015 a certes mis en évidence une amyotrophie, qui n'est pas mentionnée dans le rapport d'arthro-IRM du 7 avril 2014. Le Dr G_____ a cependant retenu que cette atteinte était une conséquence de l'accident de 2014. Cette analyse emporte la conviction, dès lors qu'il paraît impossible qu'un tel phénomène se soit produit dans les cinq jours écoulés entre le nouvel accident du 4 septembre 2015 et l'arthro-IRM pratiquée le 9 septembre suivant. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation du Dr G_____, selon laquelle l'événement accidentel du 4 septembre 2015 n'a plus déployé d'effets ouvrant le droit à des prestations d'accident après le 26 octobre 2014. Partant, la décision de l'intimée doit être confirmée. On précisera dans ce cadre qu'on ne se trouve pas dans la constellation visée par l'art. 100 al. 2 OLAA, qui pourrait fonder une obligation de prester de l'intimée. En effet, le recourant n'était plus en traitement pour les suites de l'accident de 2014 lorsque le nouvel accident est survenu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 170/06 du 4 avril 2007 consid. 4.3). 9. Mal fondé, le recours sera rejeté. Le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). * * * * * 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.