

GE_GERICHTE A/3709/2017 vom 16. Oktober 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3709_2017

FR: GE_GERICHTE A/3709/2017 du 16 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3709/2017 del 16 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

er octobre 2012, il avait constaté des douleurs au niveau des insertions musculaires de l'épaule droite, en particulier au niveau des loges antérieures et extérieures, ainsi que la présence d'épicondylites interne et externe. Au mois d'octobre 2012, l'assurée avait été prise en charge aux HUG où des infiltrations avaient été réalisées au niveau de l'épaule droite et une indication opératoire retenue en raison de la symptomatologie lombaire. La cure de hernie discale avait été réalisée le 26 avril 2013 aux HUG. La présence d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'épicondylites du coude droit était décrite. Selon le médecin-traitant, les troubles de l'épaule droite étaient la conséquence du premier accident et les douleurs lombaires et au niveau des membres inférieurs étaient conséquentes aux deux sinistres.![endif]>![if> 37. En date du 4 juin 2013, le Dr I_____ a relevé que l'assurée se plaignait d'une lombosciatalgie et d'une lomboglotalgie du côté gauche, avec des décharges électriques. La symptomatologie du côté droit avait quasiment disparu.![endif]>![if> 38. Par courrier du 27 juin 2013, l'assurée a relevé à l'attention de la SUVA que son dossier ne prenait en considération que l'accident du 27 août 2011, alors qu'elle avait été victime d'un second événement le 22 septembre 2011, en glissant sur un tapis. Elle a fait état de douleurs au niveau de l'épaule droite en lien avec le premier sinistre et de douleurs au niveau lombaire et des membres inférieurs, lesquelles étaient la conséquence des deux accidents. Elle a demandé à la SUVA de considérer sa missive comme une déclaration de rechute du premier accident et de traiter également le second sinistre.![endif]>![if> 39. Dans un rapport du 10 septembre 2013, la Dresse M_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, des lombalgies et lombosciatalgies gauches et une rupture du tendon supra-épineux droit depuis le 29 août 2011. Elle a indiqué que la sciatalgie s'était améliorée, tout comme l'omalgie durant un mois suite à l'infiltration de l'épaule en octobre 2012. Les lombalgies persistaient et empêchaient les mouvements nécessaires pour les tâches de nettoyage. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 29 août 2011. Les limitations fonctionnelles observées consistaient en un syndrome lombo-vertébral. Il n'y avait pas de capacité de travail dans une activité adaptée pour le moment, mais elle n'avait pas le recul nécessaire pour en juger. Une amélioration de l'état de santé semblait possible et dès le 15 novembre 2013, la capacité de travail était de 10%.![endif]>![if> 40. En date du 26 septembre 2013, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que les douleurs dans les membres inférieurs avaient disparu à la consultation du 29 août 2013, mais que les lombalgies et les douleurs à l'épaule droite persistaient. L'incapacité de travail demeurait totale en raison des lombalgies invalidantes et d'une épaule droite douloureuse. Un suivi neurochirurgical et rhumatologique était toujours en cours.![endif]>![if> 41. Le 7 octobre 2013, l'assurée a rappelé à la SUVA ne pas avoir reçu de réponse de sa part et l'a priée de lui faire connaître sa position.![endif]>![if> 42. Le 5 novembre 2013, la Dresse M_____ a signalé

l'apparition d'une lombocruralgie droite depuis quelques semaines entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de concierge et d'employée de maison. Une reprise du travail était difficile à évaluer car la symptomatologie était nouvelle et un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé.![endif]>![if> 43. Par rapport du 21 février 2014, le docteur N_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'arthro-IRM pratiquée le 20 février 2014 avait permis de conclure à une déchirure encore partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux. Bien qu'encore incomplète, ladite déchirure était presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial.![endif]>![if> 44. Dans un avis du 25 mars 2014, le docteur O_____, médecin praticien FMH auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a noté que les lombalgies et le problème à l'épaule avaient persisté suite à l'accident. Il a rappelé les termes des conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA du 13 juin 2012 et la décision du 30 juin 2012, et considéré que l'incapacité de travail était totale depuis le 27 août 2011, que l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès le mois de juin 2012. Les restrictions comprenaient le port de charges de plus de 10 kg, la montée sur des échelles ou des échafaudages, l'emploi de la main au-dessus du niveau du thorax, de l'épaule ou de la tête, ainsi que la position statique prolongée.![endif]>![if> 45. Le 1^{er} avril 2014, le Dr E_____ a sollicité la convocation de l'assurée par l'unité d'orthopédie des HUG en raison de douleurs sévères à l'épaule droite depuis 2012. Il a relevé que les investigations, un peu retardées par la discectomie d'avril 2013, confirmaient la présence d'une déchirure presque transfixiante du tendon du sus-épineux.![endif]>![if> 46. Dans un rapport du 9 juillet 2014, le Dr E_____ a notamment expliqué qu'au vu de l'examen clinique et du bilan radiologique de l'épaule droite, une indication chirurgicale était préconisée dès lors que le traitement conservateur n'était plus efficace à ce stade.![endif]>![if> 47. Par décision du 25 août 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 août 2011, mais totale dans une activité adaptée depuis le mois de juin 2012. La comparaison du salaire sans invalidité avec celui d'invalidité en 2012 entraînait un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à un reclassement professionnel. Une orientation professionnelle n'était pas nécessaire au vu du large éventail d'activités non qualifiées adaptées aux empêchements de l'assurée. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans.![endif]>![if> 48. Par courrier du 29 septembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, associé du précédent, a écrit à la SUVA que ses dernières missives étaient restées sans réponse. Elle a ajouté qu'une opération de l'épaule droite était en l'état discutée afin d'éviter un décrochement complet du muscle de l'épaule partiellement déchiré. Selon elle, son état de santé n'avait été pris en considération par la SUVA que sous l'angle des problèmes dorsaux. Or, les difficultés éprouvées au niveau de l'épaule, lesquelles avaient jusqu'alors été passées sous silence, prenaient une place prépondérante et il convenait de « rouvrir l'instruction de ce dossier » afin de faire le point sur sa situation.![endif]>![if> 49. Le 28 octobre 2014, la SUVA a répondu à l'assurée qu'au regard des renseignements supplémentaires en sa possession, elle allait examiner sa demande et lui communiquerait sa position prochainement.![endif]>![if> 50. Dans un rapport du 6 novembre 2014, le docteur P_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG, a exposé que le diagnostic clinique était confirmé par l'imagerie qui mettait en évidence une rupture

de stade I à II du sus-épineux avec une modification dégénérative au niveau de l'humérus proximal. Le biceps était subluxé dans sa gouttière au dépend du sub-scapulaire.![endif]>![if> 51. En date du 8 décembre 2014, l'assurée a informé la SUVA que l'opération de l'épaule droite visait à tenter de rendre utilisable son membre supérieur droit. Son incapacité de travail était manifeste et confirmée par la nécessité d'une intervention chirurgicale. Elle sollicitait donc la reprise du versement des indemnités journalières prématurément suspendues.![endif]>![if> 52. Dans un rapport du 15 décembre 2014, le Dr E_____ a mentionné les diagnostics de lombosciatalgies persistantes post discectomie L4-L5 le 26 avril 2013 et de déchirure incomplète côté articulaire du sus-épineux avec une subluxation du long chef du biceps de l'épaule droite. Depuis sa chute de 2011, l'assurée avait souffert de douleurs de l'épaule droite, moins importantes que ses lombalgies. Des infiltrations en sous-acromial et de l'angulaire de l'omoplate n'avaient pas amélioré ses douleurs. Une échographie, puis une arthro-IRM en octobre 2014, avaient été réalisées. Ce dernier examen avait mis en évidence une déchirure partielle distale du sus-épineux, presque transfixiante. ![endif]>![if> 53. Par rapport du 26 janvier 2015, le Dr B_____ a notamment relevé qu'une nouvelle infiltration avait été réalisée au niveau de l'épaule droite vers la mi-septembre 2013. Lors de sa consultation du 21 janvier 2014, il avait constaté une tendinite du muscle angulaire de l'omoplate droit et le Dr E_____ avait alors procédé à une infiltration avec un bon effet sur ladite tendinite, mais pas sur les douleurs de l'épaule droite. Le 11 mars 2014, sa patiente lui avait appris qu'une arthro-IRM avait révélé une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux. Le 30 avril 2014, il avait noté un statu quo. Les douleurs de l'assurée au niveau de l'épaule perturbaient son sommeil et ses activités de la vie quotidienne étaient rendues difficiles par les douleurs lombaires et de l'épaule. Lors de sa consultation du 4 juillet 2014, il avait soupçonné une dépression masquée chez sa patiente, probablement en lien avec les douleurs, l'invalidité et la relation difficile avec sa fille. L'assurée ne s'était pas présentée aux rendez-vous des 13 et 25 août 2014 et il l'avait revue le 4 septembre 2014. Les problèmes de l'épaule persistaient. Le 22 septembre 2014, elle montrait clairement des signes d'épuisement psychologique, étant relevé que son mari s'était fait opérer et ne pouvait pas marcher normalement, et que sa fille refusait de l'aider. Il avait proposé à sa patiente un suivi psychiatrique, auquel elle n'avait pas donné suite. Les douleurs lombaires et de l'épaule droite entraînaient une totale incapacité de travail. Lors de son premier examen du 29 août 2011, l'assurée s'était plainte de douleurs de l'épaule droite et il avait observé des signes clairs d'une atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs. L'accident était à l'origine des lésions visualisées sur les examens d'imagerie et des douleurs relatées.![endif]>![if> 54. Par courrier du 29 janvier 2015, l'assurée a requis de la SUVA une confirmation de la prise en charge de l'opération de l'épaule et la reprise du versement des indemnités journalières.![endif]>![if> 55. Le 6 février 2015, l'assurée a subi une réinsertion du sus-épineux de l'épaule droite, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie. ![endif]>![if> 56. Le docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à échographie de l'épaule droite réalisée le 31 mars 2015, à une importante réaction capsulaire gléno-humérale de type capsulite rétractile. ![endif]>![if> 57. Par rapport du 12 mars 2015, le Dr P_____ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs, et indiqué à la SUVA que des douleurs et une impotence fonctionnelle de l'épaule droite persistaient après le traitement conservateur. L'incapacité totale de travail, prévue pour une durée de six mois, était à réévaluer selon l'évolution.![endif]>![if> 58. Par avis du 25 septembre 2015, le docteur

R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a admis l'existence d'une rechute en « relation de causalité pour le moins probable ».[endif]>[if> 59. Par avis du 12 octobre 2015, le docteur S_____, médecin auprès du SMR, a considéré que l'évolution post-opératoire était favorable, ce qui confirmait les conclusions du SMR du 25 mars 2014, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas le membre supérieur droit.[endif]>[if> 60. Le 15 octobre 2015, l'assurée s'est entretenue avec le gestionnaire de la SUVA en charge de son dossier. Elle a déclaré souffrir encore de douleurs dans l'épaule droite, articulation qui demeurait fragile, sans aucune force et avec une mobilité restreinte. Elle ne pouvait pas lever le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Elle présentait en outre des douleurs au bas du dos avec des irradiations sur la hanche droite depuis l'opération. Elle prenait des médicaments et suivait des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine. Son incapacité de travail était totale et elle était sans ressources depuis le 6 février 2015. [endif]>[if> 61. En date du 2 novembre 2015, l'assurée a reproché à la SUVA d'avoir examiné son dossier « que sous l'angle des lésions lombaires, les lésions à l'épaule droite étant largement passées au second plan ». Or, il ressortait clairement des attestations médicales versées à la procédure que son épaule droite présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux depuis le 27 août 2011. À la lecture de la décision du 27 juin 2012, il apparaissait manifeste que la gravité de la lésion à l'épaule droite avait été mal appréhendée par le médecin-conseil, étant toutefois observé que les IRM établissant la gravité des lésions subies n'avaient été réalisées que postérieurement. Ces examens avaient mis en évidence la tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux qui expliquait et objectivait le calvaire qu'elle avait vécu au cours des quatre dernières années, ainsi que son incapacité d'utiliser son membre supérieur droit. Les indemnités journalières auxquelles elle avait droit devaient remonter à la date de la survenance de l'accident, sous déduction des indemnités versées en relation avec les problèmes dorsaux. Par conséquent, elle demandait à la SUVA de bien vouloir « reconsidérer l'ensemble de ce dossier, sur la base d'un état de fait désormais complet, d'une situation médicale désormais claire ».[endif]>[if> 62. En date du 13 novembre 2015, le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 27 août 2011 au 28 novembre 2012, de 50% du 29 novembre 2012 au 6 février 2013 et de 100% dès le 7 février 2013.[endif]>[if> 63. Le 24 novembre 2015, l'assurée a prié la SUVA de rendre une décision de reprise des indemnités journalières pleines et entières depuis le jour de l'accident et de procéder au calcul des arriérés dus.[endif]>[if> 64. Le 23 décembre 2015, la SUVA a informé l'assurée qu'elle acceptait, à titre provisoire, de lui verser des indemnités journalières dès le 6 février 2015. [endif]>[if> 65. Par arrêt du 16 février 2016 (ATAS/119/2016), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 25 août 2014 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré, entre autres, que les diagnostics retenus par le SMR ne correspondaient pas aux atteintes constatées par les spécialistes ayant examiné l'assurée puisque n'étaient pas mentionnées la lombosciatalgie L5 à gauche avec un léger déficit moteur sur une hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire L5 qui avait justifié l'intervention chirurgicale du 26 avril 2013, la lombosciatique L5-S1 gauche diagnostiquée après l'opération, l'apparition en 2013 d'une lombocruralgie droite entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite, la rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012 et l'épitrôchléite du coude droit

chronique. Les appréciations des spécialistes ne permettaient pas de statuer sur les répercussions des atteintes présentées par l'assurée sur l'exercice d'une activité adaptée, et, le cas échéant, depuis quand et à quel taux. En effet, si le Dr E_____ avait mentionné le

E. 4

septembre 2012 une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50% et 100%, il s'était prononcé en prenant en considération uniquement l'atteinte lombaire et alors que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé. Par ailleurs, la Dresse M_____ avait fait état de l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée, précisant toutefois n'avoir pas assez de recul pour en juger. Partant, la chambre de céans n'était pas en mesure de se prononcer sur les troubles dont souffrait l'assurée, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînaient ainsi que sur leurs répercussions sur la capacité de travail. Elle a estimé qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise devait être effectuée. !>!> !> 66. Le 3 mars 2016, l'assurée a communiqué l'arrêt précité à la SUVA et soutenu qu'il établissait que son incapacité de travail était totale depuis la date du premier accident en raison de ses problèmes dorsaux et de l'épaule, et qu'il indiquait que la rupture du tendon de l'épaule droite était survenue en 2011. !>!> !> 67. Le 15 mars 2016, le Dr B_____ a relevé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec des douleurs permanentes invalidantes au niveau du bras droit. !>!> !> 68. En date du 29 juin 2016, le docteur T_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué suivre l'assurée depuis le 18 mars 2015 en rééducation post-opératoire. Il a relevé que la mobilité était réduite, avec des valeurs inchangées depuis le mois de mars 2015. La patiente était anxieuse, ne tolérait pas plusieurs médicaments et la physiothérapie avait aggravé les symptômes. Le pronostic était mauvais et une reprise de l'activité de nettoyage n'était en l'état pas possible. !>!> !> 69. Le 5 juillet 2016, le Dr R_____ a suggéré un séjour à la Clinique romande de réadaptation compte tenu de la mauvaise évolution. !>!> !> 70. Dans une appréciation du 17 février 2017, le Dr R_____ a considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiée entre la date du statu quo fixé au 30 juin 2012 et l'intervention au niveau de l'épaule droite du 6 février 2015 pour les seuls troubles de cette articulation. Pour les suites opératoires, une incapacité de travail de six mois était habituellement observée dans une activité physique après les interventions consistant en une suture du sus-épineux. Le médecin d'arrondissement a retenu qu'il avait fallu attendre le 20 février 2014 et un tableau de douleurs chroniques pour que le Dr E_____ demande une arthro-IRM de l'épaule droite « en complément d'une échographie ayant fait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs ». Selon lui, c'était à juste titre que l'opération n'avait été réalisée qu'une fois une rupture quasi complète mise en évidence et qu'après l'échec du traitement conservateur. L'influence des années passant avait entraîné une aggravation naturelle du status au niveau de l'épaule. Par ailleurs, au moment de l'intervention de 2015, il n'y avait pas d'incapacité de travail pour les troubles rachidiens, étant rappelé que l'accident avait cessé ses effets délétères au 30 juin 2012. !>!> !> 71. Par décision du 20 mars 2017, la SUVA a alloué à l'assurée une indemnité journalière pour les troubles présentés à l'épaule droite, avec effet rétroactif au

E. 6

février 2015. !>!> !> Aucun des médecins consultés par la recourante ou interpellés par l'intimée n'a été invité à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante eu égard aux seules atteintes présentées au niveau du membre supérieur droit. On relèvera encore que

le dossier soumis à l'appréciation de la chambre de céans ne comporte aucun rapport relatif aux examens réalisés et traitements suivis en octobre 2012 en lien avec les atteintes présentées au membre supérieur droit. 19. À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis la rechute, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sujette à opposition. 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. 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). 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.