

GE_GERICHTE A/3745/2009 vom 31. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3745_2009

FR: GE_GERICHTE A/3745/2009 du 31 mai 2010

IT: GE_GERICHTE A/3745/2009 del 31 maggio 2010

Erwägungen

E. 28

janvier 2009). Le 4 mars 2009, l'assureur a notifié à l'assurée une décision, formelle. Réitérant que l'existence d'un lien de causalité entre les lésions des tendons diagnostiquées au cours de l'année 2008 à l'épaule gauche et l'événement du 27 février 2008 était tout au plus possible et que cela n'était pas suffisant pour engager sa responsabilité, il a refusé de prendre en charge les soins et indemnités journalières au-delà du 31 août 2008. Par courrier du 9 mars 2009, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a notamment allégué que la personne qui lui était tombée dessus avait le bras porté vers l'avant, qu'elle avait alors entendu un craquement et ressenti de suite une vive douleur. Elle a ajouté que son épaule était très enflée après le choc. Par courrier du 17 avril 2009, le professeur L._____ a informé l'assureur que sa patiente avait pu reprendre le travail à 100% à compter du 26 janvier 2009. Le 10 septembre 2009, le Dr P._____ a rendu un avis rédigé sur la base de la déclaration d'accident et du dossier médical de l'assurée et contenant une brève anamnèse. Dans son évaluation, le médecin-conseil a estimé que les lésions détectées après l'événement de 2008 étaient toutes préexistantes, à l'exception d'une petite rupture du sous-scapulaire révélée par l'IRM pratiquée en mai 2008 dont l'origine ne pouvait être comprise et dont le radiologue avait précisé qu'il était peu probable qu'elle fût iatrogène. Le Dr P._____ a relevé que cette rupture n'était plus mentionnée dans le rapport opératoire. Il a souligné une lésion intra-tendineuse du tendon du sus-épineux, ajoutant qu'il s'agit-là presque toujours d'une lésion dégénérative. En définitive, le Dr P._____ a souligné que l'assurée n'avait pu effectuer un mouvement de réflexe favorisant ses lésions lors de l'accident du 27 février 2008 puisque la personne qui l'avait heurtée se trouvait derrière elle. Le médecin a également exclu un choc violent, puisque l'assurée n'avait même pas pu voir la personne qui l'avait touchée, qu'elle n'était pas tombée et que le contact s'était produit entre deux corps mous, ce qui avait amorti les forces en présence. Le 22 septembre 2009, l'assureur a rendu une décision sur opposition confirmant son refus de prestations au-delà du 31 août 2008. Se référant à l'avis de son médecin-conseil, l'assureur a estimé qu'hormis la petite rupture du sous-scapulaire révélée par l'IRM, dont l'origine ne pouvait être comprise et qui n'était au demeurant plus mentionnée dans le rapport opératoire, toutes les lésions détectées après l'accident étaient préexistantes. Le 16 octobre 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en faisant valoir que le choc subi le 27 février 2009 aurait conduit au sectionnement du biceps justifiant l'opération du 30 septembre 2009. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 novembre 2009, a conclu au rejet du recours en faisant valoir que les lésions détectées après l'événement étaient toutes préexistantes et qu'il convenait à cet égard de se référer à l'appréciation du Dr P._____, laquelle était claire, détaillée et bien motivée, au contraire de celle du Professeur L._____. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 17 décembre 2009, au cours de laquelle a été entendu le Professeur L._____. Celui-ci a indiqué que la

recourante présentait certes une lésion dégénérative antérieure à l'accident, mais que celle-ci avait été opérée avec succès puisque l'intéressée avait pu par la suite reprendre le travail. Le témoin a également relevé que le délai de 4 à 6 mois articulé par le médecin-conseil pour la disparition des douleurs n'était qu'une supposition et que, d'un point de vue médical, il était connu que la guérison pouvait durer une année à deux ans. Le témoin a en outre confirmé que le diagnostic posé pour la recourante était celui de tendinopathie du biceps gauche, ce qui impliquait des ruptures intra-tendineuses et représentait le stade précédant une rupture du biceps proprement dite. Le témoin a expliqué qu'il s'agissait là d'une lésion dégénérative le plus souvent asymptomatique, à moins qu'un événement ne réveille les douleurs. Il a ajouté que cette problématique était toutefois moins importante chez la recourante que celle liée au tendon du sus-épineux. Le témoin a en outre souligné la satisfaction de la recourante après sa première opération, et avant que l'événement du 27 avril 2009 ne fasse resurgir ses douleurs. Il a encore précisé que, lors de sa consultation du 16 avril 2009, la recourante avait encore l'épaule qui craquait bien qu'elle fût fonctionnelle et présentât une bonne mobilité malgré la persistance du syndrome douloureux. Le témoin a allégué qu'il était difficile d'indiquer au seul vu des lésions, comment celles-ci avaient pu être causées. Il considérait cependant que le déroulement de l'accident constituait une cause possible des lésions de la recourante, dont il a rappelé qu'elle venait d'être opérée et qu'elle était donc encore fragilisée. Le témoin a souligné que certaines lésions ne sont pas complètement visibles à l'IRM et a émis l'avis qu'il était probable que l'accident ait augmenté la rupture intra-tendineuse déjà présente avant sa survenance. Le témoin a enfin relevé que les ruptures de la coiffe des rotateurs étaient, selon une étude qu'il avait menée, plus souvent qualifiées d'accident chez les hommes que chez les femmes, ce qui démontrait une certaine inégalité de traitement entre les sexes. La recourante a quant à elle déclaré ne plus avoir de douleurs depuis l'été. Elle a également contesté que le choc subi lors de l'accident du 27 février 2008 n'ait pas été violent, puisqu'une personne d'une certaine corpulence lui était tombée dessus de tout son poids. L'intimée a précisé qu'elle contestait l'obligation de prendre en charge l'opération du 30 septembre 2008. Par écriture du 7 janvier 2010, l'intimée a persisté dans ses conclusions en soutenant notamment que l'avis du Professeur L. _____ devait être considéré avec une certaine retenue puisqu'il était le médecin de l'assurée et qu'il avait admis que l'existence d'un lien de causalité entre les lésions opérées et l'accident était seulement possible. Par courrier du 19 janvier 2010, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture à la recourante. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante après son accident du 27 février 2008 lui ouvrent droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2008. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la

mort (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 360 consid. 4a). b) 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 dans l'assurance sociale (ATF 125 V 193 consid. 2; ATF 121 V 45 consid. 2a). 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 du 22 octobre 2008, 8C_628/2007 consid. 2; ATF 129 V 177 consid. 3.1). c) En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 140). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATF du 31 janvier 2001, U 270/00, consid. 2b; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b). d) Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (ATF du 7 février 2000, U 149/99, consid. 3). a) Le juge des assurances sociales, sauf dispositions contraires de la loi, doit fonder sa décision sur les faits qui, à défaut d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 204 consid. 6a). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF du 22 mars 2001, U 316/00, consid. 1a; ATF 126 V 353, consid. 5b). b) 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 retient une opinion médicale et non pas une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 122 V 157 , consid. 1c). c) 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. 3). Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de tels cas, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF du 26 mai 2008, 9C_55/2008 , consid. 4.2; ATF du 25 octobre 2007, 9C_178/2007 , consid. 3.1; ATF 123 V 175 , consid. 3d). e) 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. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb, cc et dd). En l'occurrence, il sied d'examiner la valeur probante des différents avis médicaux à la lumière des principes exposés ci-dessus. Les avis du Professeur L_____ et du Dr P_____ divergent sur la question de savoir s'il y a ou non lien de causalité entre les lésions ayant nécessité l'opération du 30 septembre 2008 et l'accident survenu le 27 février 2008. Les médecins ne s'accordent pas non plus sur la durée de guérison du traumatisme subi le 27 février 2008, l'intimée ayant indiqué dans son courrier du 14 janvier 2009 qu'elle était de 4 à 6 mois selon l'avis du Dr P_____, alors que le Professeur L_____ a articulé en audience un laps de temps d'une année à deux ans. Le Professeur L_____ a certes émis l'avis que les lésions de sa patiente avaient une origine accidentelle, mais sans pouvoir motiver plus avant cette conclusion. Si les statistiques qu'il cite quant à l'admission du caractère accidentel de lésions de la coiffe des rotateurs sont intéressantes, elles ne permettent pas pour autant de conclure à des lésions accidentelles dans le cas de la victime. Les avis du Professeur L_____ ne sont dès lors pas suffisants pour établir l'origine accidentelle des lésions de la recourante au-delà du 31 août 2008. Quant à l'avis médical du 10 septembre 2009 du Dr P_____, il appelle les remarques suivantes. Si cet avis contient bien une anamnèse, ses conclusions ne sont en revanche guère motivées. En particulier, le médecin se contente d'affirmer que la lésion intra-tendineuse du tendon du sus-épineux, telle que détectée chez la recourante, constitue presque toujours une lésion dégénérative, sans évoquer les indices ou les éléments qui permettraient de corroborer cette affirmation dans le cas concret. Pour le surplus, l'avis du Dr P_____ revient très largement sur le déroulement de l'accident du 27 février 2008 en indiquant pourquoi il est impossible que le choc subi par la recourante lors de cet

événement est violent. Il y a lieu à ce sujet de souligner que son argumentation n'est guère convaincante. En effet, ce médecin exclut la possibilité que la recourante ait eu un réflexe de protection, car la personne qui lui est tombée dessus était derrière elle. Or, on voit mal en quoi ces deux éléments sont incompatibles, puisqu'une personne qui se trouve soudainement poussée vers l'avant par une force peut parfaitement avoir un réflexe de protection. Quant à l'absence de violence de l'impact, le Dr P _____ ne peut être suivi lorsqu'il relève que le contact s'est fait "entre deux corps mous", ce qui a amorti les forces en présence. Tout d'abord, on ignore quelle partie du corps du passager qui a chu a heurté en premier l'épaule de la recourante. Ensuite, si l'on devait suivre le Dr P _____, un choc entre deux personnes ne pourrait jamais être brutal, déduction que l'expérience de la vie suffit à nier. Par ailleurs, cette affirmation sur l'absence de violence du choc surprend dans la mesure où l'intimé a admis un choc violent dans sa note d'entretien avec le médecin-conseil du 7 octobre 2008. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que l'avis du Dr P _____ ne répond pas aux exigences jurisprudentielles en matière d'expertise qui ont été rappelées plus haut. Ainsi, eu égard aux contradictions essentielles entre les avis médicaux et à leur caractère lacunaire, les faits ne peuvent être établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de déterminer si l'accident survenu le 27 février 2008 a pu causer les lésions qui ont justifié l'intervention chirurgicale du 30 septembre 2008. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF du 21 novembre 2001, U 58/01, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Tel est bien le cas en l'espèce, l'avis du médecin-conseil fondant la décision de l'intimée ne satisfaisant manifestement pas aux réquisits jurisprudentiels en matière d'expertise. A cet égard, le Tribunal de céans s'étonne d'ailleurs que l'intimée ait fait connaître sa position à la recourante par un courrier du 14 janvier 2009 en se référant essentiellement à l'avis du Dr P _____, alors que le seul document établi de manière relativement circonstanciée par ce médecin-conseil est postérieur, puisqu'il est daté du 10 septembre 2009. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction de la cause sur un plan médical en confiant une expertise à un médecin orthopédiste spécialiste de l'épaule. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition du 22 septembre 2009 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.