

GE_GERICHTE A/414/2015 vom 18. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_414_2015

FR: GE_GERICHTE A/414/2015 du 18 août 2015

IT: GE_GERICHTE A/414/2015 del 18 agosto 2015

Erwägungen

E. 8

août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 7. 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). 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. 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 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). Ainsi, en principe, 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). 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 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 8. Enfin, 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 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). 9. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les rapports des Drs G_____ et H_____ pour mettre fin à ses prestations à compter du 4 août 2013. Concernant la lésion du LCB, qui avait été selon l'expert possiblement causée par la chute accidentelle de juin 2013, elle n'avait pas fait l'objet de l'opération du 17 décembre 2013 et le statu quo sine était en tous les cas atteint au plus tard à fin juillet-début août 2013. Cela étant, puisque l'expert ne retenait qu'un lien de causalité possible, ce lien n'était pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des lésions du sous-scapulaire et du sus-épineux, l'expert avait estimé que l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident était hautement, voire très hautement improbable. Ainsi, la lésion traumatique de cette coiffe restait une hypothèse possible, mais très hautement improbable, d'autant plus qu'aucune constatation ni aucun

examen radiologique ne permettait de retenir une atteinte traumatique. Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise et se réfère à l'appréciation de son médecin-traitant, lequel conclut à une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs. 10. Il résulte des pièces versées au dossier que le recourant est tombé sur le coude et l'avant-bras droits en date du 9 juin 2013 et que cette chute, dont le caractère de facteur extérieur, soudain et involontaire, n'est pas contesté par l'intimée, a déclenché une vive symptomatologie douloureuse notamment à l'épaule droite, étant rappelé que le recourant n'a jamais présenté de symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite avant le sinistre (rapports des Drs F_____ du 5 décembre 2013 et Dr G_____ du 17 avril 2014), ce que l'intimée ne conteste pas. [endif]>[if> Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la chute du

E. 9

juin 2013 a, au moins, déclenché les symptômes douloureux dont s'est plaint le recourant. La forte douleur initiale a été remplacée par une douleur sourde, essentiellement à l'épaule (cf. rapport d'expertise du Dr G_____ p. 3). En outre, il est établi, et non contesté par les parties, que le recourant a subi une déchirure quasi complète du tendon sous-scapulaire, lésion dont l'existence est attestée par l'arthro-IRM du 2 décembre 2013 et qui a nécessité l'intervention pratiquée par le Dr F_____ le 17 décembre 2013. Cette atteinte correspond à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. C'est le lieu de rappeler qu'un simple état dégénératif ou morbide antérieur ne suffit encore pas à exclure l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, les lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont couvertes par l'assureur-accidents, même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Ce n'est que si l'origine exclusivement dégénérative de la lésion est manifeste qu'il incombe à l'assureur-maladie de la prendre en charge. 11. Il convient donc d'examiner si les rapports des Drs G_____ et H_____ permettent de conclure que la lésion du recourant est, manifestement, d'origine exclusivement dégénérative. [endif]>[if> a. Dans son rapport du 17 avril 2014, le Dr G_____ a signalé plusieurs états antérieurs (une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une tendinopathie du LCB, une arthropathie dégénérative gléno-humérale débutante, une possible/probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale) et diagnostiqué un status neuf mois après une probable entorse de l'épaule droite et une « possible lésion concomitante » du tendon du muscle sous-scapulaire. Il a considéré qu'il apparaissait « hautement probable » que le recourant avait une coiffe dégénérative au moment de l'événement, de sorte que la relation de causalité naturelle entre le sinistre et l'intervention chirurgicale paraissait « hautement, voire très hautement improbable » (rapport p. 11). De même, dans son complément d'expertise du 27 septembre 2014, il a noté que « l'action vulnérante aurait pu très bien léser un tendon de la coiffe de rotateurs », mais que cette hypothèse était « sérieusement mise en doute » par la clinique ayant suivi le traumatisme, et que les « éléments radiologiques parlaient assez clairement en faveur d'une pathologie dégénérative (haute ou très haute vraisemblance)» (rapport p. 7). Il a conclu à la « haute, voire la très haute, probabilité » que la coiffe des rotateurs avait également subi un surmenage chronique (rapport p. 8). [endif]>[if> Ainsi, bien que le Dr G_____ ait estimé que le recourant présentait plusieurs atteintes préexistantes de la coiffe des rotateurs et souligné l'importance de l'atteinte malade préexistante, force est de constater qu'il admet que l'action vulnérante aurait pu engendrer la lésion du recourant. Son appréciation ne

permet donc pas de considérer que l'atteinte serait manifestement d'origine exclusivement dégénérative. b. Quant au rapport du 18 novembre 2014 du Dr H_____, ce médecin a mentionné « la preuve de l'existence d'altérations d'origine dégénérative » et estimé que « l'absence d'hématome et l'absence de symptomatologie initiale douloureuse avec une limitation de mobilité importante parlent très clairement contre la thèse d'un traumatisme ayant provoqué simultanément une rupture partielle du tendon du sus-épineux, une rupture complète du tendon sous-scapulaire et une déchirure du long chef du biceps ». La chambre de céans relève toutefois que, s'il est exact que le recourant a déclaré le 6 janvier 2014 avoir consulté le 17 juin 2013 en raison d'une « gêne persistante », sans faire état de douleurs, et que le rapport du Dr E_____ du 23 septembre 2013 ne relate pas de souffrances, il n'en reste pas moins que de nombreux documents attestent que le recourant a ressenti une violente douleur lors de la chute, puis une douleur sourde, « modérée et supportable » (rapport du Dr G_____ du 17 avril 2013), oscillant entre 2 et 3 sur une échelle de 10 (rapport du Dr F_____ du 5 décembre 2012). Des douleurs à la palpation de l'épaule et une rotation interne douloureuse ont notamment été constatées lors de la première consultation (rapport du 5 juillet 2013) et le Dr F_____ a noté que les amplitudes de l'épaule étaient pathologiques (rapport du 5 décembre 2013). En outre, le recourant a déclaré au Dr G_____ que la situation avait été « confortable », mais en raison d'une certaine « épargne » (rapport du 17 avril 2014). Dans ces conditions, on ne saurait retenir ni une absence de symptomatologie douloureuse initiale ni une absence de limitation de la mobilité, de sorte que les conclusions du médecin conseil apparaissent fondées sur des prémisses inexactes. Son avis ne saurait donc être suivi. Partant, l'intimée n'était pas fondée, sur la base de ces documents, à nier tout lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. D'ailleurs, elle a expressément conclu qu'une lésion traumatique était une hypothèse possible, ce qui était suffisant pour que la prise en charge du cas lui incombe, même si ladite hypothèse était qualifiée de très hautement improbable. 12. Reste donc à examiner si les status quo ante vel sine ont été atteints et ce, en tenant compte des diagnostics relatifs aux LCB, mais également des autres lésions touchant la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. S'agissant d'un retour à un statu quo ante ou de l'évolution vers un statu quo sine, il est rappelé qu'on ne saurait se fonder sur la vraisemblance prépondérante, dans le cas de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées). Les Drs G_____ et H_____ se sont uniquement fondés sur l'atteinte du LCB pour fixer le retour à un statu quo sine deux mois après l'événement. Leurs appréciations ne sont donc pas déterminantes, dès lors qu'elles ne tiennent pas compte de l'évolution de l'atteinte de la coiffe des rotateurs dans son ensemble. Quant au Dr F_____, il a indiqué le 30 juillet 2014 que les traitements étaient terminés, sans exposer à partir de quelle date précise le statu quo ante vel sine aurait été atteint. La chambre de céans constate qu'on peut déduire des allégations et conclusions du recourant, lequel a affirmé être complètement guéri grâce à l'intervention de son médecin traitant, qu'il considère que ce moment est survenu le 16 juin 2014, date de la dernière consultation de contrôle dont il réclame le remboursement. Compte tenu du fait que la guérison n'aurait pas pu être obtenue sans l'opération réalisée en décembre 2013 et que l'IRM et les consultations de contrôle apparaissent indispensables pour juger de l'évolution, il semblerait effectivement qu'un retour au statu quo soit intervenu le 16 juin 2014. Faute toutefois d'une appréciation médicale motivée en ce sens, la chambre de céans

n'est pas en mesure de retenir qu'un tel fait est avéré. Il incombera donc à l'intimée de déterminer la date du retour au statu quo ante/sine, en sollicitant de nouvelles mesures d'instruction si elle entend refuser le remboursement des factures demandé par le recourant.

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée, le lien de causalité entre l'accident du 9 juin 2013 et les lésions à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant étant établi. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision concernant le versement des prestations légales dues.

14. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral, alors que la fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit au droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_827/2011 du 13 juin 2012 consid. 5). En l'espèce, le recourant obtenant très largement gain de cause, les dépens seront fixés à CHF 2'000.- (cf. art. 6 RFPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.