

# **GE\_GERICHTE A/78/2023 vom 30. Mai 2024**

GE Cour de justice, 2024-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_78\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_78_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/78/2023 du 30 mai 2024

IT: GE\_GERICHTE A/78/2023 del 30 maggio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le recours n'étant pas pendant à cette date, il est soumis au nouveau droit (art. 82a LPGA a contrario).

### **E. 3**

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Dans la mesure où l'événement litigieux est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 a contrario). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### **E. 4**

Le recours ayant été déposé selon les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), il est recevable. S'agissant de certaines formulations du recours, dont l'intimée déplore la virulence, on rappellera que les art. 64 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10) ne sanctionnent pas d'irrecevabilité un recours au motif qu'il serait inconvenant. Partant, l'éventuelle incompatibilité des propos du mandataire du recourant avec le « respect dû par un avocat aux autorités » (cf. art. 27 de la loi sur la profession d'avocat du 26 avril 2002 [LPAv - E 6 10]) – point que la Cour de céans n'examinera pas – n'a pas d'incidence sur la recevabilité du recours.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée des conséquences de ses troubles à l'épaule gauche.

### **E. 6**

Aux termes de 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335

consid. 1).

### **E. 6.1**

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1). Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de mouvement non coordonné, à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1).

### **E. 6.2**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). On précisera qu'une déchirure des tendons du sous- et du sus-épineux est une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a rappelé que l'exigence d'une cause extérieure pour les lésions assimilées à un accident avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés, raison pour laquelle une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une telle cause était proposée. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier peut toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la

loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893). Le Tribunal fédéral a précisé que selon l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur, lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie. Dans le cadre de cette preuve libératoire, la question de savoir s'il y a eu un événement initial reconnaissable et identifiable reste déterminante pour délimiter les obligations respectives de l'assureur-accidents et de l'assureur-maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.6). Lorsque l'assuré a subi un accident et souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1). Ainsi, lorsqu'un événement est constitutif d'un accident, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA même en cas de lésion de la liste (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1).

## **E. 7**

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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

### **E. 7.1**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

### **E. 7.2**

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

### **E. 7.3**

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). S'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2).

### **E. 8**

En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ pour nier tout lien de causalité entre l'accident subi le 9 juin 2021 et les troubles à l'épaule gauche du recourant. On relèvera en premier lieu qu'on peut s'interroger sur le point de savoir si le geste d'extension du bras afin de retenir des plaques qui étaient en train de tomber du chariot répondrait à la définition légale d'un accident s'il était analysé isolément, le critère du caractère extraordinaire d'un tel geste ne paraissant pas nécessairement réalisé. Cette question peut cependant rester ouverte, dès lors que l'intimée n'en tire pas argument et qu'elle ne conteste pas que l'événement du 9 juin 2021 constitue un accident au sens de la loi. Partant, conformément à la jurisprudence précitée, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Le médecin d'arrondissement de l'intimée conclut à un phénomène dégénératif, en se fondant notamment sur le délai d'apparition des douleurs et sur l'analyse des documents radiologiques. Il est vrai qu'aucun des rapports médicaux établis dans les suites proches de l'accident ne relate que le recourant aurait signalé des douleurs à l'épaule. Le médecin d'arrondissement et le Dr E\_\_\_\_\_ – rejoint sur ce point par le Dr G\_\_\_\_\_ –, divergent cependant sur la portée de l'absence de douleurs dans l'admission du caractère traumatique ou non de l'atteinte à l'épaule. Par ailleurs, on ne saurait retenir que les douleurs n'ont été alléguées qu'à la consultation du Dr E\_\_\_\_\_ en septembre 2021. En effet, l'échographie de l'épaule a été réalisée le 4 août 2021 en raison d'une diminution de force d'élévation latérale et de douleurs à l'effort. Quant aux conclusions que le médecin d'arrondissement tire de l'analyse des images, elles sont contredites de manière circonstanciée par le Dr E\_\_\_\_\_, qui a étayé sa prise de position par de nombreuses références à la littérature et des statistiques. Si la prévalence moyenne dans certains segments de la population d'une atteinte déterminée ne suffit certes pas en soi à conclure à son caractère traumatique ou dégénératif dans un cas particulier, lequel doit être analysé en fonction des éléments concrets, la position contraire et les explications particulièrement fouillées du Dr E\_\_\_\_\_ sont de nature à susciter des doutes sur les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, quand bien même celles-ci ont été motivées. A cela s'ajoute que le Dr G\_\_\_\_\_ a déclaré privilégier lui aussi l'hypothèse d'une lésion traumatique, tant dans son rapport du 6 octobre 2021 que lors de son témoignage. On relèvera certes qu'il a dans ce cadre évoqué une rupture récente, d'une semaine ou plus, hypothèse qui semblerait incompatible avec une rupture survenue le 9 juin 2021. Cela étant, ce seul élément ne justifie pas qu'on exclue une origine traumatique de la rupture de la coiffe, au vu des autres

avis au dossier. Le rapport établi par la Dresse I\_\_\_\_\_ tend également à corroborer une origine traumatique de la lésion. Compte tenu de ces éléments, il existe des doutes sur les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, et la Cour de céans ne dispose pas d'éléments objectifs qui lui permettraient de départager les opinions des différents spécialistes qui se sont déterminés. Dans ces circonstances, en l'absence d'expertise confiée par l'intimée à un médecin externe spécialisé en chirurgie orthopédique, il se justifie, conformément à la jurisprudence, de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une telle mesure, conformément aux exigences prévues à l'art. 44 LPGa. Cette expertise devra être confiée à un spécialiste de l'épaule, par exemple le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel pourra s'adjoindre le concours d'un radiologue spécialiste en radiologie ostéo-articulaire dans la mesure qu'il estime nécessaire.

## **E. 9**

L'intimée ayant également examiné le droit aux prestations sous l'angle d'une maladie professionnelle, il convient de rappeler ce qui suit.

### **E. 9.1**

L'art. 9 al. 1 LAA dispose que sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Sur la base de l'art. 9 al. 1 LAA, le Conseil fédéral a énuméré à l'annexe 1 de l'OLAA (RS 832.202), à laquelle renvoie l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les substances nocives et les maladies dues à certains travaux. Cette énumération est exhaustive (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.1).

### **E. 9.2**

Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Il s'agit là d'une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle. La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA – parfois appelé causalité qualifiée – n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1). Ce taux de 75% signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, qu'il doit être démontré, sur la base des statistiques épidémiologiques ou des expériences cliniques, que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1 et 3.2.2 et les références). Cette condition vise à ne pas affaiblir la distinction entre une maladie au sens de l'assurance-maladie et une maladie professionnelle selon la LAA. Il est ainsi exigé que l'assuré soit exposé à un risque professionnel typique (ATF 126 V 183 consid. 2b). La question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie doit être appréciée au vu de données épidémiologiques médicalement reconnues (Jean-Maurice FRÉSARD / Margrit

MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3 ème éd., 2016, n. 164). S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 3.2). Ainsi, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale (par exemple en raison de la propagation d'une maladie dans l'ensemble de la population, qui exclut la possibilité que la personne assurée exerçant une profession particulière soit affectée par une maladie au moins quatre fois plus souvent que la population moyenne), l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, il subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_73/2017 du 6 juillet 2017 consid. 2.2 et 8C\_746/2012 du 29 octobre 2012 consid. 5)

### **E. 9.3**

En l'espèce, la rupture de la coiffe des rotateurs ne figure pas dans la liste des atteintes au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, de sorte que la survenance d'une maladie professionnelle doit être analysée selon la clause générale. Le Dr H\_\_\_\_\_ conclut à un état dégénératif tel que retenu par le Dr F\_\_\_\_\_. Comme on l'a vu, la nature dégénérative de la lésion n'est à ce stade pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Cependant, si les mesures d'instruction complémentaires à intervenir devaient confirmer cette hypothèse, il y aurait néanmoins lieu de nier que ladite lésion relève d'une maladie professionnelle, au vu de l'appréciation du médecin du travail. Celui-ci a en effet exposé que les causes d'une arthrose ne sont pas spécifiquement liées à l'activité exercée par le recourant, et aucun avis médical contraire ne permet de remettre en cause cette appréciation. La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge des suites de la lésion de la coiffe des rotateurs au motif que celle-ci ne relève pas d'une maladie professionnelle.

### **E. 10**

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPG a contrario). \*\*\* 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.