



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1444/2004

ATAS/503/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

5^{ème} chambre

du 1^{er} juin 2005

En la cause

Monsieur C_____, comparant par Maître Guy ZWAHLEN, en recourant
l'étude duquel il élit domicile

contre

LA SUISSE, compagnie d'assurances, avenue de Rumine 13, 1001 intimée
LAUSANNE comparant par Maître Marc HÄSLER en l'étude duquel elle
élit domicile

**Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine
STECK, juges.**

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né le 11 juin 1944, est employé en tant que concierge à temps partiel.
2. Dans le cadre de son contrat de travail, il est assuré contre le risque d'accident auprès de la LA SUISSE, compagnie d'assurances.
3. Le 25 août 2003, alors qu'il était en train de casser avec ses bras une planche sur ses genoux, il a ressenti une vive douleur puis a remarqué immédiatement une impotence fonctionnelle pour le mouvement d'abduction du bras droit.
4. L'assuré a consulté le même jour un médecin qui l'a déclaré incapable de travailler dès cette date.
5. Le 2 septembre 2003, il a fait l'objet d'une IRM. Selon le rapport du Docteur Constantin PANOW, l'impotence fonctionnelle du mouvement d'abduction du bras droit a progressivement régressé les jours suivants l'accident, mais des douleurs importantes de l'épaule droite, également nocturnes, ont persisté. Il a objectivé une lésion de la coiffe des rotateurs à type de rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux intéressant les 50% antérieurs de ce tendon et à type d'arrachement partiel au niveau des parties dorsales du tendon, de ce fait pouvant intéresser jusqu'à 75% des fibres tendineuses. D'autre part, le patient présentait une lésion partielle du tendon du muscle sous-scapulaire dont on notait une désinsertion partielle des fibres tendineuses à la lèvre latérale de la gouttière bicipitale. Cette lésion était difficile à quantifier et pourrait intéresser environ 50% des fibres tendineuses.
6. Dans son rapport médical initial à l'assureur-accidents du 22 septembre 2003, le Docteur A _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué une distorsion du coude droit et des omalgies droites. Il a constaté des douleurs à la palpation de l'épitrachée et une limitation douloureuse de la flexion-extension du coude. L'incapacité de travail était de 100% dès le jour de l'accident pour une durée indéterminée.
7. Selon la note manuscrite du 5 décembre 2003 du médecin-conseil de l'assurance-accidents, le Docteur B _____, la lésion en cause n'est pas due à l'événement allégué, dans la mesure où il s'agit d'un patient de 59 ans, le mouvement était inapproprié et la lésion de la coiffe était trop étendue, dès lors qu'elle touchait plusieurs tendons.
8. Le Docteur A _____ a confirmé, dans son rapport du 7 janvier 2004, ses précédents diagnostics et qu'il s'agissait d'une rupture partielle des tendons du sus- et du sous-épineux droit. A la question de l'assureur si cette lésion était survenue de manière soudaine ou à mettre sur le compte de contraintes répétées, soit de micro-

traumatismes, ce médecin a répondu qu'il s'agissait d'une lésion soudaine, alors que le patient cassait du bois sur ses genoux. Le mouvement du corps effectué par l'assuré ne présentait pas un risque physiologique ou physique élevé pour causer les lésions constatées, mais il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.

9. Par décision du 22 janvier 2004, l'assurance-accidents a refusé de prendre en charge les suites de cet accident. Elle a considéré que l'événement décrit n'était pas à même d'entraîner les lésions constatées et que celles-ci étaient par conséquent d'origine dégénérative et non traumatique. Ces troubles ne constituaient pas non plus une lésion assimilée à un accident au sens de l'ordonnance de la loi sur l'assurance accidents du 20 septembre 1982 (OLAA).
10. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition à cette décision, par acte du 13 février 2004, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents.
11. Le 1^{er} mars 2004, le Docteur B _____ a confirmé son appréciation médicale précédente, selon laquelle l'événement était médicalement inapproprié pour entraîner de telles lésions au vu de l'âge de l'assuré et de l'atteinte de plusieurs tendons, mais que la causalité était possible. Il a également indiqué qu'on risquait d'aller vers une expertise.
12. Par décision sur opposition du 20 avril 2004, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré, en niant la relation de causalité avec l'événement du 25 août 2003.
13. Par acte du 8 juillet 2004, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assureur-accidents à la prise en charge des frais médicaux et à l'octroi d'indemnités journalières pendant la période d'incapacité de travail du 25 août 2003 au 2 février 2004. Il a précisé que la planche qu'il était en train de casser lors de la survenance des douleurs subites avait été d'une épaisseur de plus de 10 centimètres et a fait valoir que le déchirement des tendons constituait clairement une lésion assimilée à un accident. Celle-ci était en outre due à une action violente des muscles et des tendons.
14. Dans sa détermination du 16 août 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir qu' « en l'absence d'un avis médical contraire, il n'y a aucun motif pertinent permettant de s'écarter de l'appréciation convaincante et fondée sur l'ensemble des pièces médicales au dossier émise par le Docteur B _____ ». Par ailleurs, le mouvement décrit par le recourant n'était pas particulièrement brusque ou violent, ni inhabituel dans le cadre de son activité de concierge, ce qui tendait à corroborer la thèse d'une origine dégénérative des troubles constatés et de leur inadéquation avec l'événement accidentel incriminé. De l'avis de l'intimée, un élément objectif susceptible d'expliquer la nature traumatique des plaintes de

l'assuré faisait ainsi défaut, de sorte que la relation de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte et l'événement dommageable devait être niée.

15. En réponse aux questions posées par le Tribunal de céans, le Docteur A_____ a indiqué le 10 janvier 2005 qu'il était probable que l'événement incriminé a pu aggraver les douleurs de son patient, mais qu'il n'en était pas la cause unique, car le patient se plaignait déjà trois mois auparavant de douleurs à l'épaule droite, soit dès le 18 juin 2003. Les lésions paraissaient également disproportionnées à l'effort effectué, lequel était modéré. Il a ainsi admis qu'un état antérieur pathologique des tendons de l'épaule droite était très probable et qu'il existait un facteur étranger à l'événement en cause, consistant en une altération progressive de l'appareil tendineux de l'épaule, de nature dégénérative. L'état préexistant était responsable à 50% des lésions constatées, selon son appréciation, mais l'avis d'un expert était utile et souhaitable.
16. Dans ses écritures du 21 février 2005, le recourant a sollicité l'audition du Docteur A_____ à titre de témoin, au vu des contradictions dans ses différents rapports.
17. L'intimée a persisté dans ses conclusions, dans ses écritures du 11 février 2005, en insistant sur le fait que l'événement en cause n'a provoqué qu'une recrudescence des douleurs et qu'il ne les a pas déclenchées, de sorte que le lien de causalité naturelle devait être nié.
18. Lors de l'audience de comparution personnelle, le recourant a confirmé avoir été en incapacité de travail jusqu'au 2 février 2004. Pendant cette période, son employeur a continué à lui payer le salaire. Quant aux frais médicaux, ils lui avaient été remboursés par son assurance-maladie.
19. Le 3 mai 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions et a notamment demandé qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance accident du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 106 LAA et 61 LPGA).
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'al. 2 de cette disposition, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a fait usage de cette faculté en édictant l'art. 9 al. 2 OLAA. En application de cet article, certaines lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 114 V 303 consid. 3^e), sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il s'agit notamment des fractures, déchirures et élongations de muscles, ainsi que des lésions des ligaments.

Le facteur dommageable extérieur peut être constitué par un événement discret de la vie de tous les jours. Il peut en particulier résulter d'un mouvement du corps, comme se relever de la position accroupie (ATF 116 V 148 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c ; RAMA 1988 n° 57 p. 374 consid. 4b) ou un shoot manqué lors d'une partie de football (RAMA 1990 n° U 112 p. 375 consid. 3), à l'exception toutefois des lésions résultant de sollicitations répétées telles les travaux avec un marteau ou une perceuse (RUMO-JUNGO, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 2003, p. 57 ss et les autres exemples cités).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), la notion de lésions assimilées à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, n'a pas pour but d'exclure du champ d'application de la LAA les atteintes corporelles résultant de maladies ou de processus dégénératifs, mais plutôt d'atténuer en faveur de l'assuré les risques résultant de la distinction que le droit fédéral opère entre la maladie et l'accident. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement accidentel soit en partie à l'origine de l'atteinte de la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à l'accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Ainsi, alors même que selon l'expérience médicale la lésion de la coiffe

des rotateurs est pratiquement toujours l'aboutissement d'un processus dégénératif, qui, à la suite d'une occurrence fortuite, devient symptomatique, une rupture ou une déchirure, totale ou partielle, de la coiffe des rotateurs de l'épaule constitue une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle n'a pas été causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 44 consid. 2a et b = RAMA 1997 p. 204).

5. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1993, no K 921, p. 159, consid. 3b; ATA R. du 21 novembre 2000).

L'autorité administrative doit par ailleurs constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 263 consid. 3 ; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berne 1994, tome I, p. 438). L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire, lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; LOCHER, loc. cit.). De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 106).

6. En l'occurrence, il convient d'admettre que le facteur déclenchant de l'incapacité de travail du recourant et des lésions qui y sont liées était un événement extérieur au sens de la jurisprudence, dans la mesure où le recourant a exercé un mouvement brusque du corps, afin de casser une planche en bois sur ses genoux. Il est par ailleurs à relever que le recourant n'a jamais varié dans ses déclarations et qu'il a consulté le jour même de l'événement en cause un médecin qui l'a déclaré incapable de travailler dès ce jour.

La rupture partielle du tendon du muscle du sus- et du sous-épineux droit diagnostiquée constitue par ailleurs une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

7. Il convient dès lors d'examiner la causalité naturelle et adéquate.

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, no 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore

imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATF A non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

8. En l'espèce, il ne peut être nié, comme l'a également admis le Docteur A_____, que le recourant présentait déjà avant l'événement en cause des lésions dégénératives à l'épaule, tel que c'est par ailleurs le cas d'une importante partie de la population à l'âge du recourant, à savoir 59 ans au moment de l'événement accidentel (ATF 123 V 44 consid. 2a ; ATF non publié du 26 mars 1997, U 10/96). Néanmoins, comme exposé ci-dessus, il ne peut être exclu, et tel est également l'avis du Docteur A_____, que l'événement accidentel était en partie à l'origine de l'atteinte à la santé, même si le recourant avait déjà précédemment souffert à l'épaule. En effet, ce n'est qu'après l'événement accidentel qu'il a été en incapacité de travail et ceci de façon limitée, dès lors qu'il a pu reprendre son activité dès le 2 février 2004.

Sur la base des documents médicaux et en l'absence d'un rapport médical ayant valeur d'expertise, le Tribunal de céans n'est en l'état pas en mesure d'apprécier le lien de causalité naturelle et adéquate. Aussi convient-il de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale, afin d'examiner si l'événement accidentel du 25 août 2003 est en partie à l'origine de l'atteinte à la santé constatée et de l'incapacité de travail consécutive, ainsi que pendant quelle durée. Auparavant, elle est tenue de communiquer au recourant le nom de l'expert, afin que celui-ci puisse éventuellement le récuser et présenter des contre-propositions, en application de l'art. 44 LPG A.

Il appartiendra ensuite à l'intimée de prendre une nouvelle décision sur la base de cette expertise.

9. Le recours étant partiellement admis, l'intimée sera condamnée au paiement au recourant de la somme de 750 fr. à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement ;
3. Annule la décision du 20 avril 2004 de l'intimée ;
4. Lui renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;
5. La condamne au paiement de la somme de 750 fr. au recourant, à titre de dépens ;
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

Yaël BENZ

La Présidente :

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le