

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2741/2007

ATAS/507/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

Du 30 avril 2008

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, représenté
par Monsieur Filippo SPAGNOLO

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____, travaillait en qualité de nettoyeur au sein de l'entreprise de nettoyages X_____ SA, à Genève. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non-professionnels.
2. Le 20 octobre 2006, l'intéressé s'est tapé l'épaule droite contre une plaque métallique. Le cas a été annoncé à la SUVA le 1^{er} novembre 2006. Consulté le 23 octobre 2006, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une contusion de l'épaule droite qu'il a traitée par infiltration. L'assuré a été en incapacité de travail à 100% du 20 octobre 2006 au 30 octobre 2006. La SUVA a pris en charge le cas et versé les prestations légales.
3. Le 8 janvier 2007, une arthrographie - IRM de l'épaule droite a été pratiquée par le Dr. B_____, de l'institut de radiologie de la Colline. Cet examen a mis en évidence un épaississement de la partie postérieure du ligament coraco-acromial accompagné d'une minime infiltration de la bourse sous acromio-delloïdienne susceptible de rentrer dans le cadre d'un conflit acromio-huméral, sans lésion tendineuse associée, un agglomérat de kystes d'inclusion synoviale antérieur, sous-cortical du trochin et une minime arthropathie acromio-claviculaire dégénérative.
4. Dans un certificat médical adressé à la SUVA en date du 27 mars 2007, le Dr C_____, spécialiste FHM en chirurgie orthopédique, indique avoir donné des soins à l'assuré dès le 18 décembre 2006 et relève que selon les indications du patient, ce dernier a reçu en octobre 2006 un tube sur l'épaule droite. Il a diagnostiqué un conflit sous-acromial de l'épaule droite, prescrit de la physiothérapie ainsi que de l'ostéopathie et signalé qu'une arthroscopie avec résection sous-acromiale sera peut être nécessaire. Un arrêt de travail à 100 % a été prescrit dès le 9 janvier 2007 et annoncé à la SUVA comme suite de l'accident du 20 octobre 2006.
5. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son avis du 4 avril 2007, ce dernier a relevé qu'aucune lésion traumatique n'a été révélée par les examens complémentaires, notamment l'arthro-IRM, à l'exception d'un conflit sous-acromial qui n'est pas d'origine traumatique. Ainsi, la nouvelle incapacité de travail dès le 9 janvier 2007 n'est en rapport de causalité ni certain, ni vraisemblable avec une contusion simple de l'épaule droite, sans aucune lésion traumatique articulaire ou péri-articulaire.
6. Par décision du 13 avril 2007, la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles ayant occasionné la nouvelle incapacité de travail à compter du 9 janvier 2007, au motif que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 20 octobre 2006. Cette décision a été notifiée également aux assureurs maladie de l'intéressé.

7. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a formé opposition, alléguant que la nouvelle incapacité de travail est bel et bien due à l'accident de chantier du 20 octobre 2006 où il a subi une lésion de l'épaule droite.
8. Par décision du 6 juin 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.
9. L'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours par acte daté du 5 juillet 2007, posté le 6 juillet 2007. Il fait valoir que la décision de la SUVA est basée sur une interprétation erronée des faits et que la rechute est bien liée à son accident professionnel.
10. Dans sa réponse du 21 septembre 2007, la SUVA conclut au rejet du recours, relevant que le recourant ne fait valoir aucun élément nouveau. L'intimée se réfère à l'avis de son médecin, selon lequel le conflit sous-acromial n'est pas d'origine traumatique.
11. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue en date du 14 novembre 2007, le recourant a confirmé que l'accident du 20 octobre 2006 était survenu dans le cadre de son travail. S'agissant des circonstances de l'accident, il a déclaré qu'il portait une plaque de chauffage, avec un collègue, qu'il avait posée contre un mur. Alors qu'il était en train de travailler, la plaque a glissé et lui a heurté l'épaule droite. Selon le recourant, les circonstances de l'accident n'ont pas été décrites correctement par l'employeur sur le formulaire de déclaration d'accident du 1^{er} novembre 2006. Le représentant de la SUVA a relevé que le Dr. A_____, qui avait examiné l'assuré en urgence, a mentionné que l'assuré s'était tapé l'épaule droite contre une plaque métallique. Il a toutefois précisé que la SUVA n'a pas cherché à élucider les circonstances de l'accident, car il s'agissait d'un événement banal avec un diagnostic clair de contusion et une incapacité de travail de 10 jours. Il s'agit-là d'une incapacité de travail normale eu égard au genre de blessure.
12. Le représentant de l'assuré a relevé que la première incapacité de travail octroyée à l'assuré était de 3 jours, qu'il avait repris le travail mais a dû l'interrompre à nouveau le 9 janvier 2007. Il rappelle que dans son rapport du 31 août 2007, le Dr C_____ explique pourquoi il a mis l'assuré en arrêt de travail et pourquoi il considèrerait qu'il s'agit de la même cause. L'assuré a déclaré qu'il avait vu le Dr C_____ en 2006 en lui indiquant avoir reçu un tube d'échafaudage sur l'épaule. Il a précisé qu'il s'agissait d'un deuxième accident. Le mandataire de l'assuré a déclaré que le Dr E_____, des HUG, a mentionné dans un rapport du 14 août 2007 que l'assuré a été victime de deux accidents.. L'assuré a déclaré que le deuxième événement n'est pas survenu le même jour que le premier, mais quelques semaines plus tard. Il n'a pas consulté de médecin le jour-même, mais deux ou trois jours plus tard et c'est son médecin traitant qui l'a dirigé vers un spécialiste. Il n'avait pas eu d'arrêt de travail, mais des prescriptions de

physiothérapie. L'assuré a indiqué qu'à la suite du deuxième événement, il avait des douleurs plus fortes que celles ressenties après le premier événement. Il avait informé son patron de cet événement, à savoir qu'en tentant de retenir un échafaudage un tube métallique d'échafaudage a glissé et était tombé sur son épaule. Il avait continué à travailler et ce n'est qu'après coup qu'il avait consulté un médecin.

Le représentant de la SUVA a indiqué qu'il n'y a pas eu de déclaration d'accident pour le deuxième événement et que les factures de physiothérapie notamment ne lui ont jamais été transmises. D'autre part, d'après les éléments dont il a pris connaissance le jour même en audience, il pouvait affirmer que les troubles actuels dont souffre l'assuré ne sont pas à mettre en relation avec l'événement du 20 octobre 2006. Concernant le deuxième événement dont fait cas l'assuré, au vu des déclarations contradictoires, ainsi que des déclarations médicales également contradictoires, la SUVA pourrait entrer en matière, mais il conviendrait de toute façon d'examiner la question de la causalité et de la vraisemblance.

13. A l'issue de l'audience, le Tribunal a octroyé un délai aux parties au 18 janvier 2008 pour déposer leur liste de témoins.
14. Aucune des parties n'ayant déposé de liste de témoins dans le délai imparti, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 5 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le diagnostic de conflit sous-acromial mis en évidence lors de l'arthro-IRM du 8 janvier 2007 ainsi que l'incapacité de travail dès le 9 janvier 2007 constituent les suites de l'accident du 20 octobre 2006 et relèvent de la responsabilité de l'intimé
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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; ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Il résulte de la définition même de l'accident que 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, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a et les références).

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 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, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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).

6. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

7. En l'espèce, force est de constater que les suites de l'accident du 20 octobre 2006 étaient éteintes, dès lors que le médecin consulté en urgence avait diagnostiqué une contusion de l'épaule droite nécessitant une incapacité de travail de quelques jours, que les radiographies étaient sans particularité et que l'assuré a repris le travail le 31 octobre 2006.

En outre, selon les déclarations du recourant en audience, il apparaît qu'en réalité il aurait été victime d'un second événement quelques semaines plus tard, qui a entraîné une nouvelle incapacité de travail à compter du 9 janvier 2007. Cet événement n'a toutefois pas été annoncé à l'intimée. Il appartiendra en conséquence à cette dernière, pour le cas où elle entrerait en matière, de rendre une décision quant à sa responsabilité sur les conséquences du nouvel événement dont le recourant demande la prise en charge.

8. Mal fondé, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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