

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3672/2010

ATAS/501/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mai 2011

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame L _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître J. Potter Van LOON

recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, sise Chemin de Primerose 11, 1002 Lausanne, intimée
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 26 juin 2009, Madame à L_____, née en 1968, travaillant depuis 2002 en tant que concierge, a fait parvenir à WINTERTHUR ASSURANCES SA (devenue AXA ASSURANCES SA), assureur accidents au sens de la LAA une déclaration d'accident, survenu le 1^{er} juin 2009 à 14h30. Elle était tombée d'une chaise latéralement sur l'épaule droite. Le Dresse A_____ avait constaté une probable entorse acromio-claviculaire de l'épaule.
2. L'examen radiologique pratiqué par le Dr B_____ le 23 juin 2009 a conclu à une arthrose acromio-claviculaire et considéré qu'une entorse n'était pas exclue.
3. Le Dr C_____, chirurgien-orthopédiste, a indiqué qu'une infiltration avait été pratiquée avec succès, faisant disparaître la symptomatologie douloureuse. Le 26 novembre 2009, il a posé le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire dans un contexte dégénératif avec une décompensation douloureuse résiduelle. La patiente était totalement remise. En cas de récurrence, une résection arthroscopique du centimètre distale de la clavicule devait être proposé, dont le pronostic était tout à fait favorable.
4. Le 30 mars 2010, le Dr D_____, chirurgien-orthopédiste, a constaté que les douleurs suite à l'entorse claviculaire stade I persistaient et confirmé l'indication opératoire évoquée par son confrère. Dans un rapport adressé à l'assurance le 12 avril 2010, le Dr C_____ explique que les radiographies effectuées avaient mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire préexistante, mais asymptomatique. A la fin de l'année 2009, l'infiltration de l'articulation avait permis une rémission complète de la symptomatologie. Les douleurs avaient toutefois récidivé.
5. Lors d'une arthrographie et d'une arthro-IRM effectuée le 19 avril 2010, le Dr E_____ a constaté la présence d'un important œdème osseux de l'articulation acromio-claviculaire compatible avec un traumatisme local récent.
6. Interpellée pour savoir si elle prenait l'intervention chirurgicale en charge, l'assurance a soumis le dossier au Dr F_____, chirurgien-orthopédiste, médecin-conseil de l'assurance. Celui-ci a retenu dans son rapport du 31 mai 2010 que l'arthrose acromio-claviculaire était antérieure à l'accident. La chute était relativement simple et l'entorse avait été classée de stade I par le Dr D_____. Il a donc considéré que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la symptomatologie présentée six mois après la chute était en relation de causalité probable à hautement probable avec l'état préexistant.
7. Par décision du 2 juillet 2009, l'assurance a ainsi refusé toute prestation au-delà du 1^{er} décembre 2009.

8. L'assurée a joint à son opposition les réponses données par le Dr C_____ à son propre questionnaire. Celui-ci a relevé que l'arthrose avait été rendue symptomatique par l'accident. Sans intervention, la situation pouvait être considérée comme stabilisée depuis avril 2010.
9. Dans sa décision sur opposition du 28 septembre 2010, l'assurance a considéré que les infiltrations effectuées en novembre 2009 avaient permis de rétablir la situation prévalant avant l'accident. L'opération projetée consistait à traiter ce dernier et non les suites de l'accident. L'analyse du Dr F_____ était convaincante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter.
10. Par acte expédié le 28 octobre 2010, l'assurée recourt contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle conclut à ce qu'il soit dit que le statu quo ante n'est pas encore rétabli et que l'assurance soit condamnée à prendre en charge les frais de l'intervention préconisée par les Dr D_____ et C_____. Subsidiairement, elle requiert une expertise orthopédique. Elle a joint à son recours, notamment, un rapport du Dr Stefano E_____ du 19 avril 2010, relevant la présence d'un important œdème au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. L'aspect était compatible avec une contusion récente. Elle fait valoir que l'accident a causé l'aggravation d'un état maladif préexistant, justifiant la prise en charge par l'assurance-accidents.
11. L'assurance a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel les arguments développés dans la décision querellée.
12. Dans sa réplique, l'assurée insiste sur le fait que seule l'intervention chirurgicale était désormais de nature à remédier aux douleurs consécutives à l'accident. Sans celui-ci, l'opération, à laquelle elle s'était soumise le 6 janvier 2011, n'aurait pas été nécessaire. Le compte-rendu opératoire indiquait que l'intervention était motivée par une symptomatologie post-traumatique. Elle a ainsi persisté dans ses conclusions.

Le compte-rendu opératoire pose le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire droite post-traumatique. Il mentionne également des troubles "dégénératoires". L'intervention a consisté en une résection d'un centimètre externe de la clavicule.

13. L'assureur a dupliqué en soulignant que le terme post-traumatique dans le compte-rendu opératoire était utilisé en raison des douleurs signalées. Il n'y avait en l'occurrence pas de lésions particulières. C'étaient bien les troubles "dégénératoires" qui avaient conduit à l'intervention du 6 janvier 2011. Le décours observé, à savoir l'absence de lésion traumatique et d'incapacité de travail, le fait qu'en novembre 2009 la situation était stabilisée et qu'une rechute était annoncée en avril 2010, était fort éloigné d'une lésion traumatique. Une telle lésion se serait manifestée immédiatement et de manière invalidante, de sorte que l'assurée n'aurait pas pu vaquer à ses occupations pendant près d'une année.

14. A l'issue de l'échange d'écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al.1 LAA).

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

2. 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 ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a; 119 V 337 consid. 1).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 de l'assuré. 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. 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).

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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'il est convaincu de sa réalité. Il 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 retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2).

Le juge 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. Il peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les employés de la CNA 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. 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 (cf. ATFA du 8.5.03 cause U/319/00 et ATF 125 V 353).

3. En l'espèce, le Dr F _____, médecin-conseil de l'intimée, a relevé qu'il n'y avait pas de lésion associée de la coiffe des rotateurs. Il n'y avait pas d'élément radiologique pour une luxation significative de l'articulation acromio-claviculaire. La chute faite par la recourante pouvait être décrite comme relativement simple. Les investigations menées par les médecins consultés par la recourante avaient mis en évidence l'absence de dysfonction acromio-claviculaire radiologique, ce qui avait été confirmé par le Dr D _____, qui parlait d'une entorse stade I. De

telles entorses étaient des contusions acromio-claviculaires, qui ne faisaient que révéler une arthrose acromio-claviculaire sous-jacente. Il retenait donc, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, une contusion simple de l'épaule droite avec un statu quo sine six mois plus tard. Au-delà de cette date, les douleurs persistantes devaient être mises en rapport de causalité probable à hautement probable avec l'état antérieur, soit l'arthrose acromio-claviculaire.

Ces explications paraissent convaincantes. Outre le fait qu'elles émanent d'une personne présentant les qualifications professionnelles nécessaires pour connaître de la matière - le Dr F_____ étant chirurgien orthopédique -, elles sont cohérentes et motivées. Le Dr F_____ a eu accès aux pièces médicales de l'assurée ainsi qu'aux appréciations exprimées par les médecins, qui ont personnellement ausculté la recourante. En outre, les conclusions du médecin-conseil se trouvent corroborées par les constatations faites par le Dr C_____, le 26 novembre 2009, à savoir que la symptomatologie avait disparu et que la patiente était, à cette date, totalement remise des suites de sa chute.

Aucun des médecins consultés par la recourante n'évoque une arthrose d'origine traumatique. Lorsque le compte-rendu opératoire mentionne le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire post-traumatique, il est manifeste que ce dernier terme se rapporte à la symptomatologie douloureuse survenue après la chute sur l'épaule faite par la recourante et non au fait que l'affection dont elle souffre serait d'origine accidentelle. Ledit compte-rendu parle d'ailleurs des troubles "dégénératoires" constatés. Le terme de post-traumatique ne permet donc pas de conclure que l'appréciation du Dr F_____ serait erronée. Par ailleurs, aucun praticien ne mentionne, contrairement à ce que soutient la recourante, l'hypothèse que l'état de santé de cette dernière, à savoir l'arthrose préexistante, aurait été aggravé par l'accident. Enfin, aucun médecin n'a mis l'indication opératoire en relation avec l'accident du 1^{er} juin 2009. Interrogé quant à la question de savoir à partir de quand le statu quo ante était atteint, le Dr C_____ a d'ailleurs considéré que même sans opération, la situation devait être considérée comme stabilisée depuis avril 2010. Ce n'est ainsi pas l'opération subie par la recourante, dont celle-ci réclame la prise en charge par l'intimée, qui était considérée comme le geste médical nécessaire pour retrouver le statu quo ante.

Au vu de ce qui précède, la Cour se range à l'avis du Dr F_____, sans qu'il soit besoin de mettre sur pied une expertise judiciaire comme le demande la recourante. Il s'ensuit que la Cour retiendra, se référant aux conclusions de ce médecin, qu'il est hautement vraisemblable que les douleurs présentées par la recourante plus de six mois après sa chute du 1^{er} juin 2009 sont en relation de causalité avec l'arthrose acromio-claviculaire préexistante. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé ses prestations au-delà du 30 novembre 2009.

Le recours est donc rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
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; RS 173.110); 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

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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