

FR_GERICHTE 605 2024 74 vom 16. Juni 2025

FR Kantonsgericht, 2025-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_74

FR: FR_GERICHTE 605 2024 74 du 16 juin 2025

IT: FR_GERICHTE 605 2024 74 del 16 giugno 2025

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Droit aux prestations en cas d'accident

E. 2.1

Conformément à l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1), ainsi qu'en cas de certaines lésions corporelles assimilées à un accident (al. 2). Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents obligatoire figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA) et le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA).

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, 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 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (arrêts TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1 ; 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références citées). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Il ne suffit donc pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêts TF 8C_404/2020 consid. 6.2.1 et 8C_117/2020 consid. 3.1 précités). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le seul fait que des symptômes douloureux se sont manifestés uniquement 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 ») (arrêts TF 8C_97/2021 du 11 juin 2021 consid. 3.2 ; 8C_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.2 ; 8C_520/2020 du

E. 2.3

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 2.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 117 V 359 consid. 4b).

E. 2.4

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 et les références citées).

E. 3

Principes relatifs à l'appréciation des preuves L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3 et les références citées).

E. 3.1

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 3.2

D'autre part, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un médecin interne à l'assureur-accidents dispose d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agit uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre un accident et une atteinte, un examen clinique par ledit médecin ne s'avère pas nécessaire. Le fait qu'un médecin interne à l'assureur-accidents n'a pas examiné personnellement un assuré ne saurait dès lors diminuer la valeur probante de ses rapports (arrêts TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.1 et la référence citée ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 De plus, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt 8C_108/2020 précité consid. 4.4.2 et les références citées).

E. 3.3

Cela étant, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (arrêt TF 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1 et la référence citée). En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

E. 4

Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes.

E. 4.1

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC, ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. arrêt TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, de critères dits de Budapest. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques. Leur introduction a réduit de moitié les diagnostics de CRPS (arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 et les références citées). Ces critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant foi, sont les suivants : 1. Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial ; 2. Le patient décrit au minimum un symptôme dans trois des quatre catégories ci-dessous : a. Somatosensorielle : hypersensibilité ;

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 b. Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ; c. Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ; d. Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles ; 3. Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories : a. Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie ; b. Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ; c. Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ; d. Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles ;

E. 4.2

S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et un CRPS, le Tribunal fédéral a considéré que trois conditions cumulatives devaient être remplies : 1. la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; 2. l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; 3. une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines) (arrêt TF 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1). Dans l'arrêt en question, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec une probabilité prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année. Le Tribunal fédéral a ensuite précisé sa jurisprudence, sur la base des nouvelles connaissances scientifiques, en expliquant que ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de SDRC qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite ; si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le SDRC est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines. Cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester (arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.2 et les références citées). Quoiqu'il en soit, selon la jurisprudence, s'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du SDRC, il n'est pas nécessaire qu'un SDRC ait été diagnostiqué dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 l'accident (cf. arrêt TF 8C_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.1 ; arrêt TF précité 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3 et les références citées).

E. 5

Question litigieuse Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les troubles qui affectent la main droite de l'assuré au-delà du 15 septembre 2023, date à laquelle la SUVA a mis un terme à sa prise en charge du cas, sont en relation de causalité naturelle avec

l'évènement du 15 juin 2023. Pour y répondre, il convient de se référer aux pièces médicales figurant au dossier ou produites par les parties.

E. 5.1

Evènement du 15 juin 2023 Le 15 juin 2023, l'assuré, installateur en chauffage, a été blessé à la main droite alors qu'il pratiquait une soudure, le pont roulant sur lequel il se trouvait ayant été déplacé. Des brûlures des doigts et du poignet droits ont été annoncées (déclaration LAA du 19 juin 2023, dossier SUVA, pièce 1), ainsi que « plusieurs déchirures musculaires » (annonce d'accident du 19 juin 2023, dossier SUVA, pièce 3). L'assuré s'est rendu à la permanence médicale de B._____, le lendemain, où une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 25 juin 2023, puis régulièrement prolongée (dossier SUVA, pièces 2, 8, 13, 18, 19, 24, 39). Le rapport de consultation du 16 juin 2023 du Dr C._____, médecin-assistant, mentionne le diagnostic de « Muskelfaserriss Tenar Hand rechts (...) beim diffusem Ödem » (dossier SUVA, pièce 31). Le cas a été pris en charge par la SUVA, qui a notamment pris en charge les frais médicaux et a versé des indemnités journalières durant l'incapacité de travail (dossier SUVA, pièce 6).

E. 5.2

Evolution Le 4 juillet 2023, une échographie de la main droite a mis en évidence une « hypoechogénicité accrue sur la trajectoire du tendon, compatible avec un statut de déchirure partielle des fibres musculaires », sans autre lésion (dossier SUVA, pièce 35). Le 20 juillet 2023, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a prescrit un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie au motif d'un « début de CRPS sur traumatisme nerfs digitaux » (dossier SUVA, pièces 21 et 22). Consulté le 28 août 2023, le Dr E._____, spécialiste en neurologie, n'a retenu aucun diagnostic dans son domaine de spécialité, notamment pas de syndrome du tunnel carpien ni de lésion nerveuse à l'origine des plaintes algiques. Il a en revanche mentionné la persistance de douleurs (brûlures, décharges électriques, étirements) dans le creux de la main droite avec irradiation bidirectionnelle vers le carpe et les doigts, avec sudation légèrement plus importante dans le creux de la main droite par rapport au côté gauche, sans allodynie ni dystrophie cutanée (dossier SUVA, pièce 40).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Le 4 septembre 2023, la SUVA a soumis le cas à la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'assurance de la SUVA. Celle-ci a constaté que les plaintes de l'assuré ne retrouvaient pas de substrat organique et a ainsi considéré que l'évènement du 15 juin 2023 avait engendré une contusion de la main droite qui guérit habituellement en 2-3 mois, soit au plus tard le 15 septembre 2023, date de la stabilité médicale (dossier SUVA, pièce 42).

E. 5.3

Décision initiale et opposition Sur la base de cette appréciation, la SUVA, par décision du 6 septembre 2023, a fixé la stabilisation du cas au 15 septembre 2023 et a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières à compter de cette date (dossier SUVA, pièce 43). L'assuré s'est opposé à cette décision le 21 septembre 2023, au motif que sa main était toujours douloureuse et faible (dossier SUVA, pièce 51). Les rapports médicaux suivants ont été produits dans le cadre de la procédure d'opposition : - Un rapport du 27 juillet 2023, relatif à une consultation du 20 juillet 2023, établi par la Dre G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, retenant le diagnostic de CRPS débutant de la main droite, en présence de douleurs persistantes, d'un gonflement

important de la main et de sensations de fourmillements et d'engourdissements signalées par le patient. Les douleurs sont traitées par la prise de Tramal et de Novalgine. Ce rapport fait état des constatations cliniques suivantes : • gonflement diffus de la main ; • pas d'hypertrichose, pas de sudation excessive ; • aucune douleur localisée à la pression lors de l'examen (dossier SUVA, pièce 49). - Un second rapport de la Dre G._____, daté du 5 septembre 2023 et relatif à une consultation du 31 août 2023, confirmant le diagnostic de CRPS débutant. Ce rapport mentionne les constatations cliniques suivantes : • Aucune enflure visible. • L'intégrité de la peau est préservée, sans signes de dystrophie. • Pas d'hypertrichose ni de sudation excessive. • Douleur localisée à la pression dans la zone palmaire au niveau de la tête des articulations MCP II/III avec des douleurs lancinantes. Après avoir touché cette zone, le patient rapporte une augmentation de la douleur. • Les poulies A1 ne sont pas douloureuses. • La discrimination des deux points (2PD) est intacte sur le 5e et 4e doigt (4/4 mm). • La fermeture du poing (grande et petite) est complète et symétrique, tout comme l'extension des doigts. • L'opposition du pouce est complète (test de Kapandji : 10) (dossier SUVA, pièce 50). - Un rapport d'IRM de la main droite du 5 septembre 2023, qui n'a mis en évidence aucun substrat pouvant expliquer la symptomatologie du patient (dossier SUVA, pièce 78). - Un rapport du 19 septembre 2023, relatif à une consultation du 15 septembre 2023, du Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, retenant le diagnostic de « syndrome douloureux régional complexe de la main droite, avec des critères de Budapest qui sont très

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 nettement remplis ». Ce médecin affirme que « le nerf ulnaire est impliqué, avec comme seule lésion retrouvée aux différentes investigations effectuées, une probable déchirure du muscle adducteur du pouce, lui-même innervé par le nerf ulnaire. Le patient a probablement subi une contusion d'une branche nerveuse périphérique à ce niveau-là, compliqué donc d'une atteinte de type CRPS ». Ce médecin mentionne notamment les constatations cliniques suivantes : • Hypoesthésie de la face antéro-interne de l'avant-bras droit ainsi que dans le territoire ulnaire droit ; • Allodynie mécanique intense dans la région distale palmaire du premier métacarpien droit ainsi que dans la zone interne de l'éminence thénar droite. (...) ; • Reste du status neurologique en ordre. Force peu testée au niveau du membre supérieur droit en raison des douleurs ; • Au cours de l'examen, le patient présente un changement de couleur de sa main droite ainsi qu'un gonflement visible, associé à une recrudescence des décharges électriques ressenties. L'examen n'est pas poursuivi dans ce contexte (dossier SUVA, pièce 53). - Un rapport du 2 octobre 2023 de la Dre G._____, par lequel celle-ci conteste le diagnostic de « simple contusion » retenu par la SUVA et soutient au contraire celui d'un « traumatisme par écrasement avec neuropathie suite à une neuropraxie du nerf digital palmaire commun ». Elle relève que le patient se plaint toujours de fortes douleurs et décrit également une tuméfaction importante avec une sudation augmentée. Ce rapport met en avant les constatations suivantes : • très fortes douleurs à la palpation en regard de la tête des MCP II et III ; • Tinel positif avec de fortes douleurs neurologiques à la percussion des têtes métacarpiennes. Discrimination à 2PD Dig II, III, IV, V à 5 mm ; • Opposition du pouce à 10 selon Kapandji ; • Force au Jamar 4 kg (à gauche 30 kg) (dossier SUVA, pièce 57). - Un rapport du 26 octobre 2023 de la Dre G._____, qui mentionne les constatations suivantes : • Aucune rougeur, pas de gonflement, pas d'hypertrichose de la main ; • Douleur à la pression avec sensation de décharge électrique sur le trajet du 3e rayon (doigt médian), face palmaire, au niveau du métacarpien III ; • Test de Durkan négatif, signe de Tinel au niveau du canal carpien négatif. Les poulies A1 ne sont pas douloureuses ; • La

discrimination des deux points (2PD) est de 1 cm à droite, contre 5 mm du côté opposé. • La fermeture du poing (grande et petite) est complète et symétrique. Ce rapport conclut à la présence d'un « syndrome douloureux régional complexe (CRPS) consécutif à un traumatisme par contusion ayant causé une lésion du nerf digital palmaire commun », pour lequel le traitement antalgique (Tramal et Surmontil ainsi que perfusion de lidocaïne ainsi qu'un gel à la kétamine) a montré une bonne efficacité. La Dre G. _____

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 affirme qu'il existe un lien évident entre le traumatisme par écrasement des nerfs digitaux communs et le développement du CRPS. Elle précise que l'assuré a retrouvé un emploi administratif dès le 1er décembre 2023 et souhaite l'accepter (dossier SUVA, pièce 61). Le 7 décembre 2023, l'assuré a informé la SUVA que l'employeur qui devait l'engager pour un emploi administratif dès le 1er décembre 2023 s'était finalement rétracté (dossier SUVA, pièce 69).

E. 5.4

Appréciation médicale du 13 mars 2024 Tous ces éléments médicaux ont été une nouvelle fois soumis à la Dre F. _____, médecin d'assurance de la SUVA. Dans une appréciation du 13 mars 2024, co-signée par le Dr I. _____, spécialiste en neurologie et médecin d'assurance de la SUVA, les critères de Budapest, permettant la reconnaissance du diagnostic de CRPS, ont été répertoriés dans un tableau en fonction des symptômes objectivés lors de chaque consultation : Ainsi, la Dre F. _____ retient que, d'une part, la première notion de CRPS datait du 20 juillet 2023, soit à distance de cinq semaines du traumatisme initial, date à laquelle un seul signe (allodynie) avait été constaté. D'autre part, un seul autre critère (sudation) avait été identifié le 31 août 2023. Enfin, ce n'est que le 19 septembre 2023 que trois critères (douleurs diffuses avec allodynie et apparition durant l'examen d'un changement de couleur et d'une tuméfaction – à noter que l'hypoesthésie n'est pas un critère de Budapest) ont été mentionnés. Sur la base de ces constatations, ce rapport conclut que « le diagnostic de CRPS n'est que tout au plus possible, en absence de deux signes cliniques présents lors de la même consultation (hors du dossier du 19.09.2023 du Dr H. _____, antalgie), ce d'autant plus qu'un diagnostic alternatif, à savoir une contusion du poignet, explique très bien les plaintes de l'assuré. Au-delà de trois mois, soit la guérison attendue d'une contusion (15.09.2023), c'est très vraisemblablement une sous-utilisation ou des facteurs extra-médicaux (perte d'emploi, problèmes financiers, poursuite de la moto) qui jouent un rôle prépondérant dans les plaintes de l'assuré. Dans ce contexte, et en respectant la temporalité retenue pour le diagnostic de CRPS, soit dans un délai de 6 à 8 semaines, il appert que les éléments mis en évidence par le Dr H. _____, antalgie, dans son rapport du 19.09.2023 ne peuvent pas être retenus, l'examen ayant lieu à plus de trois mois du traumatisme initial ».

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Les médecins de la SUVA estiment également que les éléments relevés par le Dr H. _____ « contrastent de manière importante avec les observations cliniques des autres consultations » et remettent en cause l'atteinte neurologique évoquée par ce médecin, au motif qu'une telle atteinte n'a pas été confirmée par l'examen neurologique du 28 août 2023. Ils critiquent également la position de la Dre G. _____ au motif que l'« écrasement avec une neurapraxie » retenu ne coïncide pas avec le déroulement de l'évènement du 15 juin 2023, ni avec la prise en charge médicale qui a suivi. Pour tous ces motifs, les médecins de la SUVA concluent ainsi : « le diagnostic de contusion de la main reste valable en présence d'un bilan clinico-radio-neurologique étendu sans substrat organique et sans critère de Budapest permettant de confirmer le

diagnostic de CRPS. En l'état du dossier et au-delà du 15.09.2023, les plaintes de l'assuré ne trouvent aucun substrat organique » (dossier SUVA, pièce 80).

E. 5.5

Décision sur opposition Sur la base de cette appréciation médicale, la SUVA a confirmé sa position par décision sur opposition du 26 mars 2024. Elle a en particulier considéré que la Dre F._____, de manière convaincante, avait écarté le diagnostic de CRPS en application des critères de Budapest, les symptômes nécessaires n'ayant pas été observés dans le délai de 6 à 8 semaines prévu par la jurisprudence. La SUVA a donc maintenu le diagnostic de contusion de la main, en présence d'un bilan clinique sans substrat organique, réputée guérie à compter du 15 septembre 2023.

E. 5.6

Recours et éléments médicaux ultérieurs Dans le cadre du recours, les rapports médicaux suivants ont encore été produits : - Un rapport du 13 février 2024, relatif à une consultation du 8 février 2024, établi par la Dre G._____, qui fait état d'une « évolution correcte avec une diminution des douleurs intenses à la main droite ». Ce rapport précise qu'en raison de cette évolution positive, mais également des difficultés financières de l'assuré, ce dernier reprendra une activité professionnelle à partir du 12 février 2024. Sur le plan clinique, la Dre G._____ mentionne notamment les constatations suivantes : • légère tuméfaction de l'éminence thénar et de la partie radiale de la main avec une certaine hyperhidrose (transpiration excessive) ; • Sensibilité symétrique sur le dos de la main (branches superficielles du nerf radial et nerf ulnaire dorsal) ainsi que du côté palmaire. Pas d'allodynie en soi. Douleur très marquée à la pression dans la paume de la main, en particulier entre les plis de flexion proximal et distal au niveau du 3e doigt (Dig. III), déclenchant des douleurs de type électrique. La palpation plus distale sur le 3e doigt est bien tolérée, peu douloureuse ; • Force de serrage du poing : Droite : 13 kg, Gauche : 32 kg (dossier SUVA, pièce 84). - Un rapport du 6 mai 2024, relatif à une consultation du 2 mai 2024, établi par le Dr D._____, qui retient, d'une part, le diagnostic de « CRPS de type II, suite à écrasement du nerf digito-palmaire commun de Dig III le 15.06.2023 », mais également celui

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 de « suspicion de tendovaginite sténosante Dig III-IV surajoutée ». Ce rapport confirme la reprise d'une activité professionnelle comme soudeur, avec des objets moins lourds qu'auparavant, « bien qu'une limitation fonctionnelle modérée à forte persiste au niveau de la main D ». Le patient rapporte des douleurs nécessitant des pauses régulières ainsi qu'une hypersudation dans la paume de la main. Le suivi auprès du centre d'antalgie n'a pas pu être poursuivi en raison de la situation financière précaire du patient. Les constatations cliniques suivantes sont mentionnées : • Tuméfaction légère mais claire en comparaison avec le côté G de la partie radiale de la paume de la main ; • Pas de franche différence de coloration de la peau, mais hyperhidrose sur l'éminence thénarienne ; • Pas d'hyperpilosité ; • Légers tremblements de la main durant l'examen ; • Hyperalgésie à la limite de l'allodynie au toucher sur l'éminence thénarienne ainsi que sur la partie radiale de la paume ; • Sensibilité au toucher symétrique sur la face dorsale ; • Douleurs à la palpation des poulies A1 de Dig III et IV. Ce spécialiste affirme que « tant à l'examen clinique qu'à l'anamnèse, les critères de Budapest pour un CRPS continuent d'être présents avec des troubles de sensibilité, de sudomotricité et du moins moteurs ». - Une appréciation médicale du 24 juillet 2024 établi par la Dre F._____, produite par la SUVA à l'appui de

ses observations du 19 août 2024, dans laquelle ce médecin d'assurance prend position sur ces deux derniers rapports médicaux, en soulignant que ces consultations ont eu lieu à un laps de temps « inadéquat pour retenir un lien de causalité » avec l'accident assuré. Elle affirme que le diagnostic retenu par les rapports des 13 février et 6 mai 2024, à savoir « un CRPS de type II suite à écrasement du nerf digito-palmaire commun de Dig III le 15.06.23 », n'est pas un diagnostic cohérent avec le CRPS, au motif que « le CRPS de la main est une atteinte par définition diffuse et non localisée comme c'est le cas chez notre assuré, ce qui tend à confirmer une atteinte nerveuse, par ailleurs clairement identifiée par nos collègues, mais non mise en évidence lors du bilan neurologique du 28.08.2023 ». Revenant sur son analyse des critères de Budapest, elle relève que, lors de la consultation du 8 février 2024, une seule catégorie est représentée (deux éléments - œdème et sudation – appartenant à la même catégorie), alors que deux catégories sont requises. Elle relève ainsi que seuls 2 rapports (19 septembre 2023 et 2 mai 2024) permettent de retenir les critères de Budapest, tout en précisant que le critère 1, à savoir la douleur disproportionnée, n'est pas rempli, en présence d'une douleur traitée avec une antalgie de palier I selon l'OMS. Elle maintient ainsi sa conclusion selon laquelle il s'agit d'une « problématique algique, sans substrat organique malgré un très large bilan et sans critères francs de CRPS ». - Un rapport du 12 septembre 2024, relatif à une consultation du même jour, établi par la Dre G._____, qui reprend les diagnostics mentionnés dans le rapport du 6 mai 2024, en y ajoutant ceux de « épicondylite humérale latérale à D » et de « suspicion de tendovaginite sténosante post-traumatique de Dig V à D ». Ce rapport fait état d'une situation globale en légère amélioration par rapport au dernier contrôle (diminution « discrète » des douleurs de Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 la main, mais persistance des douleurs au niveau du pli thénarien avec irradiation sur Dig II mais aussi vers l'avant-bras jusqu'au coude). Le patient poursuit son activité de soudeur (poste en intérim jusqu'à la fin du mois d'octobre 2024 ; incertitude quant à la suite). Les constatations cliniques sont les suivantes : • Discrète tuméfaction de la partie radiale de la main ; • Hyperhidrose très discrète au niveau du thénar ; • Plus d'allodynie sur cette zone, ni de phénomène de Tinel le long du trajet du nerf médian ; • Douleurs fortes à la palpation de la base de Dig II et le long du pli thénarien ; • Douleurs à la palpation de la poulie A1 de Dig V.

E. 6

Discussion

E. 6.1

En l'espèce, pour trancher la question de savoir si les troubles qui affectent la main droite de l'assuré au-delà du 15 septembre 2023 sont en relation de causalité naturelle avec l'évènement du 15 juin 2023, il convient de déterminer, en premier lieu, si le diagnostic de CRPS peut être reconnu en application des critères de Budapest et, le cas échéant, si ce diagnostic présente un lien de causalité avec l'évènement du 15 juin 2023. S'agissant tout d'abord de la validité du diagnostic de CRPS, deux appréciations médicales s'opposent : celles des différents médecins et spécialistes ayant suivi l'assuré, d'une part, et celle des médecins d'assurance de la SUVA, d'autre part. Ainsi, dès le 20 juillet 2023, deux médecins spécialistes en chirurgie orthopédique, le Dr D._____ et la Dre G._____, retiennent le diagnostic de « CRPS débutant », diagnostic ensuite confirmé par le Dr H._____ dans son rapport du 19 septembre 2023. La Dre F._____, quant à elle, critique la validité de ce diagnostic au moyen des critères de Budapest. Plus

particulièrement, dans son appréciation du 13 mars 2024, elle écarte le diagnostic de CRPS au motif que les rapports médicaux au dossier ne comportent pas suffisamment de symptômes cliniques selon les critères de Budapest, seul le rapport du Dr H. _____ du 19 septembre 2023 mentionnant des symptômes dans 3 catégories. Cette analyse comporte toutefois plusieurs manquements :

E. 6.2

D'une part, le tableau de la Dre F. _____ ne signale aucun symptôme le 16 juin 2023, alors que le rapport du Dr C. _____ mentionne un contexte d'œdème diffus. S'agissant du rapport du 27 juillet 2023, relatif à une consultation du 20 juillet 2023, établi par la Dre G. _____, il mentionne bien un symptôme (gonflement diffus de la main), qui ne ressort toutefois pas du tableau établi par la Dre F. _____, contrairement à l'allodynie, qui n'est pourtant pas retenue par la Dre G. _____. Le tableau établi par la Dre F. _____ ne retient en outre aucun symptôme pour la consultation du 31 août 2023, alors que le rapport y relatif mentionne une « douleur localisée à la pression ».

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Aucune mention n'est faite du rapport établi le 2 octobre 2023 par la Dre G. _____, alors que plusieurs symptômes appartenant aux critères de Budapest y sont mentionnés (tuméfaction importante avec une sudation augmentée, très forte douleur à la pression, déficit de force important). Or, ces éléments concordent précisément avec les observations faites par le Dr H. _____ le 19 septembre 2023, contrairement à ce qu'affirme la Dre F. _____ qui soutient que les constatations du Dr H. _____ « contrastent de manière importante avec les observations cliniques des autres consultations ». De même, dans son appréciation du 24 juillet 2024, la Dre F. _____ affirme que le rapport du 13 février 2024 ne contient que deux critères de la même catégorie. Ce faisant, elle omet de mentionner le déficit de force important ainsi que la « douleur très marquée à la pression », qui semblent pourtant constituer des symptômes pertinents selon les critères de Budapest.

E. 6.3

D'autre part et surtout, les conclusions de la Dre F. _____ semblent reposer sur une prémisse erronée, à savoir que seuls les rapports établis dans les 6 à 8 semaines après l'évènement seraient pertinents pour juger du bien-fondé du diagnostic de CRPS. Ce faisant, elle semble confondre la question du diagnostic du CRPS en tant que tel, pour lequel les critères de Budapest doivent être réunis, peu importe dans quel délai, avec celle de l'examen du lien de causalité, pour lequel la période latence de six à huit semaines est pertinente. Or, selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que le diagnostic soit formellement posé dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'évènement accidentel ; il suffit que la personne concernée ait présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant une telle période de latence (cf. supra consid. 4.2). Cela semble bien être le cas en l'espèce puisque le patient a présenté un gonflement immédiatement après l'évènement – constaté cliniquement à la consultation du 16 juin 2023 –, gonflement toujours présent lors de la consultation du 20 juillet 2023. Lors de cette consultation, le patient a par ailleurs signalé la persistance de douleurs importantes nécessitant la prise de Tramal, soit un antalgique de grade II selon l'OMS. De surcroît, toujours selon la jurisprudence, le délai de 6 à 8 semaines ne fait pas l'objet d'un consensus médical et ne doit pas être interprété de manière stricte (cf. supra consid. 4.2). Cela semble tout particulièrement pertinent en l'espèce, puisque différents symptômes

cliniques ont été observés à brève échéance de ce délai de 6 à 8 semaines (consultation du Dr E. _____ du 28 août 2023, soit à 10 semaines de l'accident). La consultation du Dr H. _____ du 19 septembre 2023, lors de laquelle de nombreux symptômes ont été constatés, n'est quant à elle distante que de 14 semaines de l'évènement assuré. Au vu de tous ces éléments, et selon les principes applicables à l'appréciation des preuves (cf. supra consid. 3.3.), les constatations des médecins de la SUVA apparaissent à tout le moins entachées d'un doute. Dans ces conditions, la SUVA n'était pas légitimée à écarter les conclusions concordantes de la Dre G. _____, du Dr D. _____ et du Dr H. _____, sur la seule base de l'appréciation de ses médecins d'assurance. Dans tous les cas, l'avis de la Dre F. _____ ne saurait simplement être considéré comme décisif, dans la mesure où, comme il vient d'être dit, ses conclusions reposent sur des arguments partiellement non pertinents.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16

E. 6.4

Cela étant, certaines critiques soulevées par la Dre F. _____ ne sauraient être ignorées, notamment son affirmation selon laquelle les critères I et IV de Budapest ne seraient pas remplis en l'espèce, de même que sa remise en question du diagnostic, qualifié d'incohérent, d'« écrasement avec une neurapraxie » retenu par la Dre G. _____. En effet, ni les médecins traitants du recourant ni aucun autre médecin n'ont été invités à prendre position sur ces critiques, de sorte que la Cour n'est pas en mesure de trancher entre les différentes opinions en présence.

E. 6.5

Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, afin de départager les opinions contradictoires en présence. Il appartiendra à ce dernier de se prononcer sur le bien-fondé du diagnostic de CRPS et, le cas échéant, de dire si un lien de causalité avec l'évènement du 15 juin 2023 peut être admis, au degré de la vraisemblance prépondérante, en l'espèce, compte tenu des symptômes présentés par le recourant dans les semaines qui ont suivi l'accident. Il se prononcera également sur la portée incapacitante de cette atteinte, la situation ayant été considérée comme « en légère amélioration » dans le dernier rapport médical produit.

E. 7

Sort du recours et frais

E. 7.1

Au vu de ce qui précède, le recours s'avère bien fondé. La décision attaquée est ainsi annulée et la cause est renvoyée à la SUVA pour complément d'instruction auprès d'un spécialiste indépendant, dans le sens de ce qui précède.

E. 7.2

La LAA ne prévoyant pas que la procédure pour les litiges en matière de prestations soit soumise à des frais judiciaires (cf. art. 61 let. fbis, 1ère phrase, LPGA), il n'en sera pas perçu.

E. 7.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut, de ce point de vue, à un gain de cause total (ATF 137 V 57 ; 133 V 450). En l'espèce, malgré la demande qui lui a été faite par courrier du 23 août 2024, le mandataire du recourant n'a pas déposé de liste de frais détaillée, de sorte que l'indemnité de partie est fixée, de manière forfaitaire, à CHF 1'300.-, débours compris. Ce montant correspond à 10 heures de travail, indemnisées au tarif horaire de CHF 130.- de l'heure applicable aux avocats travaillant pour le compte d'organisations d'utilité publique (arrêts TF 9C_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4 ; 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5 ; arrêt TC FR 608 2019 255 du 18 novembre 2020 consid. 8). A cela s'ajoute la TVA (8.1%) par CHF 105.30, soit un total de CHF 1'405.30. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 26 mars 2024 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Une indemnité de partie, fixée à CHF 1'405.30, dont CHF 105.30 au titre de la TVA (8.1%), est allouée au recourant et versée en mains de son mandataire, à la charge de l'autorité intimée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 juin 2025/isc Le Président La Greffière-rapporteure

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