

GE_GERICHTE ATAS/324/2010 vom 25. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_324_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/324/2010 du 25 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/324/2010 del 25 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Partant, le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce.

E. 2

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, en particulier sur le lien de causalité naturelle et, le cas échéant, adéquate, entre l'accident du 20 avril 2002, et les atteintes à la santé dont le recourant fait état au-delà de cette date.

E. 4

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

E. 5

5a. 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

A/2088/2008 - 17/24 - dans l'assurance sociale. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). Dans ce contexte, on précisera encore que l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 87 et les références) (arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 6.2 in fine ; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). 5b. 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 n° 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) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. 5c. Par ailleurs, 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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). 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

A/2088/2008 - 18/24 - 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 8C.233/2007 du 25 mars 2008, consid. 2 et la référence) (arrêt U 47/07 du 23 juin 2008, consid. 4 ; 23.06.2008 U 47/07). 5d. Selon la jurisprudence et la doctrine, 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 éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., Berne 1983, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 6.1

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le juge dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

E. 6.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points

A/2088/2008 - 19/24 - litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le

service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1). Enfin, on rappellera qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces

A/2088/2008 - 20/24 - médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2009, 9C_4/2009, consid. 2.2.).

E. 7

En l'occurrence, au vu des principes articulés ci-dessus, force est de constater que le Tribunal n'est pas en mesure d'évaluer, en l'état du dossier, si l'accident dont le recourant a été victime le 20 avril 2002 (respectivement le 28 juillet 2005) a encore, au degré de la vraisemblance prépondérante, un effet causal au-delà du 31 janvier 2008. Tout d'abord, en effet, dans son rapport du 30 octobre 2002, le médecin d'arrondissement de la SUVA a relevé que le status local qui avait justifié l'incapacité totale de travail prescrite par le Dr M_____, ne permettait pas, en l'absence d'un approfondissement du bilan lésionnel, d'exclure avec certitude une légère laxité radio-cubitale distale, ainsi qu'une composante de neuropathie du nerf médian au canal carpien, respectivement une composante psychosomatique. En outre, l'IRM du poignet droit du 20 novembre 2002 a indiqué la présence de petites expansions synoviales palmaires. Ces éléments pouvaient en particulier expliquer l'intensité des plaintes subjectives (rapport d'examen du Dr O_____ du 10 février 2003). Dans un courrier du 2 décembre 2004, le Dr T_____ a attesté que ces douleurs étaient des séquelles de la fracture du radius distal ayant entraîné une lésion (partielle) du ligament triangulaire sur une inégalité de longueur des deux os. Dans son rapport opératoire du 7 octobre 2005, ce médecin a constaté la présence d'une synovite réactionnelle et le fait que le nerf médian était cravaté par le tendon du petit palmaire, si bien qu'il avait fallu exciser ledit tendon. A cette occasion, un petit rameau nerveux sous-cutané avait été lésé. L'IRM du 4 août 2006 a encore révélé que la neuropathie d'enclavement du nerf médian au carpe, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices, s'était aggravée par rapport à 2004. Or, selon l'examen ENMG du 13 février 2008, effectué par le Dr U_____, il persistait une symptomatologie irritative du

nerf médian droit. L'échographie subséquente du 21 février 2008 avait montré une synovite touchant les tendons fléchisseurs, soit, selon le Dr A_____, « autant d'arguments en faveur d'une pathologie directement liée à l'accident du 20 avril 2002 » (courrier du 29 février 2008). Ces éléments semblent ainsi contredire l'appréciation – au demeurant non motivée – du Dr W_____, chirurgien, médecin d'arrondissement (rapport d'examen du 15 mars 2007), selon laquelle il existait une importante divergence entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques. D'un autre côté, dans son rapport d'examen du 15 mars 2007, nonobstant l'importante divergence qui existait, selon lui, entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques, le médecin d'arrondissement de la SUVA n'a pas nié l'existence des douleurs alléguées, puisqu'il a non seulement admis que les signes

A/2088/2008 - 21/24 - de Tinel et Fallen (i.e. : tests permettant de diagnostiquer un syndrome du canal carpien) « semblaient positifs », mais encore qu'au regard de l'intensité desdites douleurs, la situation s'était péjorée depuis l'intervention d'octobre 2006, ce qui justifiait un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation. Il a également attesté que le syndrome épaule-main qui s'était installé depuis lors était en rapport avec le traumatisme initial, et a préconisé une prise en charge intensive par physiothérapie et ergothérapie – laquelle sera effectivement suivie par l'assuré. Par ailleurs, si, dans son rapport d'examen final du 24 janvier 2008, le Dr O_____ a indiqué (sans d'ailleurs se montrer catégorique) que ses constatations cliniques « évoquaient » des phénomènes d'amplification, il a néanmoins précisé que son appréciation du cas ne tenait pas compte de la composante psychiatrique, « dont l'adéquation avec l'accident restait à établir » et a admis, dans son avis complémentaire du 29 avril 2008, qu'une composante psychiatrique « se greffait sur le cas ». Or, dans son certificat du 4 février 2008, la Dresse B_____ a précisément estimé que son patient présentait une importante thymie dépressive en raison de l'accident du 20 avril 2002 qui avait réduit l'usage de son membre droit et qui continuait à lui procurer des douleurs. Ainsi, la SUVA n'a pas investigué plus avant la question de l'incidence des troubles psychologiques présentés par l'assuré sur l'évolution de son atteinte somatique, singulièrement sur sa capacité de travail. A cet égard, le certificat de la psychiatre traitante du 4 février 2008 ne contient aucune appréciation dûment motivée de la capacité de travail de son patient. Et si celle-ci se prononce sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 avril 2002 et les souffrances psychiques de l'intéressée, il faut toutefois constater que ledit accident (ni semble-t-il celui du 28 juillet 2005) ne revêt un caractère de gravité tel qu'il faille admettre sans autre l'existence d'une relation de causalité adéquate, conformément aux critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. à ce sujet : ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans ces conditions, c'est à juste titre que la SUVA a estimé, après le dépôt du recours, que les conclusions du rapport d'examen final de son médecin d'arrondissement du 24 janvier 2008 n'étaient pas suffisamment convaincantes, ou du moins qu'il subsistait un doute certain à cet égard, puisqu'elle a jugé nécessaire de demander un second avis à son chirurgien-conseil (émis le 11 août 2008) et qu'elle a ensuite encore confié une expertise aux Drs F_____ et G_____ (qui ont rendu leur rapport le 20 mai 2009). Force est toutefois de constater que le rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____ du 20 mai/14 septembre 2009 ne permet pas encore d'apporter une réponse convaincante à la question litigieuse. En effet, si ces experts ont retenu qu'il était (seulement) possible que les interventions itératives, et par conséquent le tissu cicatriciel engendré par ces dernières, soient à l'origine de la persistance de la symptomatologie irritative du nerf médian au canal carpien, ils ne motivent toutefois pas leur point de vue selon lequel lesdites interventions n'avaient qu'un lien possible avec la persistance des

douleurs alléguées. De surcroît, de manière

A/2088/2008 - 22/24 - quelque peu contradictoire avec cette dernière appréciation, ces experts ont attesté que, sur le plan strictement somatique, dans la mesure où l'intervention du Dr LA _____ du 26 octobre 2006 n'avait pas amené les bénéfices escomptés - puisqu'il persistait un statu quo tant à l'examen ENMG qu'à l'examen clinique -, la symptomatologie douloureuse imputable à l'accident justifiait une limitation fonctionnelle dans le port de charges supérieures à 15 kg (ce qui est constitué, au demeurant, une aggravation, dans la mesure où, dans son courrier à la SUVA du 25 avril 2005, le Dr M _____ indiquait que le patient ressentait des douleurs lors du port de charges dépassant 25 kg). De même, sur le plan de la causalité, l'avis des experts contredit, mais sans pour autant la discuter, l'appréciation du Dr D _____ Dr W _____, lequel estime, quant à lui, que le syndrome épaule-main qui s'est désormais installé est bien en rapport avec le traumatisme initial (rapport du 15 mars 2007). Les Drs F _____ et G _____ s'écartent également sans motif de l'opinion du Dr D _____ (chirurgien-conseil de la SUVA), selon lequel le syndrome du canal carpien avait un rapport de causalité partiel avec l'accident du 20 avril 2002, bien que son origine ne fût pas accidentelle. De surcroît, les experts ne se sont pas prononcés sur les effets de la nouvelle chute de l'assuré avec entorse du poignet droit le 28 juillet 2005, au sujet de laquelle le médecin-conseil de la SUVA avait pourtant indiqué, dans son avis du 11 août 2008, que l'on ne disposait pas de détails précis. Or, l'IRM pratiquée le 4 août 2006 par le Dr U _____ avait mis en évidence une aggravation de l'atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices par rapport au dernier contrôle du 18 mai 2004. Par surabondance, le Tribunal observe que, selon l'expertise des Drs F _____ et G _____ du 20 mai 2009, une prise en charge plus spécialisée de la douleur neurogène (par introduction de Lyrica® ou de Neurontin®) pourrait être susceptible d'apporter une amélioration de la symptomatologie douloureuse et de la capacité de travail. De même, le Dr D _____ a estimé que l'on ne pouvait parler d'un état final stable (avis du 11 août 2009). Le Tribunal ne serait ainsi, en tout état, pas en mesure de se prononcer en particulier sur la capacité de travail résiduelle du recourant, respectivement sur son droit éventuel à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (laquelle doit par ailleurs être durable, à savoir subsister avec au moins la même gravité toute la vie, selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA). Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction de la cause sur le plan médical, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et psychiatrique) et rende une nouvelle décision.

A/2088/2008 - 23/24 -

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition du 9 mai 2008 est annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 9

Le recourant obtenant (partiellement) gain de cause avec l'assistance d'une avocate, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 10

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2088/2008 - 24/24 -

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