

GE_GERICHTE ATAS/596/2018 vom 27. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_596_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/596/2018 du 27 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/596/2018 del 27 giugno 2018

Erwägungen

E. 26

Dans sa réponse du 11 septembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Les griefs invoqués à l'encontre des rapports de la CRR et des Drs S_____ et R_____ étaient infondés. Le rapport de la CRR avait été établi de manière circonstanciée, en considération des antécédents médicaux et à l'issue d'un examen complet de la recourante et d'une étude fouillée de son dossier. Le cas de la recourante n'avait pas été préjugé, les extraits choisis par cette dernière devant être replacés dans le contexte du rapport. Les diagnostics posés par les médecins ayant connu du cas avant la CRR ne reposaient pas sur une pertinence clinique et devaient être écartés sur la base des constatations des médecins de la CRR en lien avec les documents d'imagerie à disposition. Dès lors, le rapport de la CRR devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr S_____ avait exclu tout lien de causalité naturelle entre le trouble somatoforme douloureux de l'avant-pied gauche et l'accident. Sur le plan somatique, l'état était stabilisé, compte tenu de l'absence de lésion organique objectivable actuellement. Cela n'était pas contradictoire avec les conclusions de la Dresse G_____, laquelle avait considéré en juillet 2015 qu'en l'état, l'incapacité totale de travail était médicalement justifiée, en attendant l'évaluation de la CRR. Le cas s'était simplement stabilisé un an et demi plus tard. Les derniers rapports des Drs C_____ et J_____ n'apportaient pas d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés par les médecins de la CRR. L'événement du 17 octobre 2014 était insignifiant, de sorte qu'il n'existait aucun lien entre la surcharge psychiatrique de la recourante et l'accident.

A/2555/2017 - 11/25 - S'agissant de l'atteinte à l'épaule droite, elle découlait d'un autre événement, tel que cela ressortait du rapport de la CRR. En effet, en décembre 2015, alors qu'elle utilisait deux cannes anglaises, l'une d'elles était tombée. Dans un mouvement pour la rattraper, la recourante avait ressenti un craquement dans son épaule droite. Compte tenu de ces éléments, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était inutile. Au-delà du 31 mars 2017, les troubles éprouvés par la recourante ne pouvaient plus être reliés à l'accident du 17 octobre 2014.

E. 27

Dans sa réplique du 3 octobre 2017, la recourante a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son recours, précisant certains points pour le surplus. Le rapport d'IRM du 24 novembre 2014 et le rapport de tomodensitométrie du 17 août 2015 démontraient une atteinte aux sésamoïdes. Les conclusions du Dr S_____ entraient manifestement en contradiction avec celles de la Dresse G_____, cette dernière ayant retenu une déchirure partielle du ligament métatarso-sésamoïdien médial gauche à hauteur du premier rayon, soit une lésion objectivable et objectivée. Son atteinte à l'épaule était en lien avec l'accident puisqu'il l'avait contrainte à utiliser des cannes. En tout état de cause, tant la CRR que le Dr

S_____ avaient pris en compte cette atteinte, de sorte qu'elle faisait partie du cas litigieux. À l'appui de ses écritures, la recourante a produit plusieurs documents, dont : - un rapport d'IRM du 16 juin 2017 faisant état d'une petite formation nodulaire évaluée à 6 mm de longueur au versant plantaire distal du troisième espace inter- métatarsien compatible avec un névrome de MORTON ; un discret remaniement du premier espace inter-capito-métatarsien évoquant une forme de bursopathie ; des remaniements des tissus mous plantaires en regard des articulations métatarso-phalangiennes des trois premiers rayons et du cinquième rayon évoquant les conséquences de contraintes mécaniques majorées avec une volumineuse bursopathie néoformée sous une forme solide du cinquième rayon et une possible ébauche d'un remaniement similaire sous le deuxième rayon ; un modelé pré-arthrosique métatarso-phalangien de l'hallux et pas d'argument pour une algodystrophie ; - une relecture du 30 juin 2017 de l'IRM du 24 novembre 2014 par le docteur W_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel confirmait des remaniements compatibles avec une déchirure de l'insertion sésamoïdienne du ligament métatarso-sésamoïdien médial avec une subluxation distale du sésamoïde et une possible petite avulsion sésamoïdienne sans argument pour une éventuelle algodystrophie ; - un courrier du 3 juillet 2017 du docteur X_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, lequel indiquait que l'IRM du 24 novembre 2014 révélait une déchirure ligamentaire métatarso-sésamoïde. La douleur avait un caractère neurogène (brûlure constante, allodynie diurne et nocturne). La raideur articulaire, la pilosité diminuée et la croissance unguéale ralentie décrites étaient souvent observées dans les syndromes douloureux régionaux complexes (ci-

A/2555/2017 - 12/25 - après : SDRC). Le test de perfusion à la Lidocaïne mettait en évidence la composante neuropathique de la douleur dans la mesure où la sensation de brûlure et la raideur articulaire avaient disparu. La douleur résiduelle qui persistait en fin de perfusion correspondait à la composante somatique de la lésion tissulaire ; - un rapport du 31 juillet 2017 du docteur Y_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel retenait les diagnostics d'impotence fonctionnelle du pied gauche post-traumatique : entorse de la cheville gauche (une déchirure partielle des ligaments métatarso-sésamoïdiens à la hauteur du premier métatarsien) compliquée d'anomalies vasomotrices et neurogène d'origine indéterminée, névrome de MORTON troisième espace inter-métatarsien, bursite du cinquième rayon et arthrose métatarso-phalangien de l'hallux gauche ; omalgie droite invalidante ; status post bypass en 2005. Le Dr Y_____ a exposé l'anamnèse de la recourante, fait état de ses constatations objectives lors de l'examen clinique et précisé s'être fondé sur l'IRM du 16 juin 2017 et la relecture de l'IRM du

E. 30

juin 2017. La recourante présentait une impotence du pied gauche survenue après entorse de la cheville. Malgré une prise en charge adaptée, l'évolution n'avait pas été favorable et un tableau compatible avec un SDRC s'était constitué. Ce diagnostic avait été retenu par plusieurs médecins. En raison de l'hypersensibilité, de l'asymétrie de température, du changement de la couleur de peau, de l'œdème et de la diminution de la mobilité, le SDRC pouvait être retenu dans le cas de la recourante. La normalité de l'ENMG prouvait l'absence d'un éventuel problème neurologique et confortait le diagnostic de SDRC. Le diagnostic de la CRR ne lui paraissait pas objectif. Les troubles arthrosiques, la bursite et le névrome de MORTON du pied gauche pouvaient être attribués aux complications du SDRC. L'omalgie droite de la recourante s'était nettement améliorée grâce à la physiothérapie. Une bursite

sous-arcomio-deltoïdienne pouvait être évoquée, comme l'avait montré l'échographie de l'épaule droite. Le diagnostic de capsulite avait pu être retenu par la doctoresse AC_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Une prise en charge multidisciplinaire (physiothérapie, traitement antalgique et soutien psychique) semblait indiquée et tout traitement invasif était déconseillé pour le moment. 28. Dans sa duplique du 23 novembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a précisé que si les médecins avaient pris position sur la problématique de l'épaule droite, ils procédaient à un examen médical et non juridique. À l'appui de ses écritures, l'intimée a produit une appréciation chirurgicale du même jour de la doctoresse Z_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'intimée, à laquelle elle se référait. La Dresse Z_____ a rappelé le contexte de son appréciation, résumé les documents médicaux mis à sa disposition et énuméré les documents d'imagerie consultés avant de livrer son appréciation du cas. Il était peu plausible, chez la recourante, que l'atteinte du

A/2555/2017 - 13/25 - premier sésamoïde soit récente, puisqu'il n'y avait pas eu de chute au niveau du premier rayon. Toutefois, la Dresse G_____ avait décrit une glissade avec entorse en éversion du pied. Dans ce cas de figure, il pouvait être possible que le sésamoïde médial ait été lésé. Lors de la première consultation, le premier rayon du pied gauche ou avant-pied n'avait pas été évoqué. Il n'avait été alors constaté ni hématome, ni œdème au niveau du gros orteil, observations auxquelles on pouvait s'attendre dans le cas d'une fracture ou d'une avulsion ligamentaire du sésamoïde. Par conséquent, si une lésion ligamentaire du sésamoïde existait, elle n'était pas en relation de causalité avec l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, ni le rapport de la CRR, ni le CT-Scan de l'avant-pied gauche du 17 août 2017, ni les radiographies du gros orteil gauche du 6 décembre 2016 n'avait rapporté un état après effraction de la corticale osseuse ou d'autres éléments permettant de mettre en exergue des suites actives - pseudarthrose - d'une atteinte aux sésamoïdes. Enfin, une atteinte ligamentaire ou une fracture guérissait généralement en trois mois ou tout au plus six. Ainsi, il était évident que cette possible atteinte du sésamoïde était guérie depuis longtemps. S'agissant du névrome de MORTON évoqué par les Drs AA_____ et Y_____, il était généralement diagnostiqué par la palpation du pied. Son origine était encore mystérieuse, étant précisé que sa présence était très fréquente. Certaines personnes possédaient parfois un névrome sans le savoir, jusqu'au jour où un traumatisme, par exemple, éveillait la douleur qui revenait régulièrement. L'origine d'un névrome de MORTON était principalement maladeive, mais, en poussant à l'extrême, il pouvait être envisagé qu'un traumatisme entraîne un saignement ou un hématome qui réveille le névrome. Dans le cas de la recourante, l'IRM du 24 novembre 2014 n'avait pas révélé de névrome de MORTON, de saignement ou d'hématome. C'était une nouvelle IRM réalisée en juin 2017 qui avait mis cette pathologie en évidence et celle-ci avait été rétrospectivement mentionnée comme déjà présente sur l'IRM du 24 novembre 2014 lors de sa relecture. En outre, les douleurs ou brûlures étaient décrites à la base du gros orteil gauche et non dans les troisième ou deuxième espaces métatarsiens, qui étaient les localisations principales du névrome de MORTON. Enfin, la Dresse Z_____ ne partageait pas l'avis selon lequel ce neurome était une complication ou une suite du SDRC, aucun élément n'illustrant cet état de fait dans la littérature. Par conséquent, il était peu plausible que le neurome de MORTON soit un état séquellaire de l'événement du 17 octobre 2017. Un SDRC était évoqué dès janvier 2015, mais le Dr F_____ n'avait pas livré les critères retenus pour poser ce diagnostic. Il avait fallu attendre le rapport du

E. 31

mars 2017, sur la base des rapports et appréciations de la CRR et des Drs S_____, R_____, et Z_____. Quant à la recourante, elle soutient que l'ensemble de ses troubles au pied gauche et à l'épaule droite sont d'origine organique et que ceux-ci découlent directement de l'accident du 17 octobre 2014. Elle conteste la valeur probante des rapports et appréciations sur lesquels s'appuie l'intimée, leur préférant en particulier les conclusions des Drs C_____, J_____ et Y_____, notamment au sujet des documents d'imagerie figurant au dossier. Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de ces documents b) En ce qui concerne le rapport du 9 décembre 2016 de la CRR, les Drs N_____ et O_____ ont résumé le dossier médical mis à leur disposition, fait état des plaintes de l'assurée, exposé son anamnèse, livré leurs constatations objectives et résumé les documents d'imagerie avant d'apprécier le cas. Leur rapport est fondé sur un examen psychiatrique, un examen neurologique et un ENMG ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles. Cela étant, il n'est pas possible de considérer que les Drs N_____ et O_____ ont motivé à satisfaction de droit le diagnostic principal retenu, soit les douleurs somatoformes de l'avant-pied gauche et de l'épaule droite. Malgré le fait que des douleurs soient relevées, leur origine demeure indéterminée. De plus, leur absence d'effet sur la capacité de travail est affirmée sans explication. Or, le fait que l'origine d'une douleur ne soit pas déterminée avec précision ne saurait suffire pour exclure d'emblée toute incapacité de travail, en l'absence d'une motivation circonstanciée.

A/2555/2017 - 22/25 - Les Drs N_____ et O_____ soutiennent que la recourante a pleuré, manifesté des plaintes et limité d'elle-même ses mouvements alors que la « situation ne s'y prêtait pas ». Affirmer qu'un assuré amplifie ses plaintes, voire simule des douleurs, nécessite à tout le moins un développement détaillé des situations dans lesquels un tel comportement a été observé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Cela apparaît ici d'autant plus indispensable que la physiothérapeute a relevé avoir interrompu les tests à plusieurs reprises pour des raisons sécuritaires, ce qui laisse entendre que les interruptions des tests ne peuvent pas toutes être mises sur le compte des autolimitations de la recourante. Les Drs N_____ et O_____ ont relevé la présence d'une anisothermie et d'une perte de sensibilité aux niveaux des orteils sans toutefois en tirer des conséquences ou expliquer en quoi ces constatations seraient sans effet sur la capacité de travail de la recourante. Sur ce point, il semble pourtant indispensable de connaître l'influence de la perte de sensibilité sur la capacité de la recourante à conduire, dans la mesure où cette activité constitue l'essence même du métier de conductrice de minibus scolaire. Le diagnostic de SDRC, pourtant retenu par l'ensemble des médecins ayant eu à connaître du cas avant le CRR, est écarté, semble-t-il, en raison de l'absence d'indices allant en ce sens dans les documents d'imagerie. À la lecture de ces documents, il apparaît en effet que les résultats en lien avec un SDRC sont systématiquement négatifs, ce que ne conteste pas la recourante. Toutefois, le Dr J_____ relève que l'absence de signe radiologique ne constitue pas un critère permettant d'exclure le diagnostic de SDRC (courrier du 13 décembre 2017). D'ailleurs, dans son appréciation chirurgicale du 23 novembre 2017, la Dre Z_____ a admis ledit diagnostic, considérant que les critères pour le retenir étaient réalisés. Cela tend à démontrer que les Drs N_____ et O_____ s'en sont écartés à tort, à tout le moins sans motivation satisfaisante. Sur ce point, on peut également préciser qu'à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral et des explications fournies par les Drs J_____ et Y_____, le fait que l'accident du 17 octobre 2017 apparaisse comme insignifiant n'a strictement aucune influence sur la possibilité pour un SDRC de se développer. Pourtant, les Drs N_____ et

O_____ retiennent le peu de gravité de l'accident comme un élément démontrant l'absence d'origine organique des douleurs, ce qui ne saurait emporter la conviction de la chambre de céans. Les Drs N_____ et O_____ considèrent également que les diagnostics retenus par leurs confrères s'agissant du pied gauche et de l'épaule droite ne reposent sur aucune pertinence clinique. Cette appréciation apparaît discutable au vu du nombre de médecins ayant eu à connaître du cas et dont les avis concordent. En outre, l'IRM du 24 novembre 2014 a confirmé la présence d'une déchirure partielle du ligament métatarso-sésamoïdien médial, ce qui a été confirmé par les Drs C_____, J_____, W_____ et X_____. Dans la mesure où les Drs N_____ et O_____ balayent les conclusions de leurs confrères, ils devaient étayer leur position et

A/2555/2017 - 23/25 - discuter en détails les avis contraires au leur pour permettre à la chambre de céans de comprendre leur position. De plus, le rapport de la CRR mentionne le licenciement de la recourante comme un facteur influençant sa situation et l'impasse dans laquelle elle se trouvait. Or, à l'époque, son contrat de travail n'avait pas encore été résilié, ce qui sème le doute sur l'analyse des Drs N_____ et O_____. Enfin, ces derniers considèrent que les atteintes de la recourante ne reposent sur aucune base somatique. Cette conclusion est non seulement contestée par les rapports des Drs C_____, J_____, W_____, X_____ et Y_____, mais elle est également contredite par les Desses G_____ et Z_____, intervenant pourtant en qualité de médecins d'arrondissement de l'intimée. Compte tenu de ces éléments, le rapport de la CRR ne peut se voir reconnaître de valeur probante. c) S'agissant des rapports des Drs R_____ et S_____, force est de constater qu'ils se fondent essentiellement sur le rapport de la CRR, de sorte que leur valeur probante doit également être niée. d) Quant à l'appréciation chirurgicale de la Dresse Z_____, elle ne contient pas d'anamnèse mais un simple résumé des pièces médicales et de la procédure, ce qui est problématique dans la mesure où plusieurs points factuels, comme le nombre de fractures aux sésamoïdes ou l'origine de l'atteinte à l'épaule droite, varient d'un document à l'autre. On relèvera que les diagnostics de SDRC et de fracture du sésamoïde ont été admis par la Dresse Z_____, et par conséquent l'intimée, alors qu'ils ont été niés dans le rapport de la CRR. Cela étant, il apparaît que la Dresse Z_____ s'écarte de son rôle de médecin-conseil lorsqu'elle considère que si une lésion ligamentaire du sésamoïde existait, elle ne serait pas en relation de causalité avec l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante, car cette appréciation appartient au domaine juridique. En outre, dans son appréciation du cas, la Dresse Z_____ développe une analyse principalement fondée sur la théorie et la littérature médicales, s'écartant ainsi du cas concret et de sa mission de médecin-conseil devant se prononcer sur le cas de la recourante en particulier. Enfin, si la Dresse Z_____ retient le diagnostic de SDRC, elle considère que la guérison est acquise dès janvier 2017, sans réellement expliquer sa position ni motiver son analyse, ce qui, compte tenu de l'objet du litige, n'est pas suffisant. Dès lors, l'appréciation chirurgicale de la Dresse Z_____ ne peut pas non plus se voir reconnaître de valeur probante. e) S'agissant des rapports des Drs C_____, J_____ et Y_____, leur contenu est de nature à remettre en question les conclusions des Drs N_____ et O_____, R_____,

A/2555/2017 - 24/25 - S_____ et Z_____. Cela est d'autant plus vrai qu'ils sont concordants pour l'essentiel, comme sur l'interprétation des documents d'imagerie. Toutefois, ces rapports ne sont pas suffisamment motivés pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, notamment en ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans une activité habituelle ou le lien de causalité entre les différentes atteintes

et l'événement accidentel. En outre, on relèvera une contradiction dans les conclusions du Dr Y_____, lequel retient à la fois que le névrome de MORTON peut être attribué aux complications du SDRC (rapport du 31 juillet 2017) et que ledit névrome n'est pas connu pour être une complication du SDRC, étant précisé qu'un accident tel que celui subi par la recourante peut en être la cause (11 janvier 2018). f) Eu égard à l'analyse de la valeur probante des documents précités, la chambre de céans ne peut trancher le litige en l'état. L'instruction de l'intimée se révèle lacunaire, dans la mesure où le dossier contient un nombre important de pièces médicales, dont aucune ne répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Les différents documents se contredisent manifestement et les médecins ont adopté des conclusions antagonistes, de sorte que l'intimée aurait dû clarifier la situation avant de rendre sa décision. Dans ces circonstances, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaires. Compte tenu de la complexité du cas et des positions des différents médecins, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, psychiatrie, neurologie et orthopédie se justifie. Il conviendra notamment de déterminer si et quand le SDRC est apparu, si un ou plusieurs sésamoïdes ont été atteints et de quelle manière, si le traitement de la recourante est adapté et justifié (morphiniques, neuroleptiques, antiinflammatoires et physiothérapie), si l'origine des douleurs de la recourante est somatique ou psychique, si son état de santé est stabilisé, si elle présente des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail et si la causalité est donnée entre ses atteintes et l'accident du 17 octobre 2014. La question des circonstances entourant l'atteinte à l'épaule droite et le névrome de MORTON devra en outre être clairement élucidée. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 11 mai 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2555/2017 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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