

GE_GERICHTE ATAS/79/2018 vom 29. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_79_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/79/2018 du 29 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/79/2018 del 29 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le recours a été formé, compte tenu des fêtes du 15 juillet au 15 août 2016, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. b LPGA et 56ss LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si les troubles au poignet droit présentés par le recourant postérieurement au 11 mai 2016 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 9 août 2015.

E. 6

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps

humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa).

A/3026/2016 - 13/24 - b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). 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 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 examinent en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). c. 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

E. 7

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus

A/3026/2016 - 14/24 - graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 8

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ;

RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 9

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les lésions des ligaments figurent parmi la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident (art. 9 al. 2 let. g OLAA). b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). c. 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 malade 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*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état malade

A/3026/2016 - 15/24 - préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte

(arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). d. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 10

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/3026/2016 - 16/24 - c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Une

appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une

A/3026/2016 - 17/24 - expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

E. 11

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. 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), 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 corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 30

novembre 2004 consid. 1.3).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VS 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du

A/3026/2016 - 18/24 - 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 13

Enfin, le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 14

septembre 2015). Ce fait est également corroboré par les Drs G_____ et F_____ qui n'ont pas contesté que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant au poignet droit, suite à sa chute du 9 août 2015, justifiait un traitement médical et une incapacité de travail (rapport du Dr F_____ du 1er octobre 2015 et rapport du Dr G_____ du 9 décembre 2015). Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la chute du 9 août 2015 a déclenché les symptômes douloureux présentés par le recourant au poignet droit. Par ailleurs, il résulte de la lecture de l'ensemble des rapports versés au dossier, qu'aucun médecin ne fait état de l'origine exclusivement malade des déchirures du ligament scapho-triquétral et du ligament TFCC. On relèvera à cet égard que le Dr F_____ ne conteste pas que la chute du 9 août 2015 ait causé ces déchirures (rapport du 27 avril 2016). En outre, le Dr P_____ a expliqué qu'il rejoignait l'avis du Dr N_____ pour dire qu'il n'y avait pas d'arguments ou d'indices d'une maladie qui serait à l'origine de ces lésions (rapport du 22 novembre 2016, p. 7). Cela étant, dans le cadre de la présente procédure, l'intimée fait valoir que la chute du 9 août 2015 a causé uniquement une extension des

mains et des contusions costales, contestant ainsi devoir prendre en charge la déchirure du ligament scapho-triquétral et la déchirure du ligament TFCC. Il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident à la main droite en 1984, soit avant la survenue de l'événement assuré par l'intimée, et qui a nécessité deux interventions avec réparation des tendons (rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2015). Il n'est pas non plus contesté que le recourant n'était pas assuré auprès de l'intimée lors de l'accident survenu en 1984. Par rapport du 22 novembre 2016, le Dr P_____ a indiqué que le recourant avait certainement des antécédents de status après fractures des styloïdes, une perte de substance cutanée et/ou sous-cutanée dorsale du poignet droit et de probables dégâts tendineux traités chirurgicalement. Il a ajouté que le 9 août 2015, le recourant avait subi un traumatisme des deux poignets en se réceptionnant d'une chute en avant. On pouvait donc en déduire un impact palmaire bilatéral, éventuellement couplé avec une extension des poignets. Selon lui, au vu du biomécanisme de la chute subie le

A/3026/2016 - 20/24 - 9 août 2015 et de l'absence de fractures, la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal ne pouvait s'expliquer par l'accident assuré, car il aurait fallu un mécanisme en flexion palmaire forcée pour léser ce ligament. La chambre de céans relèvera déjà que le Dr P_____ part de la prémisse erronée que le recourant se serait réceptionné sur ses deux mains en chutant en avant le 9 août 2015, pour en déduire un impact palmaire bilatéral, éventuellement couplé avec une extension des poignets. Or, les premiers rapports versés au dossier font état d'une chute sur la main droite uniquement (déclaration de sinistre du

E. 19

août 2015 ; rapport du Dr D_____ du 7 septembre 2015 et rapport du Dr F_____ du 5 octobre 2015, p. 2). On relèvera également que l'absence d'un mécanisme en flexion palmaire forcée - invoquée par le Dr P_____ - concerne en réalité le point de savoir si le facteur extérieur qui a déclenché les symptômes revêtait un caractère extraordinaire. Or, il convient de rappeler qu'un facteur extérieur soudain et involontaire suffit, même s'il ne présente pas un caractère extraordinaire, pour assimiler à un accident une lésion ligamentaire qu'il a déclenchée. Que cette lésion ait pu se produire, en l'absence de facteur extraordinaire, uniquement parce que le ligament était déjà fragilisé ne permet pas encore d'attribuer la lésion du ligament exclusivement à une maladie. Par ailleurs, selon le Dr P_____, vu les antécédents traumatiques avec une perte importante de substance dorsale, la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal correspond à une séquelle de l'accident de 1984. La chambre de céans constate qu'il résulte des rapports versés à la procédure que l'accident de 1984 n'a pas provoqué de lésions aux ligaments de la main droite du recourant, mais des lésions aux tendons qui ont nécessité des interventions chirurgicales (rapport du Dr E_____ du 14 septembre 2015 et rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2015). Par conséquent, on ne saurait retenir que la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal est une séquelle de l'accident de 1984. S'agissant de la lésion du TFCC, le Dr P_____ a certes indiqué que la probabilité que cette lésion soit une séquelle de l'accident de 1984 apparaissait nettement plus haute. Il a toutefois ajouté qu'à trois mois de la chute assurée, on ne pouvait exclure complètement que cette déchirure puisse être récente, précisant que nonobstant un traumatisme qui n'apparaissait pas avoir été à haute énergie, le recourant avait pu présenter une symptomatologie en rapport avec cette lésion, comme cela avait été constaté de manière congruente au décours de la chute du 9 août 2015 (rapport du

E. 22

novembre 2016, soit une perte de substance, des adhérences et un déficit léger de fonctionnalité au niveau de l'index. Or, on rappellera que l'existence d'un état dégénératif antérieur à l'accident du 9 août 2015 n'est ni déterminant, ni suffisant pour nier le droit aux prestations lorsqu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident

A/3026/2016 - 21/24 - au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, la question n'est pas de savoir si les lésions revêtent une origine uniquement accidentelle, mais plutôt si elles sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ainsi, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement joué un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.1 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5.1). En l'occurrence, que la lésion du TFCC ait pu se produire parce que la main droite du recourant présentait une perte de substances ou des adhérences ne permet pas encore d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Au demeurant, on rappellera que le Dr P_____ a conclu à l'absence d'arguments ou d'indices d'une origine dégénérative aux lésions présentées par le recourant au poignet droit (rapport du 22 novembre 2016, p. 7). Ainsi, dans la mesure où il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les deux lésions ligamentaires seraient manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, il y a lieu de conclure que la déchirure du ligament extrinsèque du carpe et la déchirure du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant sont en lien de causalité avec la chute du 9 août 2015. L'intimée était donc tenue de prendre en charge les prestations légales relatives à ces lésions. Il convient encore de déterminer si ces atteintes ne sont plus en lien de causalité avec l'accident à compter du 12 mai 2016. On rappellera que conformément à la jurisprudence, ces lésions doivent être assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. En l'occurrence, ni le rapport du Dr F_____, ni ceux du Dr P_____, sur lesquels se fonde l'intimée, ne comportent une réelle motivation quant à un retour au statu quo sine/ante dès le 12 mai 2016. En effet, force est de constater que ni le Dr F_____, ni le Dr P_____ n'expliquent pour quelles raisons les lésions des deux ligaments seraient clairement et exclusivement d'origine malade neuf mois après l'accident, puisqu'ils se contentent d'affirmer que la chute n'a pas entraîné de lésion déterminante ou structurelle (rapport du Dr F_____ du 27 avril 2016 et rapport du Dr P_____ du 22 novembre 2016, p. 7). Ainsi, aucun rapport versé au dossier ne permet de retenir que la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit ne sont plus imputables à l'accident du 9 août 2015. Par conséquent, c'est à tort que l'intimée a mis fin aux prestations légales au 11 mai 2016 concernant la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant. La décision litigieuse doit être annulée pour ce premier motif.

A/3026/2016 - 22/24 - b. S'agissant des neuropathies sensitives, de la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et de l'instabilité de l'ECU, la chambre de céans constate que les rapports versés au dossier ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance, si ces troubles sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 août 2015. En effet, si le Dr P_____ a certes d'abord estimé que les atteintes neurologiques sensitives et l'instabilité du tendon de l'ECU n'avaient pas été causées par l'accident du 9 août 2015 (rapport du 22 novembre 2016, p. 5 et 6), de manière contradictoire, il a ensuite indiqué que ces atteintes s'expliquaient par une décompensation symptomatique due à la

chute du 9 août 2015 (rapport précité, p. 7). Par ailleurs, le Dr J_____ a indiqué que les atteintes sensitives étaient vraisemblablement en lien avec l'accident de 1984 (rapport du 13 novembre 2015), tout comme le Dr F_____ (rapport du 27 avril 2016). Ce dernier a toutefois laissé entendre que la chute du 9 août 2015 avait joué un certain rôle par rapport à ces atteintes, en admettant que l'événement traumatique assuré ne les avait pas modifiées d'une façon « déterminante ». Enfin, le Dr N_____ a certes estimé que la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'ECU sont en lien de causalité avec l'accident du 9 août 2015. La chambre de céans ne saurait toutefois se fonder uniquement sur l'avis de ce chirurgien traitant. Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur l'existence d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 août 2015 et les neuropathies sensitives, la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'ECU, la chambre de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur cette question. La décision litigieuse doit donc également être annulée pour ce motif. La cause sera renvoyée à l'intimée, à charge pour elle de mettre en œuvre une instruction médicale complémentaire portant sur ces atteintes. 15. Le recours sera ainsi admis partiellement et la décision querellée annulée. Il sera dit que la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 9 août 2015. L'intimée doit reprendre le versement des prestations légales relatives à ces deux atteintes à compter du 12 mai 2016 et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction médicale sur l'existence d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 août 2015 et les neuropathies sensitives, la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'extenseur ulnaire du carpe. 16. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3026/2016 - 23/24 -

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.