

GE_GERICHTE ATAS/830/2018 vom 25. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_830_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/830/2018 du 25 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/830/2018 del 25 settembre 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

A/569/2018 - 25/36 - 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 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 de la recourante 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimée était fondée à retenir que son état de santé, pour les seules suites de l'accident, était stabilisé au 3 août 2017.

E. 6

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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 7

a. 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 condition est réalisée 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 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

A/569/2018 - 26/36 - qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 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). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon 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; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). b. Les notions de syndrome douloureux régional complexe, algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par

exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un

A/569/2018 - 27/36 - accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêt du Tribunal fédéral 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2).

E. 8

a. 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 et ATF 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 graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement. Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Enfin, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même, mais il sied de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexion étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces critères font l'objet d'une abondante jurisprudence (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

E. 9

Conformément à l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

A/569/2018 - 28/36 - Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 89/95 du 21 novembre 1995 et U 391/00 du 9 mai 2001).

E. 10

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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (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). 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). 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

A/569/2018 - 29/36 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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). 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 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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). En ce qui concerne les 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 11

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

A/569/2018 - 30/36 - 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. 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 (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but

d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 13

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

A/569/2018 - 31/36 -

E. 14

En l'espèce, par décision du 3 août 2017 confirmée sur opposition le

E. 16

S'agissant de l'état de santé de la recourante, la chambre de céans constate que la situation médicale n'est pas claire.

E. 17

a. En ce qui concerne les douleurs au membre supérieur droit, la Dresse W_____ a conclu à l'existence d'un SDRC, diagnostic remis en cause par la Dresse Y_____ au motif que les critères de Budapest seraient apparus plus de quatre ans après l'accident et plus d'une année après l'opération du 15 juin 2016. Il convient toutefois de relever que le délai de latence de six à huit semaines auquel se réfère la médecin du centre de compétence de l'intimée ne fait pas partie des critères de Budapest, lesquels ont fait l'objet d'un consensus pour valider le diagnostic de SDRC. Cet intervalle est en revanche pertinent pour se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre un SDRC et un accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.1 et 4.2 et les références). Il sied également de constater que l'avis de la Dresse Y_____, selon lequel la plupart des critères de Budapest n'ont pas été mentionnés avant la première consultation de la Dresse W_____, est contredit par les pièces du dossier. En effet, ont notamment été signalés, et ce bien avant le

mois de septembre 2017, une allodynie, une asymétrie de température, une faiblesse, une diminution de la mobilité ou encore un œdème (cf. rapports du Dr D_____ du 11 juin 2014, du Dr E_____ reçu par l'OAI le 8 avril 2015, de la Dresse M_____ des 3 juillet 2015, 25 octobre 2016 et 22 juin 2017, du Prof. T_____ du 9 août 2017). De plus, contrairement à ce qu'affirme la Dresse Y_____, la recourante n'a pas développé une symptomatologie douloureuse s'étendant à tout le membre supérieur droit après l'opération du 15 juin 2016. Il est rappelé à cet égard que le

A/569/2018 - 32/36 - Dr D_____ a relevé des symptômes concernant l'ensemble du bras longtemps avant ladite intervention (cf. rapport du 11 juin 2014), tout comme le Dr E_____ qui a fait état d'un syndrome douloureux touchant l'ensemble du membre supérieur droit (cf. rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015 et rapport du 14 décembre 2015), le Dr L_____ qui a diagnostiqué un syndrome douloureux de l'hémicorps droit d'origine indéterminée (cf. rapports des 1er et 22 juin, 27 juillet 2015), les Dresses M_____ et Q_____ qui ont relaté une diffusion secondaire des douleurs du poignet à tout le membre supérieur droit, jusque dans la nuque (cf. rapports des 3 juillet, 9 octobre et 14 décembre 2015). En outre, les conclusions de la Dresse Y_____, selon lesquelles aucune fracture n'a été objectivée chez la recourante, apparaissent péremptoires, étant relevé que le Dr J_____ a indiqué que l'aspect observé à deux ans du traumatisme pouvait être trouvé après une fracture consolidée (cf. rapport du 3 mars 2015). Il est également observé que le Dr F_____ a conclu que l'ostéonécrose du pôle proximal de l'os scaphoïde, avec un remaniement osseux, sans trait de fracture visualisée, était très probablement post-traumatique (cf. rapport du 14 octobre 2014). Dans ces conditions, l'argumentation de la Dresse Y_____ n'est pas propre à remettre en cause les conclusions de la Dresse W_____. Il en va de même de l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée du 10 janvier 2018, lequel a exposé que la scintigraphie osseuse du 6 septembre 2017 ne montrait pas d'argument pour une algodystrophie, puisque le diagnostic de SDRC est exclusivement clinique. b. Cela étant, l'existence d'un SDRC n'a pas été confirmée par les autres spécialistes qui suivent la recourante, en particulier la Dresse M_____, laquelle a initialement diagnostiqué des douleurs chroniques du poignet droit sur une nécrose du scaphoïde et une lésion partielle du ligament scapho-ulnaire, des omalgies droites et un status post traumatique mécanique au travail (cf. rapport du 3 juillet 2015), puis a fait état d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, sans prendre position sur le diagnostic que venait de poser la Dresse W_____ (cf. rapport du 23 octobre 2017). Quant au Dr E_____ qui a mentionné un SDRC (cf. rapport du 9 février 2018), il n'a livré aucune motivation venant étayer son nouvel avis. En réalité, il semble uniquement avoir repris les dernières conclusions de la Dresse W_____. En outre, force est de constater que l'instruction médicale est lacunaire. Il est surprenant que ni l'intimée, ni l'OAI, n'ait sollicité de rapports complets et détaillés émanant du premier médecin consulté à la Permanence de Chantepoulet, alors que la recourante a fait état d'un traitement conséquent, avec une visite chez un ostéopathe, la prise de médicaments, le port d'une attelle et le suivi de séances de physiothérapie (cf. note relative à l'entretien du 9 mars 2015), ce qui est confirmé par le Dr E_____ qui a en outre mentionné une infiltration (cf. rapport du 16 janvier 2015 et rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015). De plus, le dossier ne contient aucun rapport relatif aux premières radiographies réalisées après le sinistre,

A/569/2018 - 33/36 - aucune évaluation portant sur les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, aucune information de la part du Dr C_____ concernant son traitement

dispensé du 23 mai au 16 juin 2014. Quant aux nombreux rapports produits, ils ne comportent pas de descriptions complètes des examens cliniques pratiqués depuis l'intervention du 15 juin 2016. Il est enfin observé que la Dresse W_____ a évoqué plusieurs documents qui n'ont pas été produits par les parties, à l'instar d'un rapport d'ergothérapie du 4 août 2015, d'un rapport du Dr D_____ du 8 juin 2016 ou encore d'un rapport relatif à une consultation de la Dresse Z_____ du 27 décembre 2017. c. Par conséquent, les pièces à disposition de la chambre de céans ne lui permettent pas de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de SDRC.

E. 18

L'intimée ne saurait être suivie lorsqu'elle affirme que l'éventuel SDRC ne peut de toute façon pas être retenu comme étant en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 avril 2013 ou l'intervention du 15 juin 2016, au vu de la période écoulée depuis le moment où il a été cliniquement évoqué. En l'absence de rapports circonstanciés de la Permanence de Chantepoulet relatifs aux premières consultations, il n'est pas possible de déterminer si les critères de Budapest ont été remplis dans le délai de six à huit semaines suivant le sinistre. De même, l'état actuel du dossier ne permet pas de se prononcer sur la réalisation des critères de Budapest dans les six à huit semaines après l'intervention chirurgicale du 15 juin 2016, dès lors que les rapports du Dr H_____ des 11 juillet et 5 septembre 2016, ainsi que le rapport du Dr E_____ du 13 juillet 2016, ne font pas mention des symptômes rapportés par la recourante ni ne décrivent un éventuel examen clinique, et que le rapport établi par la Dresse M_____ le 25 octobre 2016 est imprécis quant à la date de réapparition des douleurs neurogènes suite à l'opération.

E. 19

On observera également que d'autres symptomatologies douloureuses ont été attestées par les différents médecins consultés, sans que ces derniers ne précisent si elles devaient être attribuées au SDRC. Ainsi, la recourante souffre d'omalgies droites (cf. rapports de la Dresse M_____ du 3 juillet 2015, de la Dresse Q_____ du 9 octobre 2015, du Dr E_____ des 13 octobre 2015 et 9 février 2018, du Prof. T_____ du 9 août 2017, du Dr H_____ du 1er septembre 2017), lesquelles ont justifié des investigations, en particulier des radiographies au mois de juin 2015 et des arthro-IRM en juin 2015 et en janvier 2017, ainsi qu'un traitement, sous la forme d'infiltration et de séances de physiothérapie (cf. rapport de la Dresse M_____ du 3 novembre 2015). Aucun document relatif à ces traitements ne figure au dossier, dont l'état actuel ne permet pas de déterminer si une bursite sous acromio-deltoïdienne est responsable des omalgies, comme indiqué par les Dresses M_____ et Q_____ (cf. rapport du 3 juillet 2015, respectivement du 9 octobre 2015), ou si les douleurs sont en lien avec

A/569/2018 - 34/36 - un SDRC, comme semble le retenir la Dresse W_____ (cf. rapport du 27 mai 2018). Dans le même sens, des cervicalgies et des nuchalgies ont été rapportées, notamment par le Dr E_____ (cf. rapport reçu par l'OAI le 8 avril 2015), la Dresse M_____ (cf. rapports des 3 juillet et 14 décembre 2015, 22 juin 2017 et 25 janvier 2018) ou encore la Dresse Q_____ (cf. rapport du 9 octobre 2015), et le Dr E_____ a indiqué que sa patiente portait parfois une minerve souple pour le confort (cf. rapports des 31 août 2017 et 9 février 2018). Or, les médecins précités n'ont pas exposé si ces douleurs étaient une manifestation du SDRC.

E. 20

Enfin, les pièces produites sont également insuffisantes pour tirer des conclusions quant à l'état de santé psychique de la recourante. En effet, la Dresse N_____ a préconisé une consultation en psychiatrie en raison de l'épuisement psychique de la recourante (cf. rapport du 3 juillet 2015) et la Dresse P_____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive depuis 2015 (cf. rapports des 24 septembre et 17 novembre 2015). Cette psychiatre a été consultée à six reprises en deux mois et a indiqué en septembre 2015 que le traitement prévu consistait en une prise en charge psychiatrique et une psychothérapie intégrée (cf. rapport du 24 septembre 2015). Or, aucun suivi n'a eu lieu, la priorité ayant été donnée à la formation et au suivi somatique, sans autre explication de la Dresse P_____ (cf. rapport du 17 novembre 2015). On ne peut toutefois pas en conclure que l'état de santé psychique de la recourante se serait amélioré et que les diagnostics psychiatriques seraient en rémission. En effet, les ressources personnelles mises en place par la recourante pour ne pas s'enfoncer dans un état dépressif ont été par la suite soulignées (cf. rapport de la Dresse S_____ du 25 octobre 2016) et plusieurs médecins ont constaté une thymie basse (cf. rapports de la Dresse S_____ du 22 juin 2017, du Prof. T_____ du 9 août 2017), voire un état anxio-dépressif (cf. rapport du Dr E_____ du 9 février 2018). L'impact majeur de la douleur sur la qualité de vie de la recourante dans tous les domaines et l'influence négative des douleurs continues sur les capacités physiques et psychiques ont été rapportés (cf. rapports de la Dresse W_____ du 26 septembre 2017 et du Dr E_____ du 9 février 2018). En l'absence de renseignements détaillés et précis sur les troubles psychiques présentés par la recourante, leur évolution et le traitement suivi, il paraît prématuré de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate avec le sinistre du

E. 24

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision sur opposition du 16 janvier 2018 et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.

E. 25

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/569/2018 - 36/36 - 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.