

GE_GERICHTE ATAS/909/2012 vom 11. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_909_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/909/2012 du 11 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/909/2012 del 11 luglio 2012

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; RS 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions 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 345 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 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. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance le 28 août 2011.

E. 5

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. 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. 6

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 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

A/3359/2011 - 7/12 - 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 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. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), 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 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.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (ATF non publiés

A/3359/2011 - 8/12 - 8C_871/2010 du 4 octobre 2011, consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010, consid. 4.2.1).

E. 7

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. 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.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/3359/2011 - 9/12 - 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. 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). 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. cc). d) 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. 8

En l'occurrence, l'intimée, en se fondant sur les conclusions du Dr P_____, a estimé qu'à compter du 29 août 2011, le recourant ne présente plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident assuré. Le recourant fait valoir, quant à lui, qu'il n'est pas apte à travailler à plus de 50%. Par rapport du 11 août 2011, le Dr P_____ a proposé de clôturer le dossier. L'examen clinique de la main droite ne mettait en évidence aucun trouble dystrophique et l'inspection cutanée n'était absolument pas suspecte d'un processus algodystrophique en cours. Le bilan radiologique montrait une structure osseuse tout à fait normale, une fracture consolidée et de simples remaniements post-traumatiques suite à l'AMO. Les rapports articulaires étaient tout à fait satisfaisants. La force au niveau de la main droite était conservée. L'enroulement des doigts était complet avec seule une extension discrètement diminuée au niveau D5. Tous les tendons étaient libres. L'examen neurologique demandé au Dr S_____, à part un état hyperpathique dans le territoire cubital distal, ne permettait A/3359/2011 - 10/12 - de mettre en évidence aucune lésion nerveuse et n'objectivait aucun déficit à ce niveau. Selon le Dr P_____, ni l'examen clinique, ni le bilan radiologique ne permettaient d'affirmer une maladie de Südeck. La description du poste de travail était très peu sollicitatrice pour la main, de sorte que l'on devait considérer, au terme de l'examen médical, qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail à prendre en charge en rapport avec l'accident assuré. Les discrets troubles fonctionnels exprimés au niveau de l'auriculaire droit ne correspondaient pas à un dommage permanent indemnisable. A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la Cour de céans est d'avis que les conclusions auxquelles aboutit le Dr P_____ ne sont pas convaincantes, ce pour les motifs qui suivent. On relèvera en effet que contrairement à l'appréciation du Dr P_____, la maladie de Südeck a été retenue par tous les médecins qui ont examiné le recourant, que ce soit la Dresse O_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès des HUG (rapports des 26 novembre 2010 et 4 février 2011), le Dr Q_____, médecin auprès de l'unité de chirurgie de la main des HUG (rapport du 20 mai 2011) ou le Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie mandaté par l'intimée (rapport du 9 août 2011). On peine ainsi à comprendre comment le Dr P_____ parvient à la conclusion que l'examen clinique qu'il a effectué le 20 juillet 2011 ne permet pas de confirmer la maladie de Südeck, alors que sur la base d'un examen clinique effectué quelques jours plus tard, soit le 8 août 2011, le Dr S_____ a estimé qu'il convenait d'aller dans le sens de cette atteinte, corroborant ainsi l'appréciation des Drs O_____ et Q_____. De surcroît, le fait que la radiographie standard effectuée le 21 juillet 2011 démontre une structure osseuse normale, une fracture consolidée et des rapports articulaires tout à fait satisfaisants, ne suffit toutefois pas encore à écarter le diagnostic de maladie de Südeck posé par les médecins précités et pour lequel le recourant a suivi un traitement médicamenteux (Miacalcic, Lyrica) et des séances d'ergothérapie et de physiothérapie douce (rapports de la Dresse O_____ des 26 novembre 2010 et 4 février 2011, rapport du Dr Q_____ du 20 mai 2011).

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que l'ensemble de ces éléments est suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions du Dr P _____ en tant qu'il écarte le diagnostic de la maladie de Südeck. L'existence de cette atteinte est, conformément au degré de la vraisemblance prépondérante applicable, établie. S'agissant par ailleurs du lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident assuré, la Cour de céans relèvera que les conditions posées par la jurisprudence sont en l'occurrence remplies. En effet, l'accident survenu le 23 janvier 2009 a entraîné

A/3359/2011 - 11/12 - une fracture diaphysaire transverse du 5ème métacarpien, pour laquelle une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque ont été effectuées le 28 janvier 2009. Or, c'est à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, effectuée le 12 août 2010 - et en l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique - qu'est apparue la maladie de Südeck ou l'algodystrophie, comme l'ont relevé la Dresse O _____ (rapports des 26 novembre 2010 et 4 février 2011) et le Dr Q _____ (rapport du 20 mai 2011). La Dresse O _____ n'a certes pas mentionné à partir de quand le recourant a fait état pour la première fois de symptômes relatifs à la maladie de Südeck. Quoi qu'il en soit, les pièces versées au dossier permettent de retenir que les plaintes du recourant en rapport avec cette affection ont été exprimées en tout cas le 7 octobre 2010, lors d'un entretien téléphonique avec un employé de l'intimée, soit avant l'expiration d'un délai de huit semaines à compter de l'AMO (le 12 août 2010). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la responsabilité de l'intimée est établie pour la maladie de Südeck dont souffre le recourant à la main droite. Il ressort par ailleurs des pièces versées à la procédure, que postérieurement au 28 août 2011 - date à laquelle l'intimée a mis fin aux prestations - le recourant était encore en traitement pour cette atteinte auprès du Dr Q _____ (cf. certificats des 17 août et 12 septembre 2011, note téléphonique du 24 août 2011), de sorte que l'intimée sera tenue de reprendre le remboursement des frais de traitement y relatifs. S'agissant enfin de la question de la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail du recourant à compter du 29 août 2011, la Cour de céans constate que les pièces médicales ne permettent pas d'établir, à satisfaction de droit, à quel taux le recourant pouvait alors exercer son activité lucrative. Le Dr S _____ ne s'est en effet pas prononcé sur cette question et l'appréciation du Dr Q _____, émise en qualité de médecin traitant, doit être abordée avec une certaine retenue. L'intimée sera par conséquent invitée à instruire ce point, en sollicitant, le cas échéant, l'avis du nouveau médecin consulté par le recourant. En conséquence, c'est à tort que l'intimée a mis fin aux prestations au 28 août 2011.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et l'intimée invitée à reprendre le versement des frais de traitement et, le cas échéant, celui des indemnités journalières. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA). Il n'est pas alloué de dépens au recourant, qui comparaît en personne.

A/3359/2011 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :