

GE_GERICHTE ATAS/915/2013 vom 24. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_915_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/915/2013 du 24 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/915/2013 del 24 settembre 2013

Erwägungen

E. 19

L'assurée a formé opposition le 2 août 2012. Suite aux deux accidents, elle a des douleurs dans les deux poignets, des raideurs, des pincements, des instabilités, des lancées, entre autres, lorsqu'elle utilise ses poignets, ainsi que dans les positions statiques et de repos. Elle est incapable d'exercer une quelconque activité, elle est limitée dans les mouvements de ses deux poignets, au quotidien, ce qui a été confirmé lors de la participation à l'atelier préprofessionnel. Les troubles découlent des deux accidents subis, de sorte que le lien causalité est établi.

A/1321/2013 - 6/13 -

E. 20

La SUVA a sollicité un nouvel avis du Dr G_____, en lui soumettant le rapport du stage en atelier. Selon son appréciation médicale du 23 janvier 2013, le Dr G_____ rappelle que l'assurée présente un status après ligamentoplastiescapholunaire droit. Objectivement, l'évolution est favorable, compte tenu de l'absence d'évolution arthrosique et il rappelle la disproportion entre les constatations objectives et les plaintes subjectives chez une patiente présentant des traits anxieux. L'examen n'a pas montré de limitations fonctionnelles significatives, mais il rappelle qu'il a nuancé son appréciation en précisant l'utilité de mesures de reclassement professionnel dans une activité n'exigeant pas de sollicitations répétitives et importantes.

E. 21

Par décision sur opposition du 11 mars 2013, la SUVA a rejeté l'opposition. Il n'existe aucun élément concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des conclusions convaincantes et motivées du Dr G_____ et la SUVA ne peut se fonder sur le seul résultat d'un stage professionnel effectué pour déterminer la capacité de travail de l'assurée, dès lors que des facteurs extra-accidents peuvent exercer une influence négative sur l'issue de celui-ci. Compte tenu du fait que, au regard des seuls troubles organiques résiduels au poignet droit, la capacité de travail de l'assurée est entière, c'est à juste titre que les indemnités journalières ont été interrompues avec effet au 31 juillet 2012. Du point de vue psychique, selon les critères de la jurisprudence du Tribunal fédéral, dans l'hypothèse où l'assurée souffrait de tels troubles, il faudrait alors nier le rapport de causalité adéquat.

E. 22

L'assurée a formé recours le 26 avril 2013. Elle conclut à l'annulation de la décision querellée, à la constatation de sa totale incapacité de travail et à l'octroi des indemnités journalières au-delà du 1er août 2012. Elle estime que les tests menés par le Dr G_____ sont lacunaires et que l'examen a duré moins de cinq minutes, alors que c'est

un examen dynamique, sur la durée, qui aurait dû être effectué. Le fait qu'aucune lésion physiologique n'ait récemment été décelée n'est pas déterminant, tant les douleurs et les gênes, bien réelles, peuvent résulter de causes non visibles au scanner. La décision de la SUVA doit d'autant plus être annulée que le stage en atelier auprès des HUG a révélé, en situation réelle, les importantes douleurs dont souffre la recourante lors de tâches physiques répétitives. Elle produit des pièces déjà citées ainsi que des certificats d'arrêt de travail à 100% régulièrement renouvelés par le Dr F_____ jusqu'au 13 juin 2013.

E. 23

La SUVA a répondu le 27 mai 2013. Elle persiste dans sa décision sur opposition et conclut au rejet du recours. Aucun argument médical n'a démontré que, sur le plan strictement organique, il existerait plus qu'une légère diminution de l'amplitude articulaire du poignet droit avec une limitation d'environ 10%, le stage de réadaptation ne mettant en évidence que des douleurs ressenties par l'assurée, ce qui ne permet pas de tirer d'autres conclusions, sur le plan strictement objectif, ce d'autant que les plaintes subjectives ont été considérées comme discordantes par rapport au tableau clinique, notamment radiologique.

A/1321/2013 - 7/13 -

E. 24

L'assurée a encore fait valoir, le 18 juin 2013 que c'est à son initiative que le stage de réadaptation professionnelle du 29 mai au 13 juin 2012 a été organisé. L'examen du Dr G_____ ne permet pas d'établir la capacité de travail de la recourante dans une activité physique intense et répétitive, compte tenu des conclusions de l'atelier de réadaptation des HUG.

E. 25

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a un le lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé de la recourante et les accidents des 24 juillet 2009 et 4 juin 2010. 5. a) 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). b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la

cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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

A/1321/2013 - 8/13 - 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007). c) 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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les référence). En présence d'accidents successifs ayant des répercussions sur la même partie du corps, notamment en cas de distorsions cervicales ou de mécanismes similaires, la question de la causalité adéquate s'apprécie de façon globale, tant il est vrai qu'il n'est guère possible de distinguer entre les événements accidentels lequel a généré quelle conséquence particulière (cf. Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 52/2008, p. 67 ; arrêts non publiés du TF 8C_415/2007 du 1er juillet 2008 consid. 5 et 8C_644/2009 du 17 mars 2010 consid. 5.2). d) 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, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).. e) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), 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 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas

A/1321/2013 - 9/13 - 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 (ATFA non publiés du 30 novembre 2004, U 222/04; du 14 octobre 2004, U 66/04; du 4 octobre 2004, U 159/04 et du 20 décembre 2005, U/359/04). 6. Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut dorénavant prendre en considération les sept critères exhaustifs (cf. arrêt du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions qui sont propres à causer des troubles psychiques; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; - l'intensité et la persistance des douleurs; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). 7. a) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint

A/1321/2013 - 10/13 - dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Selon l'art 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assurée à accomplir dans sa profession, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activités. b) Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. 8. 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 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui

A/1321/2013 - 11/13 - concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur l'avis du Dr G_____ pour déterminer que l'assurée était pleinement capable de travailler dans toute activité et pour mettre un terme au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 juillet 2013. Les rapports du Dr G_____ peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique a personnellement examiné l'assurée. Il a détaillé ses constatations objectives, en relevant une très légère diminution de l'amplitude articulaire du poignet droit et une limitation de seulement 10% de la force de préhension à droite. Il a dûment consigné les plaintes subjectives de l'assurée et a fait procédé à des imageries complémentaires, afin de les comparer aux précédents IRM. Sur le plan radiologique, il relève qu'après le second accident, alors que l'évolution était favorable, aucune lésion n'a été constatée et que, depuis lors, aucune évolution arthrosique ne ressortait de l'imagerie. Sans ignorer les plaintes subjectives de l'assurée, le médecin a relevé la discordance entre celle-ci et ses constatations objectives; en conclusion, au regard des seuls troubles résiduels objectivés au poignet droit, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son ancienne activité, ainsi que dans toute autre activité. Ses conclusions ne sont remises en cause par aucun autre rapport médical au dossier. Les rapports du Dr C_____ mettent en évidence, après le premier examen, une évolution

favorable, qui devait permettre la reprise du travail, d'abord à 50%, en juin 2010, après la neurolyse du nerf médian du poignet droit effectuée en mars 2010. Après l'accident du 4 juin 2010, le Dr C_____ a confirmé qu'aucune lésion ligamentaire ou osseuse n'avait été mise en évidence par l'IRM du

E. 30

août 2010. La réunion multidisciplinaire réunissant plusieurs médecins n'avait pas permis de poser de diagnostic et il était alors relevé que la situation socio-

A/1321/2013 - 12/13 - professionnelle de la patiente abaissait peut-être le seuil de la douleur. Pour sa part, le Dr F_____ n'a pu que constater la persistance des douleurs, sans mettre en évidence de lésions objectivables. En conséquence, il n'existe aucun élément médical concret susceptible de remettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr G_____. S'agissant du rapport du stage professionnel effectué aux HUG, il se contente de relever qu'en raison des douleurs de l'assurée, celle-ci est totalement incapable d'utiliser ses deux poignets, que ce soit du point de vue professionnel ou dans la vie courante. Ses conclusions sont donc exclusivement fondées sur les plaintes de l'assurée. Sans remettre en doute la réalité des douleurs ressenties, force est de constater qu'elles ne reposent sur aucun substrat organique objectivé, ce d'autant que des facteurs étrangers à l'accident, notamment la fragilité psychique mise en avant par le Dr D_____, peuvent exercer une influence sur le succès du stage en question. A cet égard, le Dr G_____ a d'ailleurs nuancé ses conclusions, retenant avant même de prendre connaissance des résultats du stage, que du point de vue subjectif, il pourrait être justifié de proposer un reclassement à l'assurée, encore jeune, afin de faciliter son retour au travail dans une activité plus légère. On comprend de cette proposition que cela permettrait de prendre en compte les douleurs de l'assurée qui, malgré l'absence de tout substrat objectif, empêchent celle-ci d'envisager la reprise d'une activité lourde telle que celle qu'elle apprenait lors des accidents. Cela ne remet pas en cause le fait qu'il n'y a plus de lien de causalité entre les accidents et les troubles somatiques objectivement établis. Aucun trouble psychiatrique invalidant n'a été récemment diagnostiqué par le psychiatre traitant de l'assurée. Cela étant, dans l'hypothèse où l'assurée serait effectivement atteinte d'un tel trouble, force est de constater que les conditions de la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquat entre les accidents et ce trouble ne sont manifestement pas réalisées. Les deux accidents sont de peu de gravité. S'ils devaient être considérés de gravité moyenne, il s'avère qu'aucun des sept critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité n'est réalisé. 10. En conséquence, le recours, mal fondé, est rejeté et la procédure est gratuite.

A/1321/2013 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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