

GE_GERICHTE ATAS/974/2018 vom 29. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_974_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/974/2018 du 29 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/974/2018 del 29 ottobre 2018

Erwägungen

E. 19

L'intimée a dupliqué par courrier du 22 janvier 2018. Elle persiste dans ses conclusions. Quoi qu'en dise l'assuré on ne voit pas que les conclusions du Dr I_____ du 22 mai 2017 ne suffisent pas pour exclure toute cause accidentelle à ses troubles lombaires et soit valablement remise en cause par d'autres avis médicaux. Dans son rapport du 14 novembre 2017, le médecin traitant fait succinctement référence à l'accident assuré mais ne prend pas position quant à l'étiologie des troubles litigieux. Quant à la Dresse E_____, elle certifie certes une

A/4049/2017 - 10/23 - IT accidentelle. Toutefois, à aucun moment elle ne mentionne l'atteinte à la santé à l'origine de cette incapacité. Or, on doit douter qu'elle fasse référence aux problèmes de dos de l'assuré, qu'elle n'a pris en charge que s'agissant des troubles au niveau du scaphoïde. Le fait que le médecin d'arrondissement n'ait pas procédé à l'examen personnel de l'assuré n'y change rien.

E. 20

Par courrier du 31 janvier 2018 le recourant a encore réagi aux écritures susmentionnées de l'intimée. Il persiste dans ses conclusions. Dans un récent rapport, datant du 30 janvier 2018, la Dresse G_____ répond aux critiques émises : elle pose le diagnostic de fracture du scaphoïde de la main droite, contusion de l'épaule, contusion dorsale sur spondylolisthésis (L5/S1). Selon elle, depuis l'accident, son patient présente une nette majoration des douleurs lombaires, qui sont très handicapantes, avec irradiations au niveau des deux membres inférieurs et pertes de motricité (lâchage). Elle ne retient aucune CT (0 %), que ce soit dans le métier exercé ou dans une activité adaptée. Cet avis, selon lequel la seule cause de l'état actuel de santé est en effet l'accident du 11 mai 2016, bien qu'une pathologie lombaire existait avant l'accident, est convaincant, parfaitement cohérent avec tous les avis antérieurs, et en parfaite contradiction avec l'avis du médecin-conseil de la CNA. Ainsi les rapports des médecins traitants ôtent toute valeur probante à celui du Dr I_____ : le recourant persiste à considérer que sans l'accident, l'état antérieur (latent et non invalidant) ne se serait jamais répercuté sur sa CT de la manière dont c'est le cas depuis l'accident.

E. 21

Par courrier du 15 février 2018, la CNA considère que la prise de position de la Dresse G_____ du 30 janvier 2018 est sans incidence sur l'issue du litige. En effet, ce médecin ne se prononce pas sur l'existence d'une relation de causalité entre l'accident et les troubles litigieux. Elle a tout au plus évoqué que son patient décrit une majoration de ses douleurs lombaires depuis cet accident. Dans la mesure où elle ne rapporte pas ses observations à une atteinte fonctionnelle consécutive à l'accident, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expérience

médicale en matière de troubles vertébraux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2011 du 1er décembre 2011, consid 2.2)

E. 22

Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle, le 15 octobre 2018.

E. 23

Le recourant a déclaré : "Pour répondre à votre question, actuellement mon état est stationnaire et il n'est pas brillant. Je dors très mal la nuit, malgré les médicaments que je prends. Je reste assez difficilement dans une même position pendant un temps prolongé, notamment en position assise, et c'est même le cas en position couchée. J'avais effectivement recommencé à travailler, à 20 %, après mon opération du poignet en date du 16 août 2016, soit aux alentours de mi-septembre 2016. J'avais en effet souhaité recommencer dans la perspective de l'ouverture d'une nouvelle école, soit l'école de commerce L_____, pour laquelle j'étais pressenti comme doyen, responsable des cas difficiles. Je confirme que j'avais été entendu par le team prestations de la CNA dans le courant du mois d'octobre 2016

A/4049/2017 - 11/23 - dans les locaux du DIP. En effet, la personne qui voulait m'entendre m'avait proposé de venir à domicile et je lui avais suggéré qu'elle m'entende à mon lieu professionnel, du moment que je travaillais à l'époque un jour par semaine. En réalité, compte tenu du fait que je dormais peu, j'étais extrêmement fatigué et devais dormir l'après-midi, de sorte que même à 20 % je n'ai pas pu maintenir ce rythme très longtemps. Pour être précis, ce n'est pas mon poignet qui pose problème, mais plutôt le dos. Je pense, mais je ne me souviens pas exactement des dates, que j'ai dû m'arrêter de travailler après deux mois, et n'ai jamais repris depuis lors. Je suis toujours en contrat avec le DIP, mais depuis le début de cette année, soit environ depuis fin mars 2018, je ne touche plus de traitement. Lorsque j'évoque lors de mon audition du 19 octobre 2016, la pratique de sports avant l'accident, l'aquabike et le vélo n'étaient pas en lien avec mes problèmes de dos de l'époque. En fait, je faisais à peu près 10'000 km de vélo par année à l'époque et comme ma compagne donne des cours de sport, je l'accompagnais, et réciproquement, de sorte que l'aquabike était un complément pendant la mauvaise saison. Pour répondre à votre question, s'agissant du judo, j'ai dû arrêter il y a une dizaine d'années, sur blessure. C'est toujours comme cela qu'on arrête le judo. La blessure résultait de la fracture de plusieurs côtes. Lorsque j'ai parlé du Dr F_____, lors de mon audition susmentionnée, il s'agissait de la première fois que je le consultais. S'agissant de l'opération qu'il recommandait, je confirme qu'après les explications qu'il m'avait données sur le déroulement de l'opération et sur ses risques, j'avais été passablement refroidi et n'étais pas d'accord de la subir. Je n'ai pas été opéré depuis lors, mais j'y songe. J'ai effectivement aussi évoqué la Dresse G_____, mon médecin-traitant : en fait, je la consulte pratiquement depuis les suites de l'opération du mois d'août 2016. A la réflexion, je la consulte depuis l'accident, soit depuis le mois de mai 2016. Avant l'accident, ce n'était pas elle qui me suivait. J'avais à l'époque un médecin-traitant qui a pris sa retraite pratiquement au moment de l'accident." Monsieur J_____ pour l'intimée : " S'agissant de notre décision du 6 janvier 2017, mettant fin à nos prestations dès le 20 janvier 2017, dans laquelle nous évoquons « l'appréciation médicale de notre médecin-conseil du 5 janvier 2017 », vous me demandez si cette « appréciation » correspond à notre pièce 62 : je vous réponds que oui : je n'ai pas trouvé d'autres

documents émanant du Dr I_____ qui correspondent à cette date. Je vous confirme que la demande de renseignements complémentaire formulée par le Dr I_____ à qui nous avons soumis l'opposition de l'assuré est bien celle figurant en encadré dans la pièce 73 de notre dossier. Pour répondre à votre question, après que vous ayez énuméré les documents médicaux reçus sur la demande de compléments du médecin d'arrondissement, soit nos pièces 86 à 92, et que vous ayez constaté qu'il ne figure aucun rapport de neurochirurgie, vous me demandez si un tel rapport existe dans nos dossiers. Je vous réponds qu'il n'existe pas de rapport de consultation neurologique (recte : neurochirurgicale) dans nos dossiers. Ce que je peux dire toutefois c'est qu'après consultation des divers documents que nous avons obtenus (du recourant), le Dr I_____ a

A/4049/2017 - 12/23 - confirmé son avis du 5 janvier 2017 : il s'agit bien du complément apporté sur la demande de renseignements elle-même (pièce 94) dans l'encadré, datée du 20 mars 2017 avec le nom du médecin d'arrondissement : il ne s'agit pas d'une signature électronique, mais c'est bien lui qui apposait ces mentions sur le document-même que nous lui adressions. Sauf erreur, depuis le début de cette année, nous exigeons systématiquement de nos médecins qu'ils signent les documents dont ils sont les auteurs de façon « manuscrite ». Généralement, ce sont des signatures enregistrées qui sont apposées comme telles, électroniquement. Sur la pièce 95, l'annotation « cf. lettre 22.05.2017/18 : 44, Dr I_____ etc. » a bien été apposée par ce dernier. Il est exact que la lettre en question correspond à notre pièce 110 qui fait suite (pièce 109) à une demande de renseignements complémentaire au médecin d'arrondissement du 25 juillet 2017 : j'ai effectivement un peu de peine à comprendre pourquoi cette lettre du mois de mai « tombe » après une demande complémentaire de fin juillet. Je pense que le Dr I_____ avait dû omettre de joindre sa lettre du 22 mai 2017 en temps réel, et qu'il l'a finalement adressée le 28 août 2017.

E. 24

Les parties : " Nous n'avons pas d'autres actes d'instruction à solliciter."

E. 25

Sur quoi la cause est 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 - E 2 05), 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. Par ailleurs, au 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), d'autant que dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas la problématique litigieuse. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles

présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 11 mai 2016, singulièrement si les troubles du

A/4049/2017 - 13/23 - rachis lombo-sacré dont souffre le recourant sont en lien de causalité naturelle avec ledit accident, au-delà du 5 janvier respectivement du 20 janvier 2017 (statu quo sine). 5. 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). 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). b/aa. 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. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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,

A/4049/2017 - 14/23 - 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). b/bb. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (SVR 2012 UV n° 5 p. 17 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de juger qu'une IRM fonctionnelle (notamment par la technique dite de tenseur de diffusion) ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (voir les arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2.1, 8C_321/2010 du 29 juin 2010 consid. 4.1.2, 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.3 et 8C_238/2009 du 3 novembre 2009 consid. 3.2.2) c. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne

A/4049/2017 - 15/23 - peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA, 1994, n° U 206, p. 327, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). 6. 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 LPGA), 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). 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). c/aa. 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

A/4049/2017 - 16/23 - 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). 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 expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c/bb. 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). c/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 7. a. 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).

A/4049/2017 - 17/23 - b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 8. En l'espèce l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle, entre l'accident assuré et les troubles dont souffre le recourant, au-delà du 5 janvier 2017, mettant fin à ses prestations dès le 20 janvier 2017, en se fondant uniquement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr I_____. a. Il y a préalablement lieu de rappeler que l'intimée a décidé de mettre un terme à ses prestations, sur les bases qui viennent d'être rappelées, dans un premier temps par décision du 6 janvier 2017. Cette décision était alors fondée sur la réponse du Dr I_____ aux deux questions que la gestionnaire du dossier lui avait posées le 4 janvier 2017, auxquelles ce médecin avait répondu le 5 janvier 2017, soit : 1) L'intervention pratiquée le 21/11/2016 est-elle en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 11/05/2016 ?- Réponse : « oui » 2) Si oui, jusqu'à quand la poursuite de l'incapacité de travailler du traitement médical est-elle médicalement justifiée ? - Réponse : « 1 mois en post op ». Or, ces questions concernaient exclusivement les suites de l'intervention chirurgicale du 22 novembre 2016 (ablation de vis au niveau du scaphoïde droit, consécutive à la cure de non union scaphoïde droit, soit la fracture du scaphoïde subie lors de l'accident du 11 mai 2016. b. Sur opposition du 11 janvier 2017, dans le cadre de laquelle l'assuré a non seulement contesté la décision du 6 janvier 2017, sous l'angle de la problématique du scaphoïde, en contestant le terme des prestations de l'assurance au 20 janvier 2017, au motif que sa chirurgienne traitante avait établi un certificat d'incapacité totale de travail jusqu'au 5 février 2017, mais encore et surtout rappelé que la fracture du scaphoïde et ses conséquences n'étaient pas le plus grave, mais bien plutôt que depuis l'accident il souffrait terriblement du dos, ne pouvant pas passer

A/4049/2017 - 18/23 - une nuit sans prendre des médicaments ou risque de se réveiller trois à quatre fois, ayant des pertes de motricité sur la jambe droite, apparues après l'accident,

selon les résultats d'examens et rapports médicaux qu'il avait fait parvenir à la CNA. c. C'est ainsi qu'à réception de l'opposition, la gestionnaire du dossier a invité le Dr I_____ à en prendre connaissance, et en lui posant à nouveau deux questions : 1) (L'opposition) modifie-t-elle votre appréciation du 5 janvier 2017 ? 2) Si oui, dans quel sens ? Questions auxquelles le médecin d'arrondissement a répondu le 19 janvier 2017 : « Réserves il faudrait compléter le dossier avec les infos concernant le problème du dos notamment IRM et rapport de consultation neurochir l'assuré présente un spondylolisthésis ancien qui a été déstabilisé de façon probable par cet événement; avec le bilan radiologique on discutera d'un statu quo sine ». d. Par courrier du 19 janvier 2017, la gestionnaire de la CNA a sollicité de l'assuré « votre dossier radiologique complet (rapports, clichés sur CD) ainsi que le rapport de votre consultation en neurochirurgie. » e. A réception des documents sollicités de l'assuré ou directement des HUG par la CNA, les plus récents étant peu indicatifs (certificats de prolongation d'arrêt de travail non motivés des médecins traitants, émanant soit du médecin généraliste soit de la chirurgienne de la main), - étant précisé que selon l'instruction du présent recours les documents versés au dossier ne comportent toutefois aucun rapport de consultation neurochirurgicale -, le 16 février 2017, la gestionnaire du dossier a une nouvelle fois soumis le cas au Dr I_____ comme suit : « À réception du rapport de consultation neurochir et les RX étant aux PACS: 1) L'opposition modifie-t-elle votre appréciation du 5 janvier 2017 ? 2) Si oui, dans quel sens ? Questions auxquelles le médecin d'arrondissement a répondu le 20 mars 2017, toujours à même le questionnaire, comme suit : « Il n'y a pas d'élément médical nouveau modifiant la prise de position. » f. Le jour même, à réception de cette réponse (22 mars 2017), la gestionnaire a relancé le médecin d'arrondissement, en l'invitant à bien vouloir établir une appréciation médicale détaillée en vue de la transmission de l'opposition à « VL » (service juridique à Lucerne). Le 22 mai 2017 le Dr I_____ a mentionné sur la formule de demande datée du 20 mars 2017 ci-dessus « cf lettre », aucune lettre n'étant annexée à ce stade. g. Entre-temps, par courriel du 12 mai 2017, l'assuré s'était à nouveau adressé à la gestionnaire, marquant sa surprise de recevoir une facture des HUG concernant son poignet. Il rappelle que la CNA en avait refusé le paiement, bien qu'il s'agisse d'une consultation pour son poignet. Suite à l'opération il avait développé une arthrose et

A/4049/2017 - 19/23 - les douleurs étaient (à l'époque du courriel) très fortes, sa main enflant régulièrement, notamment lors des changements de temps. Il avait fait une photo qu'il communiquait en pièce jointe, pour illustrer son propos. Il rappelait encore que concernant son dos, il en était à prendre de la morphine afin de trouver un peu de sommeil. Il était toujours dans l'attente de la décision sur opposition. h. Par courrier du 16 juin 2017, sur formule préimprimée à choix multiple, la gestionnaire a encore sollicité de l'assuré, « en complément à la procédure d'opposition en cours, merci de bien vouloir nous faire parvenir les examens radiologiques et IRM du dos sur CD », l'assuré y répondant par e-mail du 22 juin 2017, rappelant à la gestionnaire qu'elle lui avait déjà réclamé ces mêmes documents par courrier du 19 janvier 2017, qu'il s'était empressé de lui faire parvenir, avant que cette dernière ne les lui retourne en précisant qu'ils étaient enregistrés aux PACS. Il invitait en conséquence la gestionnaire à consulter cette base de données. Il rappelait qu'il était en attente de la réponse concernant son opposition. i. Le 25 juillet 2017, la gestionnaire de la CNA a une nouvelle fois interpellé le Dr I_____. Motifs de la demande : troubles du dos; problématique : opposition; « Merci de bien vouloir prendre connaissance de la requête de Madame K_____ du 10/07/2017 dans le cadre du traitement de l'opposition de l'assuré à l'encontre de notre décision de fin de prestations au 20/01/2017. Dès lors, à quelle date

précisément reconnaissez-vous que les troubles du dos ne concernent plus la Suva pour les suites de l'événement du 11/05/2016 ? (radiographies dans le PACS) ». 9. C'est à ce stade, le 28 août 2017 (pièce 110 dossier intimée), que la communication de l'appréciation médicale du Dr I_____ du 22 mai 2017 (rapport du 26 mai 2017) a été versée au dossier. C'est sur cette base que dans les jours qui ont suivi, la CNA a rendu sa décision sur opposition du 1er septembre 2017. Il convient dès lors, fort des principes de jurisprudence rappelés précédemment, d'apprécier la valeur probante de cette appréciation médicale du 22 mai 2017. On relèvera tout d'abord que le Dr I_____ n'a pas examiné le recourant pour établir son appréciation médicale. Cela ne lui ôte toutefois pas toute valeur probante de ce seul fait. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une appréciation sur dossier peut avoir une valeur probante si elle se fonde sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré. Force est toutefois de constater que cette appréciation donne clairement l'impression d'avoir été bâclée, tant dans la manière où elle apparaît finalement au dossier, que dans le processus qui y a conduit, comme on vient de le voir : une première fois, interrogé sur la base des documents médicaux réunis à sa demande, le médecin d'arrondissement a répondu le 20 mars 2017, à même le questionnaire, sans la moindre motivation, comme suit : « Il n'y a pas d'élément médical nouveau modifiant la prise de position. ». Encore faut-il rappeler qu'à ce stade, le questionnement concernait les problèmes de dos, alors que la prise de position à

A/4049/2017 - 20/23 - laquelle le médecin se réfère dans cette réponse lapidaire concernait le problème du poignet. La gestionnaire du dossier ne s'y est pas trompée, puisqu'à réception de cette « réponse » elle a expressément sollicité du Dr I_____ une appréciation détaillée. En juillet 2017, apparemment faute d'avoir eu connaissance de l'appréciation du 22 mai 2017 - mais cela n'est pas certain car le dossier ne contient pas la requête de Madame K_____, évoquée dans la demande de la gestionnaire au médecin d'arrondissement du 25 juillet 2017 -, la question a à nouveau été posée au Dr I_____ de savoir à quelle date précise il reconnaissait que les troubles du dos ne concernent plus la CNA, pour les suites de l'accident du 11 mai 2016. Il n'est donc pas clairement établi de savoir si la personne en charge de traiter l'opposition à la CNA Lucerne avait connaissance ou non de l'appréciation du 22 mai 2017, et aurait elle-même sollicité des précisions complémentaires à ce sujet. La chronologie du dossier semble montrer qu'en réponse à cette demande du mois de juillet, c'est précisément l'appréciation du 22 mai 2017 qui a été versée au dossier, le 28 août 2017. Quoi qu'il en soit, et pour les raisons qui vont suivre, sur le fond, cette appréciation ne saurait convaincre. Son auteur rappelle tout d'abord le motif de la soumission du dossier (étude de la prise en charge des troubles rachidiens). Or, dans la chronologie des pièces énumérées par le Dr I_____ sous « Évolution suivant les pièces communiquées », il est notamment fait référence à la date du 13 janvier 2017 (soit à une date postérieure à sa première appréciation, qui ne concernait effectivement que la question du poignet, le 5 janvier 2017), d'une consultation par la Dresse E_____ évoquant notamment le risque d'une arthrose post-traumatique du poignet. Or, dans son appréciation, le médecin d'arrondissement confirme que ce cas (poignet) est à la charge de la CNA. Or, bien que le sujet du poignet ne soit pas l'objet de l'appréciation sollicitée à ce stade, il n'en demeure pas moins qu'à lire le Dr I_____, qui a manifestement pris en compte, au moment de son appréciation du 22 mai 2017, des éléments relatifs au poignet, postérieurs à son appréciation du 5 janvier 2017 - qui, doit-on le rappeler, a conduit la CNA à mettre fin à ses prestations dès le 20 janvier 2017 -, la conclusion du Dr I_____ laisse entendre, mais il ne le dit pas clairement, et il ne le motive pas non plus, qu'au-delà de son appréciation du 5

janvier 2017, les suites de la fracture du scaphoïde carpien seraient toujours à charge de l'assureur-accidents. S'agissant en revanche de l'objet principal de la prise de position sollicitée de sa part, soit la prise en charge des troubles rachidiens, celle-ci n'est pas plus convaincante. Certes, dans la partie « évolution suivant les pièces communiquées », le Dr I_____ évoque, à la date du 14 septembre 2016, une « consultation au Service de neurochirurgie de l'hôpital d'Annecy », et vise à ce sujet un « rapport non signé », que l'on ne retrouve pas au dossier, et dont le représentant de l'intimée a d'ailleurs confirmé lors de son audition comparution personnelle devant la chambre de céans qu'il n'existe pas de rapport de consultation neurochirurgicale dans leurs dossiers.

A/4049/2017 - 21/23 - Curieusement d'ailleurs, la gestionnaire du dossier interpellait à nouveau Dr I_____ le 16 février 2017 « À réception du rapport de consultation neurochir et les RX étant aux PACS » Or, le 19 janvier 2017, le Dr I_____ demandait expressément au gestionnaire de compléter le dossier, en sollicitant notamment le rapport de consultation neurochirurgicale... très probablement car il ressortait du dossier que certains éléments montraient des investigations en cours, par rapport à des pertes de motricité d'un ou des membres inférieurs. C'est dire que cet élément d'appréciation était considéré comme important par le médecin d'arrondissement. Et si, contrairement à ce que l'instruction par la chambre de céans a pu déterminer, soit qu'il n'existe pas dans l'état actuel du dossier de l'intimée un tel rapport de consultation spécialisée, il existait déjà des traces d'une telle consultation, - puisqu'à tout le moins implicitement le Dr I_____ s'y réfère dans sa demande de documents complémentaires -, on doit comprendre que ce qui pouvait figurer à l'époque au dossier était selon lui insuffisant, d'où la demande de pouvoir disposer d'un document précis et exploitable, pour se prononcer d'une manière sérieuse dans le cadre de l'appréciation qui lui était demandée. Ainsi, le médecin d'arrondissement ne pouvait faire l'impasse sur un élément aussi important à ses yeux. Force est toutefois de constater que dans le corps de son rapport, soit de son appréciation, il ne figure aucune référence à un tel rapport. Dans ces conditions, la chambre de céans considère que le médecin d'arrondissement, respectivement l'intimée, ne pouvaient se contenter d'une évaluation fondée uniquement sur le dossier radiologique et sur la seule littérature médicale pour conclure à la détermination d'un statu quo sine pour les troubles au niveau du rachis lombo-sacré au 5 janvier 2017, étant rappelé que cette date était celle fixée par le Dr I_____, dans son appréciation du même jour, uniquement pour ce qui est des suites de la fracture du scaphoïde droit. Ainsi, indépendamment de l'avis du médecin traitant considérant, dans une série successive de certificats médicaux ne faisant que prolonger l'incapacité de travail à 100 % - ces documents ne pouvant en eux-mêmes se voir accorder une pleine valeur probante, faute de motivation suffisante, et de contenir les éléments nécessaires, selon la jurisprudence, pour pouvoir être considéré comme probants -, l'intimé ne pouvait pas statuer sur opposition sans un complément d'instruction médicale, soit au minimum par le biais d'un examen de l'assuré, complété au besoin par des examens complémentaires, par les soins du médecin d'arrondissement lui-même voire, de préférence, par la mise en place d'une expertise par un médecin indépendant. En conséquence, la décision sur opposition entreprise sera annulée, dès lors qu'elle repose sur l'appréciation médicale du Dr I_____ à laquelle il ne peut pas être reconnu de valeur probante. Le dossier sera dès lors retourné à l'intimée, charge à elle de procéder à un complément d'instruction médicale, dans le sens qui précède. Et par la même

A/4049/2017 - 22/23 - occasion, au vu de ce qui a été dit dans le commentaire de l'appréciation du 22 mai 2017, par rapport à la prise de position du médecin d'arrondissement en relation avec les suites de la fracture du scaphoïde droit, postérieures à sa prise de position du 5 janvier 2017, l'intimée est invitée à procéder également à un complément d'instruction et se prononcer sur la question de l'éventuelle prise en charge de la facture des HUG, y relative, postérieures à la décision du 6 janvier 2017, pour rendre ensuite une nouvelle décision sur ces deux aspects (rachidiens et scaphoïde). 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 1er septembre 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision. Le recourant obtenant (partiellement) gain de cause, représenté par un avocat auquel il a dû recourir pour défendre ses intérêts dans le cadre du présent recours, de sorte qu'une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Cette indemnité est arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4049/2017 - 23/23 - 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.