

# GE\_GERICHTE A/1400/2011 vom 10. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1400\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1400_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1400/2011 du 10 janvier 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1400/2011 del 10 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à Collonges sous Salève, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romolo MOLO recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimé EN FAIT Monsieur G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1968, a travaillé en tant que carreleur dès le 7 janvier 2008 pour X \_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA). Le 29 juillet 2009, l'employeur de l'assuré a déclaré à la SUVA un accident survenu la veille sur un chantier. L'assuré s'était coupé avec un carreau à la main gauche. Le Dr L \_\_\_\_\_, médecin auprès de la CLINIQUE DE CAROUGE, a attesté d'une incapacité de travail totale du 28 juillet au 16 août 2009 dans un certificat daté du 29 juillet 2009. Cette incapacité a par la suite été prolongée par différents médecins. Le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a procédé à l'échographie de la face palmaire du poignet gauche le 8 septembre 2009. Dans son rapport du lendemain, il a fait état d'une déchirure de la partie antérieure du tendon flexor carpi ulnaris (FCU) sans anomalie significative du nerf ulnaire, de ses branches et de l'artère ulnaire, ainsi que d'une discrète irrégularité de la corticale de l'os crochu, présentant un aspect parfaitement normal au scanner. Les Drs N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) ont procédé à un électroneuromyographe (ENMG) de l'assuré le 9 novembre 2009. Ils ont conclu à l'absence d'atteinte lésionnelle du nerf cubital gauche, en relevant néanmoins une petite amplitude de la réponse motrice du nerf médian gauche et un potentiel de fasciculation isolé dans un muscle dépendant du nerf ulnaire gauche sans signification pathologique certaine. La Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport le 16 novembre 2009. Dans l'anamnèse, elle a signalé que l'assuré avait ressenti une douleur dans l'épaule au moment de l'accident. Depuis la suture de la plaie, l'assuré avait des douleurs dans tout le bras, notamment dans le poignet vers la cicatrice, avec des sensations de décharges, de démangeaisons et de fourmillements. Il signalait également des sensations de brûlure et d'électricité dans le bord interne de la main et de l'annulaire et du petit doigt. La neurologue a conclu à un syndrome douloureux post-traumatique avec des douleurs diffuses dans le bras gauche, des dysesthésies sur la cicatrice au poignet, sur le bord interne et aux deux derniers doigts de la main gauche, en relevant qu'il n'y avait pas d'atteinte du nerf cubital gauche selon l'ENMG du 9 novembre 2009. Elle préconisait une augmentation de la posologie du traitement médicamenteux. Dans son rapport du 11 décembre 2009, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a diagnostiqué une plaie du poignet avec section du fléchisseur ulnaire du carpe et d'un complex regional pain syndrom . L'incapacité de travail

était totale depuis le 26 août 2009. Dans son rapport du 9 février 2010, la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de chirurgie des HUG, a posé le diagnostic de plaie superficielle du poignet gauche qui avait évolué en algoneurodystrophie. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 28 février 2010 en tout cas. Un collaborateur de la SUVA a eu un entretien avec l'assuré en date du 5 mars 2010. Ce dernier s'est plaint de douleurs à la palpation au niveau de la plaie, ainsi que de lancées allant de l'auriculaire au coude, puis à l'épaule, survenant sans raison apparente. Les lancées au niveau de l'épaule limitaient ses mouvements. Lors de tels épisodes, il avait l'impression d'avoir la main enflée, car elle était très engourdie avec des fourmillements également présents dans les doigts. Il éprouvait des difficultés à tendre le majeur gauche, ce mouvement provoquant une douleur jusque dans le coude. Lorsqu'il exécutait ce mouvement, il ne pouvait plier l'annulaire et l'auriculaire. Au coucher, il ressentait une gêne dans tout le bras avec une sensation de décharges électriques. Il ne s'expliquait pas les douleurs à l'épaule, car il n'avait pas subi de coup ou de choc à cette articulation lors de son accident. En revanche, il avait dû forcer avec ses deux bras pour casser le carrelage, même s'il s'agissait d'une activité habituelle pour lui. Le 22 mars 2010, la SUVA a communiqué le cas à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) et a joint la demande remplie par l'assuré le 5 mars 2010. Le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une scintigraphie osseuse du rachis et des membres supérieurs le 6 avril 2010. Il a conclu à une discrète asymétrie d'activité en faveur de la tête humérale gauche et de l'apophyse coracoïde de l'omoplate gauche, non spécifique, pouvant corrélérer un élément d'arthropathie à minima à ce niveau. Il n'existait en revanche pas d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie du membre supérieur gauche. Le 12 avril 2010, l'employeur a fait parvenir à la SUVA les récapitulatifs salariaux de l'assuré. Il en ressort que celui-ci a réalisé un revenu brut de 71'127 fr. 75 en 2008 et de 67'928 fr. 05, indemnités journalières pour accident à hauteur de 25'556 fr. 30 incluses en 2009. La rémunération horaire de l'assuré était de 32 fr., auxquels s'ajoutaient des indemnités de 8.33 % pour le 13<sup>ème</sup> salaire et de 10.64 % pour les vacances. L'horaire de travail était de 42 heures hebdomadaires. Une IRM de l'épaule gauche de l'assuré a été réalisée par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, le 22 avril 2010. Ce médecin a conclu qu'il n'y avait pas d'argument formel en faveur d'une composante d'algodystrophie, en soulignant néanmoins qu'un tel diagnostic pouvait être difficile à poser au moyen d'une IRM, ni d'argument en faveur d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Il existait une petite composante de bursite sous-acromio-deltaïdienne. Le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 3 mai 2010. Dans son rapport du 12 mai, ce médecin a résumé le dossier de l'assuré et relaté ses plaintes comme suit. L'assuré souffrait d'un point douloureux à l'épaule gauche, de tensions, de tiraillements dans l'avant-bras gauche bord cubital et de douleurs aux deux derniers doigts de la main gauche. Il lui semblait ne pas avoir été écouté et ne pas avoir été pris au sérieux par les médecins jusqu'alors. Ses douleurs étaient constantes, il avait une impression de chaud et de froid et ne pouvait fermer la main. La douleur principale était à la partie antérieure de l'épaule gauche, les lancées dans l'avant-bras gauche allaient jusqu'à D4-D5, et il avait le sentiment d'avoir la main enflée. Lors de l'examen clinique, le Dr U\_\_\_\_\_ a notamment mesuré la mobilité articulaire, identique pour les poignets gauche et droit, et noté que l'enroulement des doigts était complet. En conclusion, il a souligné que malgré toutes les investigations complémentaires réalisées, aucune lésion traumatique pouvant expliquer les plaintes actuelles n'était identifiée. Ne constatant ni amyotrophie, ni signe d'algoneurodystrophie ni limitation

fonctionnelle au niveau des membres supérieurs, il a proposé la clôture du dossier car la plaie accidentelle avait été guérie sans séquelles objectivées. Dans un rapport du 4 mai 2010, le Dr V \_\_\_\_\_ de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a posé les diagnostics de status après plaie profonde palmaire au poignet gauche et d'allodynie secondaire à huit mois, en notant une évolution lente mais favorable grâce aux médicaments et à l'ergothérapie. A la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas, il a répondu par l'affirmative en mentionnant l'allodynie. La reprise du travail n'était pas possible. Le 11 mai 2010, le Dr W \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'IRM du poignet gauche de l'assuré. Il a considéré l'examen globalement dans les limites de la norme, sans évidence de lésion osseuse post-traumatique ni d'atteinte des ligaments intrinsèques ou du ligament triangulaire du carpe. Par décision du 21 mai 2010, la SUVA a mis un terme au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux au 31 mai 2010, se référant à l'avis du Dr U \_\_\_\_\_ selon lequel la plaie était guérie sans séquelles objectives. Les troubles de l'épaule, du bras et de la main gauches n'étaient ainsi plus en lien de causalité avec l'accident. Par opposition du 14 juin 2010, l'assuré a relevé que les conclusions du Dr U \_\_\_\_\_ ne correspondaient pas à celles des spécialistes de chirurgie de la main qui le traitaient. Il a rappelé qu'il ne souffrait d'aucun problème médical avant son accident, qui était la cause de ses troubles actuels. Il a joint un certificat du 10 juin 2010, dans lequel le Dr A \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à l'Unité de chirurgie de la main des HUG, a attesté que l'assuré était suivi dans l'unité et que la douleur péri-cicatricielle à type d'allodynie était invalidante et clairement consécutive à l'accident. Le Dr U \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur ce certificat le 24 juin 2010, en considérant qu'il ne modifiait pas son appréciation. L'assuré a complété son opposition le 12 juillet 2010, en adressant à la SUVA les documents suivants. certificat du 8 juillet 2010 du Dr V \_\_\_\_\_ de l'Unité de chirurgie de la main des HUG, rappelant le suivi de l'assuré et indiquant avoir posé comme seul diagnostic une allodynie. Depuis avril 2010, l'assuré comprenait mieux sa pathologie et s'efforçait de suivre le traitement ergothérapeutique et médicamenteux, qui amenait quelques progrès. Ce certificat précisait que " le diagnostic de contusion du nerf cutané sensitif ulnaire au poignet gauche a été retenu et a été confirmé par un ultrason qui ne montre ni lésion nerveuse, ni artérielle mais uniquement une déchirure partielle minime du tendon FCU au poignet gauche. Un ENMG effectué le 9 novembre 2009 confirme qu'il n'y a pas de signe de compression nerveuse au nerf ulnaire gauche et aucun signe de lésion nerveuse." ; rapport d'évaluation sensitive du 8 juillet 2010 de Monsieur H \_\_\_\_\_, ergothérapeute, diagnostiquant une névralgie brachiale du nerf ulnaire avec allodynie mécanique et décrivant les douleurs et le traitement de l'assuré, qui devait perdurer encore quelques mois. Dans un rapport du 4 août 2010 adressé à l'assureur d'indemnités journalières pour maladie, le Dr V \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de plaie profonde du poignet gauche avec section partielle du tendon FCU et contusion du nerf sensitif cutané ulnaire. Le développement d'un complex regional pain syndrom et d'une allodynie, facteurs extérieurs à l'accident, contribuaient à cette affection. Seule l'allodynie restait d'actualité. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 juillet 2010 ( recte : 2009) mais une reprise du travail était envisageable à la fin du traitement de l'allodynie. Dans son rapport du 21 août 2010, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de section partielle du tendon du muscle fléchisseur du carpe avec une évolution défavorable en raison de l'apparition rapide d'une algodystrophie de l'épaule gauche, non confirmée par la scintigraphie. La capacité de travail était nulle. Dans un rapport du 24 octobre 2010, le Dr

C \_\_\_\_\_, médecin à la CLINIQUE DE CAROUGE, a fait état d'une plaie transverse et tangentielle de 7 cm sans atteinte tendineuse ou nerveuse, qui avait été suturée après exploration et immobilisée par une attelle. Le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, tous deux médecins auprès du Centre d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ont établi un rapport le 26 novembre 2010. Dans l'anamnèse, ils ont noté que l'assuré présentait une névralgie du nerf ulnaire dans un contexte post-traumatique sans atteinte lésionnelle franche. Il se disait fatigué et très en colère contre sa situation. Il pleurait parfois sans raison et avait récemment développé des acouphènes, à la suite desquels le bilan ORL effectué s'était pourtant révélé normal. Compte tenu de l'évolution défavorable avec une extension de la zone douloureuse jusqu'à l'épaule, un diagnostic de complex regional pain syndrom avait été retenu. Les médecins ont préconisé un changement de médication, notamment en raison de l'état dépressif se manifestant sous forme d'irritabilité et d'un retrait social. Dans son rapport du 11 avril 2011, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin auprès de la SUVA, s'est déterminé sur le rapport de causalité entre les troubles de l'assuré et son accident. Il a établi l'anamnèse en reprenant le dossier médical de l'assuré ainsi que les examens d'imagerie, avant de procéder à l'appréciation neurologique du cas. Il a relevé qu'il n'y avait aucune déclaration de l'assuré concernant une lésion nerveuse périphérique de la main gauche à l'époque de l'accident ni de diagnostic d'une telle atteinte, et que l'assuré s'était plaint pour la première fois de troubles sensitifs le 8 septembre 2009, bien qu'un échodoppler réalisé dans ce contexte n'ait révélé aucun indice évocateur d'une lésion du nerf ulnaire ou de l'artère ulnaire, et qu'une lésion de l'os crochu n'ait pu être confirmée par le scanner réalisé à la Clinique des Grangettes. Le Dr F \_\_\_\_\_ a notamment retenu que la diminution de l'amplitude du potentiel de réponse du nerf médian moteur gauche par rapport au nerf médian droit observée lors de l'ENMG du 9 novembre 2009 ne pouvait être considérée d'un point de vue neurologique comme faisant suite vraisemblablement à une lésion d'origine accidentelle de ce nerf. Théoriquement, un amincissement de la musculature de la main gauche due à l'inactivité pouvait expliquer cette constatation isolée. Par ailleurs, le diagnostic de complex regional pain syndrom, également connu sous le nom d'algoneurodystrophie, ressortant du rapport du 11 décembre 2009 du Dr Q \_\_\_\_\_, n'était pas corroboré par les pièces et documents médicaux. Le Dr F \_\_\_\_\_ s'est également étonné que le rapport du Dr V \_\_\_\_\_ de la Clinique de chirurgie de la main des HUG daté du 8 juillet 2010 mentionne un diagnostic de lésion du nerf ulnaire alors que celle-ci avait été exclue par l'examen neurologique. Quant à l'allodynie retenue par l'ergothérapeute, il ne s'agissait pas d'un diagnostic neurologique au sens strict du terme, mais d'un symptôme se fondant uniquement sur les indications de l'assuré. Ce symptôme se manifestait en association avec des lésions très diverses du système nerveux central et périphérique, et ne devait pas toujours être attribué à une structure neuronale endommagée. De plus, si l'on se référait à la définition de la douleur neuropathique selon la doctrine médicale, l'allodynie ne pouvait être considérée comme un syndrome douloureux ayant un substrat organique et faisant vraisemblablement suite à l'accident. En l'espèce, le rapport du Dr V \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2010 ne décrivait pas de lésions du système nerveux périphérique de nature organique ou structurelle vraisemblablement consécutives à l'accident. La même remarque valait également s'agissant des résultats des examens neurologiques et neurophysiologiques cliniques réalisés précédemment. L'absence d'incidence des mesures thérapeutiques sur les troubles subjectifs de l'assuré révélait la présence de facteurs étrangers à l'accident, ayant un impact sur la perception qu'avait

l'assuré de ses troubles. En outre, aucun dosage sanguin relatif aux médicaments prescrits n'était documenté, et il était dès lors impossible de se prononcer sur la compliance de l'assuré. Cependant, si ce dernier prenait effectivement l'ensemble des médicaments mentionnés dans les posologies prescrites, il fallait s'attendre à ce qu'il soit fortement perturbé. Le neurologue s'est d'ailleurs étonné du traitement par opiacés administré à l'assuré, considérant qu'une telle médication constituait une escalade injustifiée et dangereuse pour sa santé, qui pourrait au demeurant l'empêcher de reprendre une activité professionnelle. En résumé, le Dr F \_\_\_\_\_ a conclu que du point de vue neurologique, la présence d'un syndrome douloureux neuropathique important chez l'assuré ne pouvait être considérée comme faisant suite à une lésion organique du système nerveux périphérique consécutive à l'accident. En effet, l'analyse des documents médicaux établis peu après l'accident révélait qu'aucune symptomatologie déficitaire à la fois objectivable et reproductible n'avait pu être mise en évidence chez l'assuré. L'état de santé de l'assuré était ainsi stabilisé lors de l'examen par le Dr U \_\_\_\_\_ le 3 mai 2010, et seuls persistaient alors les troubles subjectifs rapportés par l'assuré. La capacité de travail de celui-ci n'était pas limitée, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une autre activité. Il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité d'un point de vue neurologique. Par décision du 13 avril 2011, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a confirmé sa décision en reprenant les conclusions des Drs U \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, dont elle a souligné qu'ils avaient une pleine valeur probante selon les critères dégagés par la jurisprudence, et qu'aucun rapport médical ne permettait de les remettre en cause. Elle a fait valoir que d'éventuels troubles psychiques ne pouvaient engager sa responsabilité, dès lors que l'assuré avait été victime d'un accident banal et que la causalité adéquate pouvait être exclue d'emblée. Le fait que l'assuré n'ait jamais auparavant eu de problèmes de santé ne suffisait pas à démontrer que ses troubles actuels étaient imputables à l'accident. L'assuré a interjeté recours par acte du 10 mai 2011. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à la fixation d'un délai pour compléter son recours et à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, et principalement à l'annulation de la décision de la SUVA et au versement des prestations légales au-delà du 31 mai 2010. Il allègue qu'une IRM encéphalique a indiqué la présence d'une boucle vasculaire avec le nerf cochléo-vestibulaire du côté droit, et qu'il consulte un psychiatre depuis le 3 mars 2011, lequel a certifié que l'allodynie présentée était causée par l'accident. Il a précisé qu'il consultait un neurologue, qui l'avait adressé à un rhumatologue dont il attendait les diagnostics pour compléter son recours. Il soutient que le Dr A \_\_\_\_\_ a associé ses douleurs à son accident, et qu'il y a donc un lien de causalité entre son accident et ses troubles. Il ne souffrait par ailleurs d'aucun problème de santé avant son accident. Il ressent toujours de douleurs et des vertiges l'empêchant de reprendre son activité professionnelle ou toute autre activité. L'assuré a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son recours: rapport d'IRM du 11 janvier 2011 de la Dresse AA \_\_\_\_\_, concluant à une IRM encéphalique normale et à la présence d'une boucle vasculaire avec le nerf cochléo-vestibulaire droit; courrier du 28 janvier 2011 du Dr AB \_\_\_\_\_ au Dr B \_\_\_\_\_, faisant état d'un tympan d'aspect normal et de l'absence de déficit vestibulaire d'allure périphérique, d'une légère surdité et d'une IRM en faveur d'une boucle vasculaire avec le nerf cochléo-vestibulaire droit du côté de l'acouphène, pouvant avoir provoqué ce phénomène; certificat du 23 mars 2011 du Dr AC \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, indiquant avoir examiné l'assuré qui présente une allodynie parfaitement objectivée " qui pose à distance de l'accident des suites problématiques de reconnaissance médico-professionnelle ", et attestant que l'assuré n'est pas un simulateur et

n'est pas à la recherche de bénéfices secondaires, qu'il maintient une attitude antalgique vis-à-vis de ses douleurs, et qu'il s'agit d'une personne scrupuleuse souhaitant retrouver un travail mais se sentant inapte à exercer son métier de carreleur à satisfaction pour un employeur. Le Dr AC \_\_\_\_\_ a noté que l'arrêt de travail était justifié et qu'une réadaptation devait être envisagée; certificat du Dr B \_\_\_\_\_ du 26 février 2011, contestant les conclusions de l'expertise et signalant que l'assuré n'est pas en état de reprendre le travail pour au moins trois mois en raison de la persistance de ses acouphènes et de ses vertiges, des douleurs dans le membre supérieur gauche en dépit du traitement à base de morphine, et "[du] petit état dépressif" malgré la prescription d'un anti-dépresseur; certificat d'incapacité de travail du 28 mars 2011 au 30 avril 2011 établi par le Dr B \_\_\_\_\_. Par courrier du 16 mai 2011, la Cour de céans a imparti un délai à l'assuré au 4 juillet 2011 afin de compléter son recours. L'assuré a complété son recours par écriture du 4 juillet 2011, persistant dans ses conclusions. Il fait valoir qu'il a consulté un neurologue en juin 2011, lequel a procédé à un électromyogramme qui a mis en évidence une atteinte objectivable consécutive à l'accident. Il produit le rapport d'électromyogramme établi le 9 juin 2011 par le Dr AD \_\_\_\_\_, concluant à de discrets signes électriques en faveur de stigmates d'une lésion du nerf ulnaire gauche. Par réponse du 15 septembre 2011, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle allègue que les acouphènes et vertiges dont se plaint l'assuré sont très éloignés tant physiologiquement que temporellement de l'atteinte accidentelle au poignet et évoquent une étiologie malade et non traumatique, d'autant plus qu'ils s'accompagnent d'un retrait social. Les documents médicaux initiaux n'ont révélé aucune atteinte traumatique, particulièrement du nerf ulnaire gauche, ce qui a été confirmé par les nombreux tests réalisés. Les discrets signes électriques en faveur de stigmates d'une lésion du nerf ulnaire gauche relevés par le Dr AD \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisants pour justifier les troubles dont se plaint l'assuré, et rien n'indique qu'ils soient en relation de causalité naturelle avec l'accident, un ENMG réalisé en novembre 2009 n'ayant pas montré d'atteinte lésionnelle. La boucle vasculaire mise en évidence par l'IRM céphalique n'est pas non plus en lien avec l'accident. Se référant à l'avis du Dr F \_\_\_\_\_, qu'elle cite, la SUVA affirme que c'est à bon droit qu'elle a conclu à l'absence de lésion expliquant les plaintes de l'assuré et mis un terme au versement de prestations au-delà du 31 mai 2010. Dans sa réplique du 4 octobre 2011, l'assuré a persisté dans ses conclusions et sollicité la mise en œuvre d'une expertise. Il se réfère à l'allodynie évoquée dans les certificats du Dr A \_\_\_\_\_ du 10 juin 2010, du Dr V \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2010, et du Dr AC \_\_\_\_\_ du 23 mars 2011 en alléguant que ces pièces démontrent que les douleurs dont il souffre sont consécutives à son accident. Il relève en outre que tant le Dr B \_\_\_\_\_ que le Dr AC \_\_\_\_\_ le considèrent incapable de reprendre le travail dans leurs certificats des 26 février et 23 mars 2011. La SUVA a dupliqué le 23 novembre 2011, persistant dans ses conclusions. Elle souligne que l'allodynie n'est pas un diagnostic mais un symptôme, qu'aucune imagerie médicale n'a démontré d'atteinte du nerf ulnaire, de l'artère ulnaire, ou du système nerveux périphérique. C'est ainsi à bon droit qu'elle a mis un terme à la prise en charge des prestations. Copie de cette écriture a été transmise à l'assuré par courrier du 24 novembre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1<sup>er</sup> 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'assurance était fondée à cesser le versement des prestations légales de l'assuré dès le 31 mai 2010. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Les prestations de l'assurance-accidents comprennent notamment le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 al. 1 LAA), des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail (art. 16 al. 1 LAA), ainsi qu'une rente lorsque l'assuré est invalide à au moins 10 % à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 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 les assurances sociales. 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 U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). 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; ATF 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), 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 (ATF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale

(ATF 127 V 102 , consid. 5b/bb; ATF 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). 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 8C\_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1;). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin 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. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF 8C\_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATF U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF 134 V 109 , consid. 10.2; ATF 8C\_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1) : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; l'intensité 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 aux 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 129 V 402 , consid. 4.4.1 et les références, ATF 115 V 133 , consid. 6c/aa). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 , consid. 1b). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3 et les références). Le rapport du Dr U\_\_\_\_\_ correspond aux exigences dégagées par la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a été établi en connaissance du dossier médical de l'assuré, tient compte des plaintes subjectives de celui-ci dans son appréciation et repose sur un examen clinique complet. Ses conclusions sont sans ambiguïté et leur motivation est parfaitement claire. Tel est également le cas de l'avis neurologique du Dr F\_\_\_\_\_. Comme cela ressort de la jurisprudence précitée, le fait que cet avis ait été établi sans examen de l'assuré ne suffit pas à lui dénier toute valeur probante. Ce rapport est en effet particulièrement complet, comprend une anamnèse fouillée et une analyse détaillée de l'intégralité du dossier médical de l'assuré. Ce neurologue a exposé précisément les motifs qui le poussaient à écarter les diagnostics retenus par certains de ses confrères, en se référant notamment à la doctrine médicale. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions de ces médecins, aux termes desquelles aucune lésion d'origine accidentelle ne justifiait d'incapacité de travail ou ne nécessitait de soins médicaux au-delà du 31 mai 2010. Les autres documents médicaux versés au dossier ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. S'agissant du diagnostic de complex regional pain syndrom , pathologie également connue sous le nom d'algoneurodystrophie, il a été écarté par scintigraphie du 6 avril 2010, et le Dr T\_\_\_\_\_ a également conclu à l'absence d'une

telle atteinte dans son rapport du 22 avril 2010. Le diagnostic du Dr B \_\_\_\_\_ du 21 août 2010, qui admet d'ailleurs que les examens cliniques ne confirment pas cette pathologie, doit donc être écarté pour ce motif. On notera par ailleurs que même s'il fallait admettre l'existence d'une algodystrophie, celle-ci n'a été mentionnée pour la première fois qu'en décembre 2009 par le Dr Q \_\_\_\_\_, soit plus de quatre mois après l'accident. Or, selon la jurisprudence, le lien de causalité entre un accident et une algodystrophie suppose la présence des critères cumulatifs suivants : la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique; et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (ATF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011, consid. 3.2 ; ATF 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010, consid. 4.2.1). Si les deux premiers critères sont réalisés in casu , le troisième n'est à l'évidence pas rempli, puisque le délai maximal de deux mois était largement dépassé. La Cour de céans souligne en outre que selon le rapport du 4 août 2010 du Dr V \_\_\_\_\_, le complex regional pain syndrom , au demeurant guéri dans l'intervalle, constituait un facteur extérieur à l'accident, ce qui exclut tout lien de causalité entre l'événement du 28 juillet 2009 et l'algoneurodystrophie alléguée. S'agissant d'une éventuelle atteinte du nerf, force est de constater que les nombreux examens médicaux auxquels s'est soumis l'assuré ne permettent pas de conclure à l'existence d'une telle lésion, comme le soulignent à juste titre les Drs U \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_. Le Dr M \_\_\_\_\_ a en effet exclu une anomalie significative du nerf ulnaire et de ses branches, à l'instar des Drs N \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_. Si l'anamnèse des Drs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ évoque une névralgie, ces médecins relèvent néanmoins qu'il n'y a pas de lésion franche. Le rapport d'évaluation sensitive du 8 juillet 2010 ayant été établi par un ergothérapeute et non par un médecin, il ne peut se voir reconnaître de valeur probante et la névralgie brachiale du nerf ulnaire qu'il relate ne peut partant pas être retenue. Le Dr V \_\_\_\_\_ fait certes état d'une contusion du nerf sensitif cutané ulnaire dans son certificat de juillet 2010. Ce certificat paraît cependant manifestement contradictoire, puisqu'il affirme que la contusion du nerf cutané a été confirmée par un ultrason ne montrant ni lésion nerveuse ni artérielle. Il est de plus erroné, l'échographie réalisée par le Dr M \_\_\_\_\_ n'ayant pas confirmé de telle atteinte. Les constatations du Dr V \_\_\_\_\_ s'agissant de l'existence atteinte nerveuse ne peuvent partant pas se voir reconnaître la moindre valeur probante, et on s'étonne d'ailleurs que le Dr V \_\_\_\_\_ n'ait pas mentionné cette atteinte dans son précédent rapport du 4 mai 2010. Quant au rapport du Dr Stéphane AD \_\_\_\_\_, le libellé pour le moins réservé de son rapport faisant état de discrets signes en faveur de stigmates d'une lésion ne permet pas de conclure avec certitude à une neuropathie. Or, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 , consid. 5a). Il n'est pas inutile d'ajouter que même si une lésion nerveuse avait été diagnostiquée sans aucun doute près d'une année après l'accident, cela ne suffirait pas à établir qu'elle est en lien de causalité naturelle avec l'accident ni qu'elle entraîne une incapacité totale de travail. Quant à l'allodynie, comme l'a relevé le neurologue de la SUVA, il ne s'agit pas d'un diagnostic mais d'un symptôme douloureux. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 ; ATF 9C\_271/2011 du 26 octobre 2011, consid. 4.2). En

l'absence de substrats organiques, les douleurs de l'assuré ne suffisent dès lors pas à établir une incapacité de travail justifiant le versement de prestations de l'assurance-accidents. L'allodynie signalée par les différents médecins traitants de l'assuré ne constitue dès lors pas un diagnostic susceptible de renverser les conclusions des Drs U \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_. Par surabondance, le Dr V \_\_\_\_\_ a signalé dans deux rapports que ce phénomène était un facteur étranger à l'accident, si bien que le lien de causalité naturelle avec l'accident pourrait en tout état de cause également être mis en doute pour cette atteinte. Le recourant invoque en outre des acouphènes, des vertiges et un état dépressif, qui contribuent selon le certificat du 26 février 2011 du Dr B \_\_\_\_\_ à l'incapacité de travail. On notera s'agissant des acouphènes et des vertiges que les problèmes d'oreille de l'assuré, apparemment provoqués par une boucle vasculaire avec le nerf cochléo-vestibulaire droit, sont manifestement sans lien avec l'accident qui a touché le poignet du recourant et qu'ils sont apparus plusieurs mois après l'événement du 28 juillet 2009. La Cour de céans rappelle à cet égard que 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Quant au léger état dépressif mentionné par le Dr B \_\_\_\_\_, en admettant qu'il soit suffisant pour entraîner une incapacité de travail, on ne peut admettre de lien de causalité adéquate avec l'accident à la lumière des critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Il est en effet patent que ceux-ci ne sont pas réalisés. L'accident doit être qualifié de peu grave, et il s'est déroulé dans des circonstances tout-à-fait banales. La coupure n'était pas d'une gravité particulière et le traitement médical a été anodin et sans complications. On ne voit pas non plus quelles erreurs de traitement auraient été commises, même si l'assuré s'est déclaré insatisfait des soins reçus lors de son entretien avec le Dr U \_\_\_\_\_. Conformément à ce qui précède, la décision de la SUVA s'avère fondée. Les rapports médicaux dont se prévaut l'assuré sont insuffisants pour renverser les conclusions des Drs F \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_, notamment en raison du fait qu'ils ne mentionnent aucune atteinte que les experts ont ignorée bien qu'ils auraient dû en tenir compte. Il est dès lors superflu de mettre en œuvre l'expertise requise par l'assuré. A cet égard, il convient de rappeler que si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a), elle n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). Mal fondé, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être

adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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