

GE_GERICHTE A/3359/2011 vom 11. Juli 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3359_2011

FR: GE_GERICHTE A/3359/2011 du 11 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE A/3359/2011 del 11 luglio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur G _____, domicilié à Genève recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur G _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1980, était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage, lorsqu'il a subi, le 23 janvier 2009, un choc direct au niveau de sa main droite par un scooter. [endif]>[if> 2. Une fracture diaphysaire transverse du 5ème métacarpien a été diagnostiquée et l'assuré a été en incapacité de travail à 100%. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA, l'assureur ou l'intimée) a pris en charge les suites de cet accident. [endif]>[if> 3. Le 28 janvier 2009, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (une réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque) effectuée par la Dresse L _____. [endif]>[if> 4. Dès le 3 juin 2009, l'assuré a recouvré sa capacité de travail entière. Depuis le 6 juin 2009, il a travaillé, en tant que téléopérateur, pour le compte de X _____ à 70%, en raison des douleurs à la main. [endif]>[if> 5. Dès le 29 juin 2009, l'assuré a été déclaré apte à travailler à 100%. Du 13 juillet au 25 août 2009, il a subi une incapacité de travail de 30%, date à partir de laquelle il a repris son activité à 100%. [endif]>[if> 6. En août 2009, le traitement médical a pris fin (rapport du 14 janvier 2010 de la Dresse M _____, spécialiste en médecine interne). [endif]>[if> 7. Une rechute a été annoncée à la SUVA en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après AMO) effectuée le 12 août 2010 (compte-rendu opératoire établi le 13 août 2010 par le Dr N _____). L'incapacité de travail totale était prévue jusqu'au 31 août 2010. [endif]>[if> 8. Lors d'un entretien téléphonique le 7 octobre 2010, l'assuré a expliqué à l'assureur qu'il y avait des complications, que sa main enflait et que la Dresse O _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de l'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ci-après les HUG), avait modifié le traitement pour voir si la situation s'améliorait. Il a expliqué être droitier et avoir besoin de sa main droite pour écrire et utiliser l'ordinateur. [endif]>[if> 9. Le 20 octobre 2010, l'assuré a expliqué à l'assureur, lors d'un entretien téléphonique, que la situation évoluait lentement, que sa main était enflée et qu'il avait peu de sensibilité. La Dresse O _____ lui avait prescrit de l'ergothérapie et avait prolongé son incapacité de travail totale. [endif]>[if> 10. Par rapport du 26 novembre 2010, la Dresse O _____ a expliqué qu'en post-opératoire, l'assuré avait développé une allodynie au bord cubital de la main droite et de la région péri-cicatricielle, avec suspicion d'un syndrome de Südeck. Un traitement par ergothérapie avait été prescrit. [endif]>[if> 11. Dans une note du 15 décembre 2010, le Dr P _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué avoir eu un entretien téléphonique avec la Dresse O _____, aux termes duquel suite à l'AMO, l'assuré avait développé une allodynie qui nécessitait de l'ergothérapie. La situation n'était pas du tout

stabilisée et une reprise du travail n'était pas possible pour l'instant. Elle avait bon espoir d'une guérison grâce à l'ergothérapie. Le Dr P_____ a averti la Dresse O_____ de l'envoi d'une demande de renseignements quant à l'évolution de l'allodynie. Il a ajouté que pour l'instant, la maladie de Südeck n'était pas du tout confirmée.![endif]>![if> 12. Par rapport du 4 février 2011, la Dresse O_____ a diagnostiqué un syndrome de Südeck post-AMO et une allodynie; il y avait une légère amélioration. Elle avait prescrit un traitement médicamenteux et un suivi chez l'ergothérapeute. La reprise du travail n'était pas possible pour le moment et il convenait d'intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié.![endif]>![if> 13. Le 23 février 2011, l'assuré a repris le travail à 20%.![endif]>![if> 14. Du 2 au 30 mai 2011, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% pour maladie (courrier de l'employeur du 17 juin 2011).![endif]>![if> 15. Par rapport du 20 mai 2011, le Dr Q_____ du département de chirurgie auprès des HUG a diagnostiqué une allodynie/algoneurodystrophie suite à la fracture et à l'AMO. Les douleurs persistaient, l'assuré suivait un traitement médicamenteux et des séances d'ergothérapie. Une reprise du travail à 50% était prévue fin mai.![endif]>![if> 16. Dès le 16 juin 2011, l'assuré a été apte à travailler à 25%.![endif]>![if> 17. Le 20 juillet 2011, l'assuré a été examiné par le Dr P_____. Ce médecin a fait compléter son bilan par des radiographies standards qui ont constaté un discret remaniement post-traumatique après fracture à priori diaphysaire du 5^{ème} métacarpien avec restitution tout à fait satisfaisante des rapports articulaires de la morphologie osseuse (rapport du 21 juillet 2011 du Dr R_____, spécialiste FMH en radiologie). Le Dr P_____ a estimé nécessaire de soumettre l'assuré à un examen neurologique.![endif]>![if> 18. A la demande du Dr P_____, le Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré le 8 août 2011. Par rapport du 9 août 2011, le spécialiste a indiqué que l'examen clinique montrait une tendance à la flexion du 5^{ème} doigt de la main droite et des troubles sensitifs sous forme de dysesthésie et d'hyperpathie dans le territoire du nerf cubital, mais pas très bien délimitées puisque s'estompant au bord cubital de l'avant-bras. L'électroneuromyogramme (ci-après ENMG) du membre supérieur était tout à fait normal. L'examen du nerf cubital en particulier montrait des amplitudes sensitives et motrices normales et symétriques par rapport au côté gauche. L'examen de la branche dorsale du cubital était normal également, de belle amplitude. La suspicion d'une maladie de Südeck lui paraissait tout à fait possible. Le Dr S_____ se posait la question d'une dystonie post-traumatique, mais il y avait finalement peu d'éléments dans ce sens. En conclusion, il n'y avait pas de pathologie neurologique pour expliquer cette hyperpathie et il allait aussi dans le sens d'une maladie de Südeck.![endif]>![if> 19. Par rapport du 11 août 2011, le Dr P_____ a proposé de clôturer le dossier. L'examen clinique de la main droite ne mettait en évidence aucun trouble dystrophique et l'inspection cutanée n'était absolument pas suspecte d'un processus algodystrophique en cours. Le bilan radiologique montrait une structure osseuse tout à fait normale, une fracture consolidée et de simples remaniements post-traumatiques suite à l'AMO. Les rapports articulaires étaient tout à fait satisfaisants. La force au niveau de la main droite était conservée. L'enroulement des doigts était complet avec seule une extension discrètement diminuée au niveau D5. Tous les tendons étaient libres. L'examen neurologique demandé, à part un état hyperpathique dans le territoire cubital distal, ne permettait de mettre en évidence aucune lésion nerveuse et n'objectivait aucun déficit à ce niveau. Ni l'examen clinique, ni le bilan radiologique ne permettaient d'affirmer une maladie de Südeck. La description du poste de travail était très peu sollicitatrice pour la main, de sorte que l'on devait considérer, au terme de l'examen médical, qu'il n'y avait plus

d'incapacité de travail à prendre en charge en rapport avec l'accident assuré. Les discrets troubles fonctionnels exprimés au niveau de l'auriculaire droit ne correspondaient pas à un dommage permanent indemnisable.![endif]>![if> 20. Par décision du 15 août 2011, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) dès le 28 août 2011, au motif que l'état de la main droite ne justifiait plus d'incapacité de travail dans le domaine d'activité de l'assuré en tant que téléopérateur.![endif]>![if> 21. Par certificat du 17 août 2011, le Dr Q_____ a attesté d'une incapacité de travail de 75% du 17 au 31 août 2011 et de 50% du 1^{er} au 15 septembre 2011.![endif]>![if> 22. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur le 24 août 2011, le Dr Q_____ a expliqué avoir prévu une reprise de l'activité à 50% dès le 1^{er} septembre 2011, ce qui ne correspondait pas à la décision prise par l'assureur.![endif]>![if> 23. Par certificat du 12 septembre 2011, le Dr Q_____ a attesté que l'assuré avait une capacité de travail de 50% du 12 au 18 septembre 2011, de 75% du 19 au 30 septembre 2011 et totale dès le 1^{er} octobre 2011.![endif]>![if> 24. Le 13 septembre 2011, l'assuré s'est opposé à la décision prise par l'assureur, faisant valoir une reprise progressive de son activité lucrative comme attestée par le Dr Q_____.![endif]>![if> 25. Par décision sur opposition du 21 septembre 2011, l'assureur a maintenu sa position. Il relève que le Dr P_____ a certifié qu'au vu du poste de travail de l'assuré, il n'y avait plus d'incapacité de travail en relation avec l'accident de janvier 2009. Aucune lésion nerveuse n'avait été objectivée ; ni l'examen clinique, ni le bilan radiologique ne permettaient d'affirmer une maladie de Südeck. Le fait que le Dr Q_____ ait prescrit, par certificat du 17 août 2011, une reprise progressive de la capacité de travail de l'assuré, ne résistait pas à l'analyse effectuée par le Dr P_____. Le Dr Q_____ n'avait pas eu connaissance du détail du poste de travail de l'assuré, ni du fait que ce dernier n'avait plus travaillé depuis le 2 mai 2011 en raison d'une maladie. Il était donc impossible d'octroyer un délai à l'assuré pour lui permettre d'augmenter progressivement sa capacité de travail comme le souhaitait le Dr Q_____.![endif]>![if> 26. Par acte du 20 octobre 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, faisant valoir qu'il est incapable de travailler à plus de 50%. Il explique que depuis l'AMO, les suites ont été difficiles et insupportables, avec un gonflement de la main, des démangeaisons, une sensation de courant électrique, une main lourde et des blocages qui persistaient encore actuellement. Il ne comprenait pas pour quelle raison le Dr Q_____, qui avait noté une capacité de travail de 25% du 17 au 31 août 2011 et de 50% du 1^{er} au 25 septembre 2011 (certificat du 17 août 2011), avait, suite à un entretien téléphonique avec l'intimée, établi un nouveau certificat daté du 12 septembre 2011, faisant état d'une capacité de travail de 50% du 12 au 18 septembre 2011, de 75% du 19 au 30 septembre 2011 et totale dès le 1^{er} octobre 2011. A la suite de cela, il s'était décidé à changer de médecin.![endif]>![if> 27. Par réponse du 28 novembre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Elle fait remarquer que le recourant ne fait valoir aucun élément nouveau et que le rapport du Dr P_____ a pleine valeur probante.![endif]>![if> 28. Le 7 février 2012, le recourant a informé la Cour de céans qu'il ne se présenterait pas à l'audience de comparution personnelle des parties prévue le lendemain et qu'il entendait retirer son recours.![endif]>![if> 29. Un délai au 23 février 2012 a été accordé au recourant pour faire parvenir sa lettre de retrait du recours.![endif]>![if> 30. Un nouveau délai au 12 mars 2012 a été octroyé au recourant, auquel il n'a pas donné suite.![endif]>![if> 31. Par courrier du 16 mars 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi

sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).¹ Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.² 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.³ 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance le 28 août 2011.⁴ Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).⁵ 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne 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.⁶ Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en

anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (ATF non publiés 8C_871/2010 du 4 octobre 2011, consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010, consid. 4.2.1). 7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). d) Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. En l'occurrence, l'intimée, en se fondant sur les conclusions du Dr P _____, a estimé qu'à compter du 29 août 2011, le recourant ne présente plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident assuré. Le recourant fait valoir, quant à lui, qu'il n'est pas apte à travailler à plus de 50%. Par rapport du 11 août 2011, le Dr P _____ a proposé de clôturer le dossier. L'examen clinique de la main droite ne mettait en évidence aucun trouble dystrophique et l'inspection cutanée n'était absolument pas suspecte d'un processus algodystrophique en cours. Le bilan radiologique montrait une structure osseuse tout à fait normale, une fracture consolidée et de simples remaniements post-traumatiques suite à l'AMO. Les rapports articulaires étaient tout à fait satisfaisants. La force au niveau de la main droite était conservée. L'enroulement des doigts était complet avec seule une extension discrètement diminuée au niveau D5. Tous les tendons étaient libres. L'examen neurologique demandé au Dr S _____, à part un état hyperpathique dans le territoire cubital distal, ne permettait de mettre en évidence aucune lésion nerveuse et n'objectivait aucun déficit à ce niveau. Selon le Dr P _____, ni l'examen clinique, ni le bilan radiologique ne permettaient d'affirmer une maladie de Südeck. La description du poste de travail était très peu sollicitatrice pour la main, de sorte que l'on devait considérer, au terme de l'examen médical, qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail à prendre en charge en rapport avec l'accident assuré. Les discrets troubles fonctionnels exprimés au niveau de l'auriculaire droit ne correspondaient pas à un dommage permanent indemnisable. A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la Cour de céans est d'avis que les conclusions auxquelles aboutit le Dr P _____

ne sont pas convaincantes, ce pour les motifs qui suivent. On relèvera en effet que contrairement à l'appréciation du Dr P_____, la maladie de Südeck a été retenue par tous les médecins qui ont examiné le recourant, que ce soit la Dresse O_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès des HUG (rapports des 26 novembre 2010 et 4 février 2011), le Dr Q_____, médecin auprès de l'unité de chirurgie de la main des HUG (rapport du 20 mai 2011) ou le Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie mandaté par l'intimée (rapport du 9 août 2011). On peine ainsi à comprendre comment le Dr P_____ parvient à la conclusion que l'examen clinique qu'il a effectué le 20 juillet 2011 ne permet pas de confirmer la maladie de Südeck, alors que sur la base d'un examen clinique effectué quelques jours plus tard, soit le 8 août 2011, le Dr S_____ a estimé qu'il convenait d'aller dans le sens de cette atteinte, corroborant ainsi l'appréciation des Drs O_____ et Q_____. De surcroît, le fait que la radiographie standard effectuée le 21 juillet 2011 démontre une structure osseuse normale, une fracture consolidée et des rapports articulaires tout à fait satisfaisants, ne suffit toutefois pas encore à écarter le diagnostic de maladie de Südeck posé par les médecins précités et pour lequel le recourant a suivi un traitement médicamenteux (Miacalcic, Lyrica) et des séances d'ergothérapie et de physiothérapie douce (rapports de la Dresse O_____ des 26 novembre 2010 et 4 février 2011, rapport du Dr Q_____ du 20 mai 2011). Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que l'ensemble de ces éléments est suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions du Dr P_____ en tant qu'il écarte le diagnostic de la maladie de Südeck. L'existence de cette atteinte est, conformément au degré de la vraisemblance prépondérante applicable, établie. S'agissant par ailleurs du lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident assuré, la Cour de céans relèvera que les conditions posées par la jurisprudence sont en l'occurrence remplies. En effet, l'accident survenu le 23 janvier 2009 a entraîné une fracture diaphysaire transverse du 5ème métacarpien, pour laquelle une réduction ouverte et une ostéosynthèse par plaque ont été effectuées le 28 janvier 2009. Or, c'est à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, effectuée le 12 août 2010 - et en l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique - qu'est apparue la maladie de Südeck ou l'algodystrophie, comme l'ont relevé la Dresse O_____ (rapports des 26 novembre 2010 et 4 février 2011) et le Dr Q_____ (rapport du 20 mai 2011). La Dresse O_____ n'a certes pas mentionné à partir de quand le recourant a fait état pour la première fois de symptômes relatifs à la maladie de Südeck. Quoi qu'il en soit, les pièces versées au dossier permettent de retenir que les plaintes du recourant en rapport avec cette affection ont été exprimées en tout cas le 7 octobre 2010, lors d'un entretien téléphonique avec un employé de l'intimée, soit avant l'expiration d'un délai de huit semaines à compter de l'AMO (le 12 août 2010). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la responsabilité de l'intimée est établie pour la maladie de Südeck dont souffre le recourant à la main droite. Il ressort par ailleurs des pièces versées à la procédure, que postérieurement au 28 août 2011 - date à laquelle l'intimée a mis fin aux prestations - le recourant était encore en traitement pour cette atteinte auprès du Dr Q_____ (cf. certificats des 17 août et 12 septembre 2011, note téléphonique du 24 août 2011), de sorte que l'intimée sera tenue de reprendre le remboursement des frais de traitement y relatifs. S'agissant enfin de la question de la répercussion de ce trouble sur la capacité de travail du recourant à compter du 29 août 2011, la Cour de céans constate que les pièces médicales ne permettent pas d'établir, à satisfaction de droit, à quel taux le recourant pouvait alors exercer son activité lucrative. Le Dr S_____ ne s'est en effet pas prononcé sur cette question et l'appréciation du Dr Q_____, émise en qualité de médecin traitant, doit être abordée avec une certaine

retenue. L'intimée sera par conséquent invitée à instruire ce point, en sollicitant, le cas échéant, l'avis du nouveau médecin consulté par le recourant. En conséquence, c'est à tort que l'intimée a mis fin aux prestations au 28 août 2011. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et l'intimée invitée à reprendre le versement des frais de traitement et, le cas échéant, celui des indemnités journalières. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA). Il n'est pas alloué de dépens au recourant, qui comparait en personne. 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.