

# GE\_GERICHTE A/581/2010 vom 18. Januar 2011

GE Cour de justice, 2011-01-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_581\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_581_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/581/2010 du 18 janvier 2011

IT: GE\_GERICHTE A/581/2010 del 18 gennaio 2011

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à La Croix-de-Rozon, représentée par CAP PROTECTION JURIDIQUE en la personne de Me Micael Garcia recourante contre AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11, Lausanne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1957, est assurée, en sa qualité d'employée des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), pour les accidents professionnels, non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de AXA WINTERTHUR (ci-après l'assurance ou l'intimée). Le 2 septembre 2009, elle a déclaré à l'assurance un accident dont elle a été victime le 31 août 2008. Alors qu'elle aidait son fils à déménager, elle n'a pas vu le seuil de l'immeuble, a trébuché et est tombée en arrière, sur la main droite. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2008, la Dresse L \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'entorse modérée du pouce droit. Le médecin a constaté une palpation douloureuse du métacarpien I et prescrit des antalgiques et du repos. La capacité de travail était nulle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008, probablement jusqu'au 5 septembre 2008. Le même jour, une radiographie du pouce droit (face/profil) a été effectuée par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie. Ce médecin a constaté l'absence de lésion traumatique osseuse décelable et une petite calcification visible au niveau de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien. Les Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, et P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, ont délivré à l'assurée des certificats médicaux d'arrêt de travail. La capacité de travail était nulle du 1<sup>er</sup> au 14 septembre 2008, de 50 % du 15 au 22 septembre 2008, et nulle dès le 22 septembre 2008. Le 16 octobre 2008, le Dr P \_\_\_\_\_ a pratiqué une intervention chirurgicale consistant en une arthroscopie du poignet droit avec ligamentoplastie TFCC par shrinkage et synovectomie, ligamentoplastie scapho-lunaire droite selon Mayo et suture directe du ligament scapho-lunaire droit, ainsi qu'une dénervation partielle du carpe droit. Ce médecin a posé les diagnostics de déchirure scapho-lunaire droite Geissler IV, de fusion pyramido-lunaire droite congénitale, de déchirure TFCC droit stade Palmer 1A + 1C et de chondropathie médio-carpienne de stade 2 luno-capitate à droite. Quant à l'anamnèse, le médecin relève que l'assurée, suite à une chute sur la main droite, a ressenti des douleurs persistantes de la tabatière anatomique, associées à des ressauts matinaux de son pouce droit irradiant dans le poignet. À l'examen clinique, le médecin a retrouvé une tabatière extrêmement douloureuse, associée à une instabilité scapho-lunaire dynamique et un test de Watson positif. Les secteurs de mobilité en flexion/extension étaient limités à 60-0-60 et l'examen radiologique mettait en évidence un diastasis scapho-lunaire à 3 mm sans DISI. Dans un premier temps, le Dr P \_\_\_\_\_ a pratiqué une infiltration de la poulie A1 du pouce droit, avec excellente évolution clinique sur le pouce à ressaut. Il a par la suite complété le bilan par une arthro-IRM qui a confirmé

la présence d'une déchirure scapho-lunaire des faisceaux intermédiaires et dorsaux, une fusion pyramido-lunaire ainsi qu'un début d'arthrose radio-ulnaire droite. Pour ces motifs, l'indication d'une arthroscopie diagnostique et une réparation de la lésion scapho-lunaire a été retenue. Dans un rapport du 31 octobre 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déchirure scapho-lunaire droite complète. La capacité de travail était nulle et le médecin prévoyait, comme dommage permanent, une lésion grave. Dans son rapport du 15 décembre 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était bonne, le traitement consistant en des séances de physiothérapie. Une reprise du travail était prévue pour les mois de janvier ou février 2009. Comme dommage permanent, le médecin a retenu une raideur du poignet droit. Selon rapport du 20 janvier 2009 établi par le médecin-conseil de l'assurance, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique, le lien de causalité entre les lésions du poignet droit et l'accident du 31 août 2008 est difficile à apprécier sur la seule base des documents à disposition. Selon ce médecin, plusieurs facteurs parlent en défaveur du lien de causalité naturelle, soit un diagnostic initial d'entorse MP du pouce droit sans aucune mention du problème au poignet, un diagnostic secondaire de pouce à ressort droit qui a bien évolué avec une infiltration cortisonnée et un diagnostic tertiaire d'entorse scapho-lunaire du poignet droit s'exprimant par des douleurs dans la tabatière anatomique. De plus, la radiographie, l'arthro-IRM et le status opératoire montrent que la perte de substance partielle du scapho-lunaire survient dans des conditions très particulières de fusion luno-triquétrale congénitale, d'une absence de DISI, d'une importante chondropathie fibrillaire diffuse et d'une perforation du TFCC. Selon le médecin-conseil, il est bien connu qu'une lésion scapho-lunaire ou du TFCC n'est pas forcément traumatique mais très souvent dégénérative, notamment dans la tranche d'âge de l'assurée. De surcroît, son poignet présente une anomalie congénitale (fusion luno-triquétrale) qui peut entraîner une sollicitation chronique exagérée de l'espace scapho-lunaire, devenant au fil des années peu laxo, sans DISI, mais susceptible d'entraîner une chondropathie diffuse et médio-carpienne. L'événement bénin qui semble initialement n'avoir touché que le pouce a peut-être permis de révéler et non pas de causer les troubles qui ont été découverts par la suite au niveau du poignet. Le Dr Q\_\_\_\_\_ propose de compléter le dossier avec des éléments anamnestiques et les rapports de tous les médecins consultés, puis de mettre en œuvre une expertise avec investigations de l'état du poignet controlatéral et réévaluation de la causalité naturelle. Dans un rapport du 2 février 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était défavorable, avec persistance de douleurs. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie, AINS et vitamine C. Le médecin envisageait une possible reprise chirurgicale selon l'évolution. Comme dommage permanent, il prévoyait un risque d'arthrose radio-carpienne. La capacité de travail était nulle, une reprise étant prévue en mars 2009. Le 5 février 2009, l'assurance a avisé l'assurée qu'une expertise aurait lieu le 12 mars 2009 auprès de la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par pli du 12 février 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance qu'il serait plus judicieux, à l'avenir, de prendre un deuxième avis chez un autre chirurgien de la main et non chez une orthopédiste, qui n'a ni l'habitude ni l'expérience chirurgicale de ce type de lésion. Par rapport du 19 février 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé le diagnostic de pouce droit à ressort suite à une chute sur la main droite le 31 août 2008. Il précise qu'il n'a vu l'assurée qu'à une seule reprise à sa consultation du 9 septembre 2008. Elle présentait un phénomène de ressort douloureux de D1 droit avec une très intense douleur à la palpation de la poulie A1. Il avait été prévu de l'opérer le 10 octobre 2008, mais l'assurée ne s'est pas présentée à l'intervention. Le médecin était sans

nouvelles de sa part depuis lors. Lors d'un contact téléphonique du 23 mars 2009 entre l'assurance et le Dr P \_\_\_\_\_, ce dernier a indiqué que l'entretien d'expertise du 12 mars 2009 s'était très mal passé. Selon l'assurée, elle aurait eu mal lors de manipulations effectuées par l'expert et elle aurait été mal traitée d'un point de vue psychologique. L'expert aurait été pessimiste quant à l'avenir, ce qui aurait totalement catastrophé l'assurée. Selon le Dr P \_\_\_\_\_, la Dresse R \_\_\_\_\_ ne serait pas habilitée à réaliser ce genre d'expertise. En effet, compte tenu de l'importante lésion, le cas aurait dû être soumis à un chirurgien de la main. Le médecin-traitant demandait qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre. Le 30 mars 2009, la Dresse R \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. Pour la rédaction de son rapport, l'expert a eu recours au dossier médical qui lui a été communiqué par l'assurance, au bilan radiologique que l'assurée a amené avec elle lors de la deuxième consultation seulement (radiographies pré- et post-opératoires du poignet droit imprimées sur papier et arthro-IRM du poignet droit pré-opératoire) et à un nouveau bilan radiologique réalisé à la clinique Générale-Beaulieu des deux poignets le 12 mars 2009. S'agissant des circonstances de l'accident, l'expert rappelle que l'assurée s'est rendue à Lausanne, où habite son fils, pour l'aider à déménager sa cave. Elle a raté le trottoir et a été déséquilibrée, de sa hauteur, vers l'arrière. Pour éviter de se taper la tête, elle s'est protégée et réceptionnée sur la main droite, et non seulement sur le pouce droit. Elle a ressenti une vive douleur à la colonne du pouce droit, mais a pu conduire sa voiture pour rentrer à son domicile. L'expert mentionne que l'assurée a pleuré lors du premier rendez-vous, lorsqu'elle lui a expliqué que son cas relevait d'un problème maladif et non pas post-traumatique. Lors de la deuxième consultation, le nouveau bilan radiologique démontrait une lésion préexistante des deux poignets (fusion luno-triquétrale et déhiscence scapho-lunaire). L'expert a également eu un entretien téléphonique avec le Dr P \_\_\_\_\_ afin de lui demander ce qu'il pensait d'une lésion des deux ligaments (scapho-lunaire et triangulaire) qui ne provoquent pas de douleurs importantes au poignet au point que deux médecins, dont un spécialiste, n'ont pas signalé de douleurs à la face dorsale ni ulnaire du poignet. De plus, l'assurée a pu prendre sa voiture après le choc et conduire sur plus de 60 kilomètres. Selon l'expert, le Dr P \_\_\_\_\_ a répondu que sur des lésions dégénératives, les patients consultent souvent secondairement pour une rupture brutale du ligament sans qu'il y ait eu même de traumatisme important. Cette rupture ne provoque pas forcément d'hématome, ce qui explique que le patient ne consulte pas immédiatement, les douleurs n'étant pas importantes comme lors d'une fracture. Il affirme qu'il s'agit d'une lésion du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire et considère que les deux confrères qui ont vu l'assurée avant lui n'ont pas son expérience, raison pour laquelle ils n'ont pas diagnostiqué la douleur au poignet. Les examens complémentaires (radiographies des poignets droit et gauche face supination poing serré et profil strict et face en déviation ulnaire et radiale) du 12 mars 2009 ont révélé un espace scapho-lunaire élargi, à droite de 5 mm et à gauche de 3mm, une synostose luno-triquétrale des deux poignets, un remaniement dégénératif de l'articulation radio-cubitale distale des deux côtés avec ostéophytose, un état dégénératif scapho-trapézien bilatéral, une absence de DISI sur les deux profils. Au vu de l'arthro-IRM du poignet droit effectuée le 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'expert considère qu'il n'y a pas de déchirure massive mais une fuite. En conclusion, la Dresse R \_\_\_\_\_ relève que la déchirure décrite par le Dr P \_\_\_\_\_ l'est uniquement depuis l'articulation médio-carpienne. Il peut donc s'agir d'une déchirure du faisceau antérieur, partie membraneuse, du ligament S-L alors que le faisceau dorsal plus serré et plus solide était seulement détendu et perforé sur un état adaptatif. Si la lésion avait été complète, le Dr P \_\_\_\_\_ aurait pu décrire la visualisation depuis la médio-carpienne

du crochet passé depuis la radio-carpienne. Les arguments pour un état préexistant décompensé par la chute sont donc: l'absence de consultation médicale en urgence et la possibilité de conduire son véhicule le jour même de l'accident. Or, les déchirures aiguës du ligament scapho-lunaire suite à une chute en extension du poignet provoquent une impotence fonctionnelle importante du poignet qui aurait empêché de conduire un véhicule sur plus de 60 kilomètres. L'absence d'hématome ou de douleur au niveau ulnaire du poignet (complexe TFCC) et radio-carpien dorsal (ligament scapho-lunaire) lors de la première consultation le lendemain de l'accident; une déchirure ligamentaire S-L provoque un œdème dorsal du poignet et des douleurs qui, même si un diagnostic précis de déchirure scapho-lunaire n'est pas posé, doivent être mentionnées sous l'anamnèse et l'examen clinique et figurer au moins comme entorse du poignet, dans le dossier médical et/ou dans le rapport aux assurances. Le deuxième examen chez le Dr O \_\_\_\_\_ qui diagnostique un doigt à ressort et ne mentionne toujours pas de douleur au poignet droit. Une image radiologique identique des deux poignets d'arthrose radio-cubitale distale, d'ostéophyte métacarpo-trapézoïdien et trapézo-scaphoïdien. Toutes ces lésions peuvent être liées à l'âge mais peuvent aussi être favorisées par l'anomalie de fusion luno-triquétrale qui provoque une surcharge des articulations avoisinantes. La lésion radiale décrite "volet capsulaire" du complexe TFCC était accompagnée de synovite importante, donc d'un état inflammatoire chronique: il s'agit très certainement d'une désinsertion dégénérative Palmer 1D, qui justifie un simple débridement. La déchirure scapho-lunaire est bilatérale avec 3mm mesurés à droite avant l'opération et 3 mm mesurés actuellement à gauche. Or, le diagnostic de déchirure scapho-lunaire se fait sur des images radiologiques montrant une déchirure S-L de plus de 3 mm, un DISI c'est-à-dire une bascule dorsale du lunaire de plus de 20° par rapport au radius et une augmentation de l'angle scapho-lunaire de plus de 70°. Il n'y a aucun de ces trois signes radiologiques pour une déchirure S-L ni à droite ni à gauche. La déchirure S-L est très souvent associée aux fusions L-T: 46 % selon une littérature. Il s'agit d'une variante sans déchirure ligamentaire. Les images radiologiques pré-opératoires sont donc compatibles avec une surcharge scapho-lunaire chronique en relation avec la fusion luno-triquétrale. Il s'agit d'une lésion adaptative. Par ailleurs, il est connu que la surcharge chronique du ligament scapho-lunaire peut aboutir à la perforation centrale du faisceau postérieur S-L sans déchirure complète. La déchirure scapho-lunaire actuelle est de 5mm à droite malgré la capsulodèse dorsale et la suture du ligament, c'est-à-dire que celles-ci n'ont pas permis de réduire la déchirure S-L, qui est même augmentée. Or, en cas de déchirure aiguë S-L, la réduction chirurgicale est plus facilement stable dans le temps alors que dans les cas de lésion chronique (préexistante en l'espèce), la réduction est plus difficile et le succès à court ou moyen terme est plus aléatoire. Selon l'expert, les constatations du poignet droit sont ainsi seulement en relation de causalité possible avec l'accident de 2008. Le caractère purement maladif et dégénératif est manifeste. Cet état est atteint depuis la consultation du 9 septembre 2008 chez le Dr O \_\_\_\_\_ qui ne constate plus d'entorses MP du pouce mais un pouce à ressort. Dans l'activité habituelle d'aide-soignante en psycho-gériatrie, l'expert relève qu'il est encore trop tôt pour déterminer une capacité de travail. Dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 2 kg, la capacité est entière. Lors d'un entretien téléphonique le 27 avril 2009 entre l'assurance et le Dr P \_\_\_\_\_, ce dernier a contesté le compte-rendu rapporté par la Dresse R \_\_\_\_\_ de leur entretien téléphonique ainsi que le sombre pronostic qu'elle a envisagé, dès lors que l'assurée a repris son travail à 50 % depuis le 20 avril 2009 et qu'une reprise totale est prévue dans 6 à 8 semaines. Le 30 avril 2009, le Dr P \_\_\_\_\_ a annoncé à l'assurance

qu'il avait déposé une plainte contre la Dresse R\_\_\_\_\_ auprès de la Commission de déontologie de l'AMG (ci-après la Commission AMG). L'assurée en a fait de même auprès de la Commission de surveillance des activités médicales du canton de Genève (ci-après la Commission de surveillance). Le Dr P\_\_\_\_\_ considère que le jugement de l'expert a été entravé par d'anciennes querelles financières et personnelles l'opposant à ses associés actuels. Il ajoute enfin que la teneur de ses propos a été déformée et ne reflète pas du tout son avis. Il est d'ailleurs surpris de lire que la Dresse R\_\_\_\_\_ pense qu'il puisse y avoir un ligament scapho-lunaire dorsal intègre lorsqu'en arthroscopie, l'opérateur passe de l'espace radio-carpien à l'espace médio-carpien en empruntant l'interligne scapho-lunaire. Cela témoigne d'une méconnaissance complète des techniques et de l'anatomie locale. Le Dr P\_\_\_\_\_ conclut à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire auprès d'un chirurgien de la main. Sur invitation de l'assurance, la Dresse R\_\_\_\_\_ a pris position, par pli du 12 juin 2009, sur les objections du Dr P\_\_\_\_\_. Elle n'entend pas se prononcer sur les allégations de ce médecin qui ne relèvent pas du domaine professionnel. Elle est en revanche d'accord avec le Dr P\_\_\_\_\_ lorsque celui-ci indique que si l'on peut passer un arthroscope de l'articulation radio-carpienne dans la médio-carpienne, c'est qu'en principe tout le ligament scapho-lunaire est déchiré. Elle maintient toutefois les conclusions de son rapport. Dans un avis du 28 juillet 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ semblait complète, bien étayée et convaincante, de sorte qu'il proposait d'en suivre les conclusions. Il est également d'avis que les éléments du Dr P\_\_\_\_\_ présentés dans la lettre du 30 avril 2009 sont insuffisants pour changer l'appréciation de la causalité. Par courrier du 24 août 2009, l'assurance a informé l'assurée que la responsabilité de l'accident du 31 août 2008 devait être limitée dans le temps, conformément aux conclusions de l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_. Ainsi, le terme des prestations était fixé au plus tard au 30 septembre 2008, soit après la consultation auprès du Dr O\_\_\_\_\_. Par pli du 9 septembre 2009, l'assurée a contesté, par l'intermédiaire de son représentant, la position de l'assurance. En premier lieu, l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_ ne serait pas plus pertinent que celui du Dr P\_\_\_\_\_. En deuxième lieu, elle ne souffrait d'aucune douleur au poignet droit avant l'accident ni d'atteinte au poignet gauche. Enfin, si l'expert met en doute le lien de causalité entre la chute et l'atteinte, elle ne l'exclut pas. L'assurée concluait ainsi à la poursuite des prestations dues au titre de la LAA, sans discontinuité. Dans un rapport du 25 septembre 2009 établi à la demande du représentant de l'assurée, le Dr P\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic d'une déchirure scapho-lunaire droit classée Geissler IV, associée à une déchirure partielle du ligament triangulaire du carpe (stade Palmer I A + I C). Cette atteinte est survenue soudainement après la chute du 31 août 2008, comme l'atteste tant l'arthro-IRM démontrant la lésion fraîche que l'arthroscopie effectuée le 16 octobre 2008. Cette atteinte est effectivement secondaire à la chute, car une déchirure scapho-lunaire complète de type Geissler IV n'est jamais dégénérative, hormis dans le cas de maladie rhumatismale comme les polyarthrites rhumatoïdes dans sa phase très avancée, soit en général après 10 à 15 ans d'évolution de la maladie. De plus, une chute sur le poignet en hyper-extension est un traumatisme adéquat et représente le mécanisme habituel reconnu dans les lésions ligamentaires scapho-lunaires. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, il n'existe, dans la littérature médicale, que 31 articles traitant de synostose luno-triquétrale ou fusion pyramido-lunaire congénitale. Ces articles témoignent d'une prédisposition majoritaire d'environ 80 % de cette malformation dans la race noire. Cette fusion peut être partielle ou complète. Le seul article témoignant d'une surcharge articulaire pouvant amener à des dégénérescences arthrosiques ou des lésions ligamentaires secondaires, traitent d'une

part de l'articulation luno-triquétrale incomplètement fusionnée qui peut alors développer une arthrose précoce. Il n'est jamais fait mention de quelconque surcharge pour le ligament scapho-lunaire, ni d'un point de vue théorique ni d'un point de vue de la charge en biomécanique, ni d'aucune autre manière que ce soit. Aussi, les propos de l'expert sont tendancieux et ne reflètent pas la réalité scientifique. Pour le surplus, l'assurée a repris une activité complète dès le 28 août 2009, mais son rendement est vraisemblablement diminué de l'ordre de 10 à 20 % par rapport à ses capacités antérieures. Cette limitation pourrait persister dans le futur. L'assurance a, par décision du 18 novembre 2009, confirmé les termes de son courrier du 24 août 2009. Par écriture du 30 novembre 2009, HELSANA ASSURANCES SA, assurance-maladie de l'assurée (ci-après HELSANA), a formé opposition à ladite décision. Selon HELSANA, il incombe à l'assurance d'allouer les prestations LAA, au-delà du 30 septembre 2008. En effet, il s'agissait non seulement, en l'espèce, d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, mais également d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Selon la jurisprudence, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont pour l'essentiel une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assurée. Dès lors, on ne saurait admettre de statu quo sine tant que le caractère exclusivement maladif ou dégénératif n'est pas manifeste. En l'espèce, la déchirure ligamentaire a été découverte et traitée suite à la chute sur la main droite dont a été victime l'assurée le 31 août 2008. Il serait donc erroné de vouloir limiter les conséquences de cet accident du seul fait que le diagnostic initialement retenu était concentré sur l'entorse du pouce droit. Conformément à la description de l'événement, l'assurée a chuté de sa hauteur sur la main droite ce qui implique impérativement un traumatisme direct du poignet droit. Dans un rapport du 3 décembre 2009 adressé au représentant de l'assurée, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé que les symptômes entre une entorse de la métacarpo-phalangienne comme évoqué par le médecin de la Clinique de Carouge et les entorses d'une lésion péri-scaphoïdienne comme retrouvées sur les IRM se trouvent anatomiquement distants de 1,5 cm entre la base de la colonne du pouce et la région de la tabatière anatomique et peuvent très bien prêter à confusion pour n'importe quel médecin qui ne pratiquerait pas un examen attentif et différencié entre le pouce et le poignet. Selon rapport du 8 décembre 2009 établi par la Dresse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil auprès de HELSANA, il y a un lien de causalité entre la chute sur la main et la rupture du ligament scapho-lunaire. En effet, il existe une rupture du ligament scapho-lunaire plutôt qu'une lésion. Par ailleurs, le traumatisme est adéquat. De plus, il n'y a pas de maladie rhumatismale sous-jacente dans les antécédents, de sorte qu'une maladie dégénérative préexistante n'entre pas en ligne de compte. Enfin, d'accord avec le Dr P\_\_\_\_\_, une synostose luno-triquétrale n'induit pas nécessairement une dégénérescence chronique du ligament scapho-lunaire. Par décision sur opposition du 21 décembre 2009, l'assurance a rejeté l'opposition de HELSANA. Selon l'assurance, l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante. Quant à la position du Dr P\_\_\_\_\_, elle apparaît manifestement partielle et entachée d'un contentieux à l'encontre de l'expert, de sorte que son avis ne saurait être retenu. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a de manière convaincante mis en évidence la valeur probante de l'expertise. S'agissant de l'avis très laconique de la Dresse S\_\_\_\_\_, il ne permet pas d'apporter de doute sur les conclusions de l'expert. Le 30 décembre 2009, l'assurée a formé opposition à la décision du 18 novembre 2008. Selon l'assurée, il existe des motifs impératifs de s'écarter de l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_. Elle relève, d'une part, que l'expert n'a jamais eu un

avis neutre sur la question litigieuse et que son diagnostic n'est pas fiable. D'autre part, l'expert est incompetent à raison de la matière. Sur le fond, l'expertise est contradictoire et incomplète. En effet, la Dresse R\_\_\_\_\_ affirme avec certitude que l'atteinte au poignet droit est uniquement liée à un état maladif et dégénératif, tout en admettant qu'il pourrait y avoir un lien de causalité possible entre cette atteinte et la chute. En outre, elle ne pose pas de diagnostic précis sur les lésions au poignet de l'assurée, ne faisant qu'énumérer certaines possibilités sans se prononcer fermement. Il faut donc admettre que les lésions au poignet droit de l'assurée sont bien d'origine traumatique, de sorte que la décision querellée doit être annulée. Par décision sur opposition du 15 janvier 2010, annulant et remplaçant celle du 21 décembre 2009, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et celle de HELSANA. Selon l'assurance, les conclusions de la Dresse R\_\_\_\_\_ sont cohérentes et convaincantes, de sorte que son expertise remplit les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Quant au Dr P\_\_\_\_\_, il se contente de critiquer les positions de l'expert, sans apporter le moindre élément objectif. Pour le surplus, elle maintient son argumentation telle que développée dans la décision du 18 novembre 2008. Le 12 février 2010, l'assurée saisit le Tribunal de céans d'un recours contre la décision sur opposition du 15 janvier 2010. Selon la recourante, l'impartialité de la Dresse R\_\_\_\_\_ doit être remise en cause. En effet, lors du premier entretien d'expertise, l'expert a critiqué les compétences du Dr P\_\_\_\_\_. De plus, elle a été dure et blessante à l'égard de la recourante qui a fini par pleurer. Il est évident que son conflit avec le médecin-traitant a joué un rôle dans sa manière de traiter la recourante. Il sied de relever à cet égard que la Dresse R\_\_\_\_\_ a apparemment été sanctionnée par ses pairs en raison de ce comportement. Sur le fond, elle invoque les mêmes griefs que ceux soulevés dans le cadre de son opposition du 30 décembre 2009. La recourante conclut à l'annulation de la décision querellée. Par réponse du 30 avril 2010, l'intimée, par l'intermédiaire de son conseil, conclut au rejet du recours. En premier lieu, elle relève que le titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de la Dresse R\_\_\_\_\_ l'autorisait indéniablement à fonctionner comme expert médical, ce d'autant plus qu'elle fonctionne depuis plus de 15 ans déjà en cette qualité et à la satisfaction générale. La recourante se fourvoie quand elle tente de faire le procès de l'expert ou de donner à croire à l'existence d'un vieux conflit entre celle-ci et le Dr P\_\_\_\_\_. En deuxième lieu, dans le cadre de l'expertise effectuée par la Dresse R\_\_\_\_\_, celle-ci n'a pas eu l'attitude "dure" et "blessante" relayée par la recourante et son médecin-traitant. Il s'agit, à nouveau, d'affirmations purement gratuites et mensongères. La Dresse R\_\_\_\_\_ a tout simplement effectué son travail d'expert, ce en toute indépendance et sans complaisance. À ce titre, les griefs émis par le Dr P\_\_\_\_\_, avant même que le rapport d'expertise ne lui soit parvenu, attestent du fait que celui-ci a endossé la robe d'avocat, prenant fait et cause pour sa patiente, au risque de perdre toute objectivité et crédibilité. Quant à l'expertise, elle remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Enfin, rien ne permet d'attribuer la déchirure scapho-lunaire à l'accident du 31 août 2008, celle-ci étant vraisemblablement antérieure à l'événement incriminé. C'est bien la manifestation d'un phénomène arthrosique et dégénératif qui est vraisemblablement la cause des troubles du poignet droit de la recourante. Le Dr P\_\_\_\_\_ a été entendu lors d'une audience d'enquête qui s'est tenue le 17 août 2010 devant le Tribunal de céans. À cette occasion, il a déclaré ce qui suit: "Je connais la Doctoresse R\_\_\_\_\_ dans la mesure où elle travaille à la Clinique Générale Beaulieu dans laquelle il m'arrive fréquemment d'opérer. Je sais qu'elle n'a jamais pratiqué d'arthroscopie du poignet. J'ai pensé dès lors qu'il n'était pas pertinent de la prendre comme

expert dans le cas d'espèce. Je suis président du Groupement des chirurgiens de la main depuis décembre 2007 et ai à ce titre une idée très précise de ce qui se passe à Genève dans ce domaine. Je confirme avoir déposé une plainte auprès de la Commission de déontologie de l'AMG avant même de lire le rapport d'expertise. Je l'ai fait parce que j'ai reçu la patiente suite à l'entretien qu'elle avait eu avec la Dresse R\_\_\_\_\_. Elle m'a expliqué qu'elle avait été reçue "comme un chien dans un jeu de quilles". Elle était en pleurs. J'ai alors téléphoné à la Dresse R\_\_\_\_\_, pensant qu'il était important de le faire sur un plan relationnel avant le cas échéant de déposer une plainte. Celle-ci n'a pas nié que l'entretien avait été difficile. Elle a dit à la patiente que son poignet était perdu, qu'elle ne pourrait plus retravailler. Je précise encore que je suis membre de la Commission de surveillance des activités médicales et suis de ce fait particulièrement sensibilisé par ce genre de situation. La décision rendue par cette Commission n'est pas communiquée. Elle ne peut l'être qu'à un Tribunal dans le cadre d'une procédure. C'est moi qui ai informé l'assurée de la possibilité de déposer une plainte de son côté auprès de la Commission de surveillance des activités médicales. Je considère que la lésion scapho-lunaire dont souffre l'assurée est en relation de causalité adéquate avec l'accident du 31 août 2008. L'infiltration a permis de faire disparaître les douleurs au pouce. Elles ont laissé apparaître alors d'autres douleurs au poignet. Il faut préciser qu'au moment de l'accident et jusqu'à 24 voire 48 heures après les douleurs sont diffuses. 10 à 15% de la population noire africaine présente une malformation congénitale aux poignets, soit la fusion de deux os. Cette malformation est muette, elle n'a en soi aucun effet, elle ne génère aucune limitation, ni de douleur. La fusion des deux os peut être complète ou partielle. Ce n'est que dans le cas d'une fusion partielle que de l'arthrose peut se développer entre les deux os. Tel n'est pas le cas pour la fusion complète puisqu'elle représente un seul os. Lorsqu'il y a un problème dégénératif, il y a un signe d'usure, soit un trou dans le ligament. Or, la patiente présente une déchirure complète qui ne peut dès lors être que d'origine traumatique. Je rappelle à cet égard qu'elle n'a pas eu d'accident à ce poignet auparavant. Je ne sais pas pour quelles raisons le Dr Q\_\_\_\_\_ a pris fait et cause pour la Dresse R\_\_\_\_\_. Je rappelle que les deux médecins, tant la Dresse R\_\_\_\_\_ que le Dr Q\_\_\_\_\_, ne sont pas spécialistes de ce genre de lésions et ne pratiquent pas d'intervention en relation avec ces lésions. Lorsqu'il y a peu de littérature, comme dans le cas présent (il y a une vingtaine de publications dans le monde sur le sujet), l'expérience personnelle est d'autant plus importante. La lésion scapho-lunaire telle que la présente la patiente est classique d'une chute sur le poignet en extension créée par le poids du corps. J'ai pratiqué sur la patiente une reconstitution partielle du ligament qui a été satisfaisante. Elle ne protège cependant pas le poignet d'une évolution arthrosique qui pourrait survenir dans dix ans par exemple. Un geste complémentaire pourrait alors lui être proposé. En l'état, cette éventualité n'est pas à l'ordre du jour. Il est difficile de déterminer comment l'assurée est tombée sur la main. Généralement les patients se réceptionnent sur la paume de la main le pouce en adduction. Il serait important à cet égard de savoir par exemple comment était le sol sur lequel a chuté la patiente. Je précise que 95% des tendinites du pouce sont d'origine non traumatique. Si la patiente était tombée avec le pouce en abduction, elle aurait inmanquablement souffert d'une déchirure du ligament du pouce." Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le même jour. La recourante a confirmé avoir déposé une plainte auprès de la Commission de surveillance mais être sans nouvelles depuis. En revanche, elle a été entendue par la Commission AMG. À l'issue de l'audience, le Tribunal de céans a décidé de demander à la Commission AMG une copie de sa décision. L'intimée a réservé l'audition de la Dresse R\_\_\_\_\_.

requête du Tribunal, la Commission AMG a transmis une copie du procès-verbal de la séance du 11 novembre 2009. Lors de son audition devant la Commission AMG, la Dresse R\_\_\_\_\_ a déclaré qu'elle n'avait pas critiqué le Dr P\_\_\_\_\_ et qu'elle n'avait jamais parlé d'erreur commise par celui-ci. En revanche, elle reconnaît avoir été sèche avec la recourante qui avait, lors de la première consultation, oublié ses radiographies. Elle admet que lors de la deuxième consultation, elle a eu un problème technique qu'elle a dû régler par téléphone durant l'entretien. Elle explique que si la recourante a pleuré, c'est parce qu'elle lui a reproché d'avoir oublié les radiographies, lui a dit qu'il s'agissait d'un cas de maladie et non d'accident, et qu'une seconde opération était envisageable selon le rapport de son médecin-traitant. Lors de son audition par la Commission AMG, le Dr P\_\_\_\_\_ a déclaré que son intention était d'aplanir le conflit. Il persiste à penser qu'il y a un manque de compétences professionnelles de la Dresse R\_\_\_\_\_ en matière de chirurgie de la main. Le Dr P\_\_\_\_\_ estime que l'expert a déstabilisé sa patiente en parlant d'une maladie et d'assurance-invalidité, et a dénigré son travail en parlant d'une nouvelle opération. Il donne plus de crédit à sa patiente qu'à son confrère et maintient que la Dresse R\_\_\_\_\_ n'a pas la formation requise pour ce type d'expertise. La Commission AMG a constaté l'échec de la conciliation. Elle n'a toutefois pas acquis la certitude que l'attitude du Dresse R\_\_\_\_\_ soit reconnue comme une faute professionnelle. Elle a ainsi demandé à la Dresse R\_\_\_\_\_, par écrit, d'avoir plus de réserve à l'avenir quant son attitude vis-à-vis des patients et d'effectuer ses expertises de façon plus neutre et uniquement technique. Le Tribunal de céans a accordé à la recourante et à l'intimée un délai au 26 octobre 2010 pour se prononcer sur la décision de la Commission AMG. Les parties se sont déterminées respectivement les 14 octobre 2010 et 26 octobre 2010. Sur demande du Tribunal de Céans, la recourante a indiqué le 30 décembre 2010 que la Commission de surveillance n'avait pas encore rendu de décision. Cette dernière écriture a été transmise à l'intimée et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). La LGPA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, ATF 112 V 359 consid. 4a). L'accident dont est question s'étant produit le 31 août 2008, la LPGA est donc applicable. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. Concrètement, la question que le Tribunal de céans a à trancher porte sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et

l'accident du 31 août 2008. 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, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008).

a) 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. 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 181 consid. 3.1 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) 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 à la santé. 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 129 V 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

a) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 sv.). A *contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références).

c) Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380). Ce n'est que lorsqu'il souhaite requérir la restitution des prestations versées à tort que l'assureur doit respecter les conditions de la reconsidération (ATF 130 V 380, consid. 2.3.1, arrêt U 6/03 du 6 mai 2003, consid. 4.2.1).

a) 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. A 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 125 V 351 consid. 3). 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 132 V 93 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). L'expert n'est pas prévenu du seul fait qu'il a déjà rendu une expertise défavorable concernant l'expertisé. Est déterminant le fait que le résultat de l'expertise ne soit pas prédéterminé. A cet égard, le comportement de l'expert pendant l'examen peut dans certaines circonstances objectivement éveiller l'impression qu'il est prévenu. Ainsi, l'on peut effectivement douter de l'objectivité et de l'impartialité d'une appréciation lorsque des critères étrangers à l'état de santé sont introduits qui ont une incidence sur l'activité qui est exigible. Il en va de même d'un ton inutilement vexatoire utilisé dans l'expertise ou encore lorsqu'existent des tensions dans la relation expert expertisé, sans qu'il y ait un comportement révélant une absence de collaboration de l'expertisé. Toutefois, le fait qu'il n'y ait pas de relation de confiance entre l'expertisé et l'expert ne permet pas de conclure que ce dernier est prévenu (ATF non publié 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009). b) 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). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport

d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). c) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C\_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C\_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.3 et les références). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ pour motiver la décision querellée, considérant qu'il faut reconnaître à ce rapport pleine valeur probante. a) Il ressort du rapport d'expertise du 30 mars 2009 que, lors de la première consultation avec la recourante, celle-ci n'était pas en possession du bilan radiologique (radiographies pré- et post-opératoires du poignet droit et arthro-IRM du poignet droit pré-opératoire) (cf. page 1 du rapport). Or, il ressort expressément du même rapport que, lors de la première consultation, la Dresse R\_\_\_\_\_ a exposé que le cas de l'assurée relevait d'un problème maladif et non post-traumatique (cf. page 5 du rapport). La Dresse R\_\_\_\_\_ l'a également admis lors de son audition devant la Commission AMG. Aussi, et avant même d'être en possession du bilan radiologique de la recourante, et donc de toutes les pièces pertinentes quant à la connaissance du dossier, l'expert avait déjà prédéterminé les conclusions de son rapport. Ces circonstances permettent d'éveiller objectivement l'impression que l'expert était prévenu, de sorte que l'on peut légitimement douter de son objectivité et de son impartialité. Rappelons que, selon la jurisprudence (ATF 132 V 93), l'impartialité de l'expert doit être examinée avec rigueur vu l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales. Ainsi, l'expert se doit de rester neutre et objectif, et rendre ses conclusions sans préavis et en toute connaissance de cause, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Partant, le Tribunal de céans considère que l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 30 mars 2009 n'est pas neutre. La partialité de l'expert permet à elle seule de nier la valeur probante de l'expertise, et ainsi de ne pas en tenir compte comme moyen de preuve. Il n'est pour le surplus pas nécessaire d'attendre une décision de la Commission de surveillance et de solliciter la production du dossier y relatif, les éléments de fait du dossier étant suffisamment étayés pour juger à satisfaction de droit. b) Par surabondance, le Tribunal relève que, sur le fond, d'autres éléments viennent entacher la valeur probante de l'expertise. D'une part, force est de constater, à l'instar de la recourante, que l'expert ne retient pas de diagnostics précis sur les atteintes à la santé. En effet, en

parcourant l'expertise, l'on constate que la Dresse R\_\_\_\_\_ se borne à remettre en cause l'avis du Dr P\_\_\_\_\_, sans faire clairement part de sa propre appréciation médicale. Ainsi, elle mentionne qu'il " peut donc s'agir d'une déchirure du faisceau antérieur, partie membraneuse, du ligament S-L ", ou encore qu'il " s'agit très certainement d'une désinsertion dégénérative Palmer 1D, qui justifie un simple débridement ". Il s'agit au final d'un avis contradictoire, dont il est difficile de juger du bien-fondé sans diagnostics et explications clairs et précis. D'autre part, la Dresse R\_\_\_\_\_ admet, suite à la remarque formulée par le Dr P\_\_\_\_\_, que si l'on peut passer un arthroscope de l'articulation radio-carpienne dans la médio-carpienne, c'est qu'en principe tout le ligament scapho-lunaire est déchiré, contrairement à ce qu'elle avait retenu dans son expertise (page 11). Selon elle, cela ne suffirait toutefois pas à modifier son rapport. Cette réponse est pour le moins surprenante et contradictoire. En effet, ses conclusions sont en particulier fondées sur une déchirure partielle du ligament ou une déhiscence (page 13). Si l'on considère qu'il s'agit d'une déchirure complète, ses seuls arguments sont l'absence de constatation des premiers médecins de douleur au poignet et le fait qu'après l'accident, la recourante a pu conduire jusqu'à chez elle (page 12 et 13 du rapport). Or, d'un point de vue médical, cette seule explication n'est pas suffisante pour nier le lien de causalité naturelle ou démontrer son absence au degré de la vraisemblance prépondérante, ce d'autant plus que si une expertise a été demandée, c'est bien pour approfondir les constatations des premiers médecins. Il en découle que, même sur le fond, l'expertise établie par la Dresse R\_\_\_\_\_ le 30 mars 2009 ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante dès lors que les diagnostics, si tant est qu'elle en ait retenus, ne sont pas clairs et que ses conclusions sont contradictoires et pas convaincantes. c) Par conséquent, le Tribunal constate que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur le rapport du 30 mars 2009 pour prononcer la décision querellée, dit rapport ne pouvant se voir conférer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. d) Pour le surplus, le Tribunal de céans ajoutera que les développements de la recourante quant à l'incompétence de l'expert à raison de la matière ne sont pas pertinents et dans tous les cas pas démontrés, étant rappelé que, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié 9C\_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Reste dès lors à examiner si les avis du Dr P\_\_\_\_\_ permettent de trancher la question du lien de causalité (naturelle). En l'espèce, l'on ne saurait suivre d'emblée l'avis du médecin-traitant dans la mesure où il a lui-même admis, lors de son audition devant la Commission AMG, qu'il donnait plus de crédit à sa patiente qu'à son confrère. À cet égard, son comportement dans le cadre de la procédure devant l'intimée laisse apparaître une subjectivité certaine dans l'appréciation du cas de la recourante, le Dr P\_\_\_\_\_ ayant notamment contesté le choix de l'expert avant même que celle-ci ait vu la recourante et ait rédigé son rapport. Cette animosité, quelles que soient ses origines, ne permet pas au juge de faire la différence entre la part objective et subjective de son appréciation médicale, de sorte que son avis ne saurait être considéré comme neutre et, partant, suivi. Il en découle que l'on ne saurait conférer pleine valeur probante aux avis du Dr P\_\_\_\_\_ non plus. Quant à l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, celui-ci est fondé sur le rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_, lequel n'a pas été admis par le Tribunal. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimée n'était pas en droit, sur la base de l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_, de mettre fin aux prestations dès le 1<sup>er</sup> octobre 2008. En l'état du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le droit aux prestations de la

recourante en relation avec l'événement du 31 août 2008, dès lors qu'il n'est pas établi un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité. Il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle expertise qui sera confiée à un spécialiste en chirurgie de la main. Le recours est ainsi partiellement admis. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens fixés en l'espèce à 1'000 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 15 janvier 2010. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. Octroie à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. 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-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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