

GE_GERICHTE A/81/2007 vom 13. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_81_2007

FR: GE_GERICHTE A/81/2007 du 13 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/81/2007 del 13 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.11.2008 A/81/2007

A/81/2007 ATAS/1279/2008 du 14.11.2008 (LAA), REJETE Recours TF déposé le 09.01.2009, rendu le 30.07.2009, REJETE, 8C_6/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/81/2007 ATAS/1279/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 13 novembre 2008 En la cause Monsieur D_____, domicilié aux AVANCHETS, représenté par CAP Protection Juridique recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Monsieur D_____, né en 1957, de nationalité macédonienne, a travaillé à compter du 26 mai 1993 pour l'entreprise X_____ SA en tant que monteur de chantier. À ce titre, il était couvert contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après SUVA). Le 23 janvier 2004, sur un chantier, l'assuré s'est tordu le poignet gauche. Dans la déclaration d'accident du 9 février 2003 (recte : 2004), son employeur a indiqué que l'accident s'était produit alors que l'intéressé levait une charge. Dans le questionnaire d'accident du 25 février 2004, l'assuré a précisé qu'alors qu'il portait une poutrelle en fer de six mètres de long, le poids lui avait fait lâcher prise ce qui avait provoqué une déchirure des tendons. Dans un rapport du 9 février 2004, le Dr L_____, chirurgien de la main, a indiqué avoir examiné le patient, le 4 février 2004. Il a diagnostiqué une probable déchirure du tendon de l'abducteur long du pouce entraînant une synovite et a préconisé une exploration opératoire afin de régler le problème le plus vite possible. Le 16 février 2004, l'assuré a subi à la main gauche une ténolyse au pouce gauche de l'abducteur long, de l'extenseur court et de l'extenseur long, une synovectomie des extenseurs radiaux du carpe gauche et une dénervation dorsale du poignet gauche. Dans son rapport opératoire du 16 février 2004, le Dr L_____ a indiqué qu'un mois auparavant, un collègue du patient lui avait tordu le pouce gauche en chutant d'un échafaudage. Lors de l'opération, il n'a pas constaté de déchirure tendineuse, ni de lésion du tendon de l'extenseur long du pouce, ni de kyste au ligament scapho-lunaire mais une synoviale épaissie entourant les tendons extenseurs radiaux du carpe. Dans un rapport du 3 mars 2004, le Dr M_____, généraliste, a précisé qu'il avait donné les premiers soins le 23 janvier 2004. Il a diagnostiqué une rupture partielle des tendons des abducteurs longs du pouce à gauche et une contusion de la main gauche. Il a indiqué que le patient avait reçu un poids de 25 kilos (une poutrelle de six mètres) sur la main gauche et qu'il avait ressenti des douleurs à cette main, puis, plus tardivement, au pouce gauche. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 23 janvier 2004. Le 26 avril 2004, l'assuré a eu un entretien avec l'inspecteur E_____ de la

SUVA. Il a déclaré que, le 23 janvier 2004, il venait de poser sur le sol une partie de la poutrelle de six mètres pesant environ 40 kilos alors que l'autre partie se trouvait sur l'échafaudage. Il avait saisi avec sa main gauche le haut de la poutrelle et avec la main droite le bas de cette dernière lorsque la partie située sur l'échafaudage avait glissé et était tombée alors qu'il continuait à tenir l'autre extrémité avec sa main gauche. Au moment où la poutrelle avait touché le sol, il avait reçu une décharge dans sa main gauche qui avait brusquement été tirée vers le bas. Dans un rapport du 28 mai 2004, le Dr L_____ a constaté que la main gauche de l'assuré était extrêmement douloureuse, raide, rouge et moite. Il a diagnostiqué une synovite au pouce gauche de l'extenseur court, de l'abducteur long et de l'extenseur long ainsi qu'une algodystrophie débutante. Il a suspecté une maladie de Südeck. Une IRM effectuée le 3 juin 2004 a décrit un remaniement du tiers distal du scaphoïde avec une image de solution de continuité évoquant une fracture sans déplacement du scaphoïde, un arrachement cortical du bord supéro-antérieur du grand os sans déchirure tendineuse, ni tuméfaction du nerf médian. Dans la rubrique « indication », était mentionnée une chute sur la main. Le 18 août 2004, le Prof. N_____, radiologue de l'institut de radiologie de la Clinique des Grangettes, a analysé l'écographie pratiquée le 26 janvier 2004, les radiographies des 4 février et 26 juin 2004 ainsi que l'IRM. Il a constaté des anomalies concernant essentiellement l'articulation entre le scaphoïde et, d'une part, le trapèze, d'autre part, le trapézoïde sous forme d'un pincement articulaire et de petits kystes sous-chondraux. Il a posé le diagnostic différentiel d'arthrose du carpe en relevant l'absence de rhizarthrose. Il a contesté les conclusions du rapport IRM au motif que le tableau radiologique n'était pas celui d'une fracture mais bien d'un phénomène dégénératif, c'est-à-dire d'une arthrose, et que les images du bord supéro-antérieur du grand os ne montraient pas un arrachement cortical, mais un effet de volume partiel lié à l'architecture de cette région et à l'épaisseur de coupes de l'IRM. Il a considéré que le tableau radiologique était plutôt celui d'une arthrose du carpe que d'une lésion post-traumatique récente. Au vu de l'évolution négative du cas, l'assuré a été examiné le 12 août 2004 par le Dr O_____, chirurgien-orthopédiste et médecin d'arrondissement à la SUVA. Le patient se plaignait d'une persistance des douleurs au poignet du côté radial avec une diminution de la mobilité. Dans son rapport du 23 août 2004, le Dr O_____ a constaté une diminution de mobilité du poignet gauche d'environ un tiers en comparaison avec le côté droit ainsi qu'une réduction de la mobilité des doigts. Il a considéré que la persistance de la symptomatologie douloureuse du poignet gauche était due à des troubles dégénératifs expliquant l'incapacité de travail. Dans un rapport du 5 novembre 2004, le Dr L_____ a diagnostiqué une arthrose STT traumatisée du poignet gauche. Il a précisé qu'en cas d'échec du traitement en cours, il y aurait lieu d'envisager une arthrodèse du STT. Par décision du 29 novembre 2004, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 décembre 2004, au motif que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles actuels n'étaient plus dus à l'accident mais avaient exclusivement une nature dégénérative. Le 12 janvier 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant que son état de santé relevait exclusivement de son accident. Il a conclu au maintien des prestations d'assurance. Il a précisé qu'il avait requis un avis médical qui ne lui était encore pas parvenu. A la demande du Dr L_____, le Dr P_____, neurologue, a procédé à un examen électroneuromyographique (ENMG). Dans son rapport du 10 janvier 2005, il a relevé que l'examen ne montrait pas de signe d'atteinte du nerf radial sensitif, voire moteur gauche, mais la présence d'un syndrome du canal carpien gauche. Il a précisé que l'atteinte du nerf médian pouvait participer partiellement au tableau douloureux et

surtout aux engourdissements de la main. Dans un rapport du 15 février 2005, rédigé sur demande du mandataire, le Dr M_____ a notamment considéré que l'affection dont souffrait le patient était vraisemblablement d'origine post-traumatique au motif qu'avant l'accident, il ne se plaignait pas de douleurs à gauche au poignet ainsi qu'à la main et qu'à cause de ce traumatisme, il avait dû subir une intervention chirurgicale. Selon le médecin, le lien de causalité entre les lésions actuelles et l'accident était probable à plus de 50%. Dans son complément d'opposition du 12 août 2005, en se basant sur le rapport du Dr M_____ du 15 février 2005, l'assuré a soutenu que son état de santé était exclusivement dû au traumatisme du 23 janvier 2004 de sorte que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'étaient atteints. Il a annexé le rapport du Dr M_____ dans lequel ce dernier considérait que la cause de l'affection était traumatique, que l'état actuel ne découlait pas d'un état antérieur étranger à l'accident et que le lien de causalité entre les lésions actuelles et l'accident était certain à 100 %. Il a précisé que le patient serait aussi expertisé par le Dr Q_____. Le 2 septembre 2005, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle était d'accord d'attendre l'issue de l'expertise avant de poursuivre le traitement de l'opposition. Le 21 octobre 2005, l'assuré a informé la SUVA qu'une nouvelle opération était prévue pour le 9 novembre prochain et que, dans la mesure où elle était directement en lien avec l'accident du 23 janvier 2004, il lui demandait de confirmer sa prise en charge. Le 24 octobre 2005, la SUVA a répondu qu'elle avait mis fin à toutes prestations d'assurance au 31 décembre 2004 de sorte qu'elle ne pouvait pas prendre en charge les frais de la nouvelle opération. Le 9 novembre 2005, l'assuré a subi une nouvelle opération consistant en un dégagement du canal carpien et une hémi-dénervation radiale du poignet gauche. A la demande de l'assurance perte de gain en cas de maladie, le Dr R_____, chirurgien-orthopédiste, a examiné l'assuré, le 16 janvier 2006. Dans son rapport d'expertise du 19 janvier 2006, il a précisé que l'assuré avait ressenti une décharge dans la main gauche et une forte traction vers le bas générant de fortes douleurs dans le poignet gauche lorsque que l'extrémité de la poutrelle qu'il était en train de poser et qui était située sur l'échafaudage avait glissé, puis était tombée. L'assuré avait affirmé que cette version de l'accident était conforme à la vérité au contraire des autres versions répertoriées dans les documents cliniques - à savoir une contusion du poignet gauche ou une torsion du pouce gauche -, lesquelles étaient inexactes. Il se plaignait de douleurs dans les trois premiers doigts de la main gauche, d'une hypoesthésie de la moitié radiale de la main gauche au niveau dorsal et palmaire, d'une mobilité articulaire du poignet gauche limitée et douloureuse ainsi que d'une incapacité à utiliser la main gauche. Le médecin a diagnostiqué une arthrose du carpe gauche, un status après ténolyse de l'extenseur du pouce gauche et de l'extenseur radial du carpe gauche associée à une dénévation partielle du poignet gauche, un status après décompression du nerf médian et hémi-dénervation radiale du poignet gauche. Il a considéré que l'incapacité de travail totale actuelle était justifiée dans la mesure où l'assuré se trouvait dans une période de rééducation pour laquelle l'utilisation de la main gauche dans un travail quelconque n'était pas possible. Dans un travail de force, le médecin a précisé que l'incapacité totale de travail pouvait perdurer pendant encore quatre à six mois. Il a estimé que les conclusions de la SUVA étaient discutables. En effet, l'arthrose du carpe préexistante à l'accident ne pouvait pas être niée et au vu de la description faite par l'assuré, il fallait admettre que le traumatisme du 23 janvier 2004 avait été violent. Le déclenchement subit d'une symptomatologie douloureuse chez un travailleur de force qui n'avait jamais souffert de son poignet gauche auparavant faisait également admettre un rapport de causalité entre les douleurs et l'événement. La violence du traumatisme pouvait

expliquer l'état inflammatoire au niveau des tendons extenseurs du pouce et le syndrome du tunnel carpien post-traumatique. Le médecin a conclu à une décompensation traumatique durable du poignet gauche eu égard aux traitements chirurgicaux induits par l'accident ayant modifié définitivement l'état initial. Dans un rapport du 27 décembre 2005 établi sur demande de l'assuré, le Dr Q_____, médecin responsable de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a diagnostiqué une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) débutante, une insertionite de l'extenseur radial du carpe, une ténosynovite des extenseurs long et court du pouce ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien post-traumatique à gauche. Il a estimé que la cause de cette affection était le traumatisme de la main gauche subi le 23 janvier 2004. Il a précisé ne pas avoir connaissance d'un état antérieur étranger à l'accident et a admis que le lien de causalité entre les lésions actuelles et l'accident était probable. Dans son appréciation du 25 août 2006, le Dr S_____, chirurgien et médecin adjoint à la Division de médecine des assurances de la SUVA, a exposé qu'il ne voyait pas sur quelle base le Dr R_____ avait décrit l'accident du 23 janvier 2004 comme un traumatisme violent ayant entraîné une décompensation traumatique du poignet gauche avec aggravation d'une arthrose du carpe, réaction inflammatoire au niveau de certains tendons extenseurs et développement d'un syndrome du canal carpien. Il a relativisé l'importance du traumatisme. Il a retenu que l'assuré tenait fermement la poutrelle en fer avec la main gauche par-dessus et la main droite par-dessous lorsque l'autre extrémité de la poutrelle était tombée de l'échafaudage sur le sol occasionnant une secousse et une traction sur le carpe gauche dirigé vers le sol. Il a expliqué qu'une traction sur la main dans le sens de la longueur était peu susceptible de comprimer et d'aggraver de manière déterminante une arthrose préexistante qui n'avait été diagnostiquée que six mois après l'accident par le Prof. N_____. De plus, le dossier radiologique ne mettait en évidence aucun effet tangible de l'accident sur la structure de la main, ni une progression importante de l'arthrose carpienne débutante préexistante. Eu égard à la chronologie des différentes pathologies chez l'assuré, le Dr S_____ a considéré que les délais d'apparition de plusieurs mois après l'accident excluaient les relations causales correspondantes. Selon lui, l'accident avait très vraisemblablement provoqué l'aggravation d'une ténosynovite de De Quervain gauche qui avait été définitivement éliminée par l'opération dégageant la première coulisse des extenseurs. De même, l'algodystrophie de Südeck qui était active en mai 2004 avait été complètement guérie avec un traitement par MIACALCIC. Ni le Dr O_____, ni le Dr Q_____, ni le Dr R_____ n'avaient observé de trouble résiduel de la trophicité tissulaire. Il n'y avait eu aucune lésion ultérieure, complication ou suite tardive inattendue. Une rupture du tendon de la main et une fracture de l'os du carpe avaient été exclues de manière certaine. Le syndrome du canal carpien n'avait aucune relation causale avec l'accident au motif qu'il avait été diagnostiqué qu'onze mois après l'accident, que l'assuré ne s'était plaint auparavant d'aucun trouble de la sensibilité, ni de paresthésies nocturnes et que, le 7 janvier 2005, le Dr P_____ n'avait lui-même pas trouvé de signe clinique en faveur d'un syndrome du canal carpien dont le diagnostic ne reposait que sur les paramètres électrophysiologies de l'ENMG. Le Dr S_____ a relevé que, le 12 août 2004, l'assuré ne présentait aucun signe clinique de souffrance au niveau du poignet de la main gauche suffisamment important pour entraîner une diminution de la capacité de travail dans son activité habituelle. Le Dr R_____ n'avait lui-même rien constaté en ce sens, en janvier 2006, et avait d'ailleurs noté une limitation du poignet gauche inférieure à celle observée par le Dr O_____ cinq mois auparavant. Après avoir soigneusement examiné les radiographies du carpe gauche, le Dr S_____ a estimé qu'il n'y avait

aucune raison de parler d'arthrose débutante car l'aspect des kystes sous-chondraux n'était pas de nature pathologique. Il a confirmé l'avis du Dr O _____ qui était juste et médicalement fondé. Par décision sur opposition du 25 septembre 2006, la SUVA a confirmé sa position en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Elle a relevé que tant le Dr O _____ que le Dr S _____ avaient conclu tous deux à l'absence totale, en août 2004, de trouble imputable à l'accident du 23 janvier 2004. Elle a estimé avoir largement tenu compte de la situation en octroyant ses prestations d'assurance au-delà du mois d'août 2004 et jusqu'à la fin du mois de décembre 2004. Considérant que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical probant permettant de douter de l'appréciation motivée du Dr S _____ qui corroborait celle du Dr O _____, la SUVA a rejeté l'opposition. Dans un rapport du 2 novembre 2006, le Dr T _____, médecin adjoint au Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs des HUG, a précisé que la scintigraphie effectuée ne parlait pas en présence d'une algodystrophie et qu'il n'avait pas constaté de signe de tels troubles à l'examen clinique. Il a préconisé un bloc radial au niveau du coude en précisant qu'il n'était pas opportun de débiter le programme interventionnel pendant un conflit juridique dû à des problèmes asséculogiques. Par acte du 10 janvier 2007, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal de céans contre la décision sur opposition de la SUVA. Il conclut à ce qu'il soit constaté que ni le statu quo sine, ni le statu quo ante n'ont été atteints et à ce que des prestations lui soient octroyées au-delà du 31 décembre 2004. Il allègue que la description de l'accident rédigée et signée par son employeur est erronée. Il explique qu'en mettant en place un échafaudage, il a chuté du niveau d'une plate-forme sur le niveau inférieur. Il précise que la hauteur entre les deux niveaux était de 3 mètres 50 et que la chute s'est produite alors qu'il s'apprêtait à fixer une des extrémités de la poutrelle sur le montant vertical correspondant. Il relève que cette chute est mentionnée dans certaines pièces mais ne figure pas clairement dans les premiers documents adressés à la SUVA et que la description de l'accident ne semble pas tenir compte de la situation après sa chute. Dans son écriture du 2 juillet 2007, le recourant a produit un rapport d'expertise du 12 juin 2007 établi par le Prof. U _____, chef du Service universitaire de chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, chirurgie esthétique de la Clinique Longeraie à Lausanne. Sur la base de ce rapport, il conclut que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'ont été atteints le 31 décembre 2004 et pas davantage aujourd'hui et que par conséquent, son incapacité de travail est en rapport de causalité avec l'accident, respectivement avec le traitement médical consécutif audit accident, et donc pas liée à un état antérieur. Il persiste intégralement dans ses conclusions précédentes. Dans son rapport d'expertise du 12 juin 2007, le Prof. U _____ se base sur les documents transmis par l'assuré et retient que ce dernier est tombé d'un échafaudage, le 21 janvier 2004, d'une hauteur de 3 à 3,5 mètres alors qu'il manipulait une poutrelle de fer d'environ 6 mètres. Le médecin relève qu'il existe deux autres versions de l'accident et qu'il n'est pas possible d'obtenir du patient ou par une autre voie une description de l'accident conforme à la réalité. Il indique avoir fait exécuter de nouvelles radiographies qui ont confirmé l'existence d'une discrète arthrose scapho-trapézienne. En fonction de l'anamnèse et du status, il conclut à une altération de la sensibilité dans le territoire du nerf radial se manifestant sous la forme d'une hypoesthésie et d'une dysesthésie para-cicatricielle pouvant être mise en relation avec les deux interventions réalisées qui étaient indiquées par l'accident. Il précise que l'arthrose scapho-trapézienne est certainement antérieure à l'accident dès lors que l'on peut difficilement imaginer qu'elle se soit développée alors que le patient ne se sert plus de sa main depuis l'accident. Le médecin estime que la capacité de

travail est nulle dans l'activité de l'assuré non pas en raison directement des séquelles de l'accident qui n'ont causé que des lésions mineures, mais à cause d'une immobilisation qu'on lui a imposée ou qu'il s'est imposée depuis l'accident. Selon le Prof. U _____, la situation est extrêmement complexe car que le patient n'a jamais cherché à mettre en œuvre sa capacité fonctionnelle résiduelle de sorte qu'il est difficile de différencier ce qui correspond à une séquelle du traumatisme et des interventions, d'une part, de ce qui correspond à une séquelle de l'arthrose scapho-trapézienne mineure, d'autre part. Le médecin considère que la seconde opération de novembre 2005 a été rendue nécessaire par l'accident du 23 janvier 2004 car en raison de son inactivité, l'assuré aurait logiquement dû développer un syndrome du tunnel carpien aussi bien à droite qu'à gauche, or il ne l'a développé que du côté gauche, accidenté. Dans sa réponse du 28 septembre 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle relève avoir pris le cas en charge pendant près d'une année bien que l'événement du 23 janvier 2004 ne constitue ni un accident, ni une lésion corporelle assimilée à un accident. Elle soutient que la nouvelle version de l'accident donnée par le recourant ne peut pas être retenue. Se basant sur l'appréciation du Dr S _____ du 17 juillet 2007, la SUVA soutient qu'aucun élément scientifique ne permet d'admettre un lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré au-delà du 31 décembre 2004 et l'événement du 23 janvier 2004. Elle expose que le recourant n'a pas transmis au Prof. U _____ l'appréciation médicale du Dr S _____ du 25 août 2006 et que l'expert n'a pas eu la possibilité d'objectiver des modifications organiques de la main gauche permettant d'établir une relation de causalité avec l'accident. Elle produit l'appréciation du Dr S _____ du 17 juillet 2007, qui constate que le Prof. U _____ semble admettre, dans son expertise, une relation causale entre l'accident et le syndrome du canal carpien gauche en raison de l'immobilisation du poignet pendant 11 mois, mais que cette opinion n'est pas défendable. Il relève que, selon la théorie établie, le syndrome du canal carpien est dû à des mouvements répétitifs du poignet alors que l'expert postule le contraire, à savoir l'absence de mouvements. Il expose que, dans la littérature médicale, aucune étude scientifique n'apporte la preuve que l'immobilité contribue à l'apparition de tels troubles. Au demeurant, il observe que le patient lui-même a été responsable de l'immobilisation illimitée du poignet puisque, médicalement, une immobilisation était indiquée tout au plus pendant cinq à six semaines après l'accident et après chacune des opérations de sorte qu'il n'y a pas eu d'erreur de traitement médical. Dans sa réplique du 20 novembre 2007, le recourant a confirmé ses conclusions précédentes et requis son audition ainsi que celle de différents témoins. Il expose que sa version de l'accident avec chute est mentionnée dans le rapport d'IRM du 8 juin 2004 et confirme qu'il n'y a pas eu de témoins de l'accident du 23 janvier 2004. Il précise qu'à la suite de sa chute sur l'échafaudage, il s'est rendu chez le Dr M _____ dont le cabinet se trouve en face du lieu de l'accident. Il observe que le Prof. U _____ a exclu l'existence d'un état antérieur et a admis tant le caractère traumatique de l'accident que le lien de causalité entre celui-ci et les deux opérations chirurgicales. Il relève que des Drs O _____, S _____ et N _____, seul le premier l'a examiné. Il allègue que l'argumentation du Dr S _____ n'est pas pertinente au motif qu'elle repose sur une interprétation personnelle ainsi que hypothétique du déroulement des faits et que son appréciation du lien de causalité est contredite par les Drs M _____, L _____, R _____, N, T _____ ainsi que par le Prof. U _____. Dans sa duplique du 21 janvier 2008, l'intimée a sollicité à son tour l'audition de témoins. Le 3 avril 2008, le Tribunal de céans a procédé à l'audition des témoins F _____, E _____

et O _____. Le témoin F _____ a confirmé avoir rempli la déclaration d'accident du 9 février 2004 et précisé que le français de l'assuré était tout à fait compréhensible. Il a indiqué que l'assuré n'avait pas parlé de chute lors de son accident, mais s'était plaint de douleurs au poignet après avoir porté une lourde charge. Le témoin a souligné que le premier certificat Dr M _____, établi le jour de l'accident, faisait état d'une maladie; ce n'est que par la suite que le Dr L _____ a requalifié l'événement d'accident. Pour sa part, le Dr O _____ a confirmé ses conclusions quant à l'absence de fracture ou de lésion ligamentaire. Il a expliqué avoir soumis le dossier radiologique au Dr N _____ car un certain nombre de documents médicaux étaient sujets à diverses interprétations et qu'il avait également des doutes. Il a précisé que le Dr N _____ est spécialiste en radiologie de l'appareil locomoteur et que compte tenu de son importante expérience, il lui demande son avis lorsqu'il s'agit d'interpréter des clichés radiologiques. Le Dr O _____ a expliqué avoir rédigé son rapport de manière inhabituelle en raison du fait qu'il avait déjà trois versions différentes des faits; en tant que médecin, il n'était pas "outillé" pour choisir l'une de ces versions. Etant donné qu'il n'était pas possible de savoir ce qui s'était passé exactement, il est parti de ses observations cliniques et s'est posé la question de la présence ou non de séquelles d'une lésion à caractère traumatique, puis il a demandé à l'assuré sa version des faits, mais cela n'a pas été très clair. Il n'a pas eu le sentiment qu'il y ait eu un problème de compréhension linguistique. Le médecin a donc mis l'accent sur les données médicales objectives; sans a priori, il n'a pas décelé de lésion accidentelle ou assimilable à un accident et a préféré soumettre le cas au Dr N _____ qui a conclu dans le même sens. Chez l'assuré, c'est surtout l'arthrose, qui est un processus généralement dégénératif, qui explique les symptômes. Le Dr O _____ a admis que l'arthrose peut avoir parfois une cause accidentelle au départ, mais, dans un tel cas, il faudrait que l'accident de 2004 ait suffisamment déformé l'articulation pour faire débiter une arthrose qui ne pourrait être décelée sur des clichés qu'à l'heure actuelle. Or, l'arthrose a été constatée à l'époque et ne peut donc, selon lui, qu'être préexistante. Le témoin a encore expliqué que dans la mesure où l'arthrose est d'origine multifactorielle, il n'est pas étonnant qu'elle ne touche que l'un des poignets, même si celui-ci n'est pas dominant. Parfois, l'origine de l'arthrose est identifiable, mais ce n'est pas forcément le cas. Dans le cas présent, rien ne permet, selon lui, de qualifier l'arthrose de post-traumatique, dans la mesure où elle était présente dès l'accident. Quant au témoin E _____, il a indiqué que le rapport établi le 26 avril 2004 reprend les explications données par l'assuré. L'entretien s'est déroulé en français, mais sans aucun problème de compréhension. Tous les détails qu'il a mentionnés proviennent de l'intéressé. Le témoin a expliqué que lorsqu'il reçoit un assuré, il lui demande d'abord de lui relater les faits et, lorsqu'il relève des contradictions avec les pièces du dossier, de lui expliquer sa position. Puis, dans un second temps, si nécessaire, il lui demande de mimer la situation, afin d'être sûr d'avoir bien compris. A son souvenir, c'est ce qu'a fait l'assuré. Si le rapport n'évoque pas de chute, c'est que l'assuré n'y a pas fait allusion. Il donne la possibilité à l'assuré de faire part de ses divergences avec les pièces versées au dossier. C'est ce qu'a fait l'assuré concernant le rapport du Dr L _____ puisqu'il a noté que l'assuré n'avait jamais eu le pouce tordu par un collègue qui avait chuté d'un échafaudage. Si aucune autre divergence n'a été relevée, c'est qu'il n'y en avait pas. Le 26 juin 2008, le Tribunal a procédé à l'audition de l'assuré et des témoins M _____, G _____ et H _____. Le Dr M _____ a admis avoir établi en date du 23 janvier 2004 un certificat attestant une incapacité de travail pour cause de maladie. Il pense avoir mentionné la maladie par erreur. Selon le médecin, l'incapacité de travail est due à

l'accident dont a été victime le patient et cela au-delà de la date du 31 décembre 2004. Il motive son appréciation, d'une part, par le fait que l'assuré n'a jamais souffert précédemment à l'accident, d'autre part, par l'avis du Prof. Q_____ qui l'a opéré. Le patient a indiqué avoir reçu, dans le cadre de son travail de monteur en échafaudages, une poutrelle d'environ 25 kilos sur le pouce, ce qui a engendré une torsion de ce dernier. Il a également mentionné avoir chuté. Lors de sa première consultation, avant d'avoir pu procéder à des examens plus approfondis, le médecin a conclu à une contusion du pouce et à une tendinite traumatique probable. Les ultrasons pratiqués par la suite (le 26 janvier) ont montré une probable rupture de l'abducteur du pouce gauche raison pour laquelle il a adressé le patient au Dr L_____. A son avis, l'arthrose STT révélée par les examens complémentaires est d'origine traumatique. L'exercice d'une autre activité serait éventuellement envisageable à condition qu'elle n'implique pas le port de charges du côté gauche. Le témoin a signalé que le patient rencontre également d'autres problèmes (lombalgies, vertiges, malaises, problèmes urologiques) même si c'est principalement son pouce qui a motivé l'arrêt de travail. Pour sa part, le témoin G_____ a expliqué être administrateur de X_____ SA. L'assuré ne lui a jamais vraiment décrit l'accident dont il a été victime. Il a produit un certificat d'arrêt maladie, le 23 janvier 2004, puis, le 4 février 2004, il a évoqué pour la première fois l'accident et l'a décrit à la secrétaire. Le témoin a précisé ne pouvoir s'imaginer, au vu de la description de l'accident, comment celui-ci a pu se produire. Selon lui, dans la mesure où l'ouvrier manipule la poutrelle, celle-ci ne peut lui tomber dessus - si ce n'est sur les pieds -. Il peut en revanche faire un faux mouvement. Le témoin G_____ a précisé avoir travaillé avec le recourant depuis 2001 et avoir toujours communiqué avec lui en français, sans que cela pose problème. Il constate que l'accident tel que le recourant le décrit ne correspond pas aux déclarations qu'il a faites. Il souligne que, par le passé, le recourant a déjà souffert de ce poignet. Il précise que les poutrelles manipulées sur le chantier mesurent de deux à six mètres et pèsent 30 kg au maximum. Les niveaux d'échafaudages sont de deux mètres. La chute maximale possible est donc d'un niveau à l'autre. Quant au témoin H_____, contremaître chez X_____ SA, il a raconté que le 23 janvier 2004, lorsqu'il est arrivé sur le chantier, l'assuré était absent; les ouvriers présents lui ont indiqué qu'il était chez le médecin. Le témoin ne se souvient pas qu'il ait été fait mention d'un accident, ni que l'assuré lui en ait directement parlé ce jour-là, bien que le recourant ait allégué pour sa part avoir téléphoné personnellement au témoin à 13 heures et lui avoir demandé de venir parce qu'il était blessé. Selon le témoin, la distance entre deux ponts étant de deux mètres, la poutrelle n'a pu être posée qu'à 1 mètre 80 et il faudrait qu'un plancher manque pour qu'il en aille autrement. A moins d'un accident grave, les ouvriers passent par le bureau où sont remplies les déclarations d'accident. Entendu en comparution personnelle en présence d'un interprète, le recourant a déclaré n'avoir jamais eu l'occasion de s'exprimer auprès des médecins ou des assureurs par le biais d'un interprète autre que son fils ou sa fille. Il a contesté avoir précédemment été victime d'un accident ayant touché le poignet gauche ou avoir souffert de douleurs à ce poignet. Au sujet de la pièce 2 de l'intimée (note manuscrite expliquant les circonstances au verso de la déclaration d'accident) que le Tribunal lui a soumis, l'assuré a indiqué qu'il était possible que cette note ait été rédigée par sa fille. Par courrier du 1^{er} juillet 2008, le témoin G_____ a transmis au Tribunal une liste des arrêts de travail du recourant du 31 janvier 1994 au 14 juillet 2003 relatifs à divers accidents (blessure à la cuisse gauche, blessure à l'œil droit, blessure à l'œil gauche, accident de voiture à 3 heures du matin) et diverses maladies (sans diagnostic). Il a confirmé la présence

sur le chantier, le 23 janvier 2004, du recourant, ainsi que de Messieurs I _____ et J _____. Le 3 juillet 2008, le Tribunal a communiqué ce courrier aux parties. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Toutefois, en dérogation à la LPGA, il est de trois mois pour les décisions sur opposition antérieures au 1 er janvier 2007 portant sur des prestations d'assurance (art. 106 LAA dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2006). La décision sur opposition du 25 septembre 2006 a été reçue par le recourant le lendemain de sorte que le délai a commencé à courir le 27 septembre 2006 (art. 38 al. 1 et 60 LPGA). Il sied de rappeler que les délais sont suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA). Lorsque le délai est exprimé en mois, il expire le jour qui correspond par son quantième à celui de la notification de la décision ou, à défaut de jour correspondant, le dernier jour du mois (ATF 125 V 37 , 103 V 159 consid. 2a). Dans un premier temps, il faut déterminer la fin du délai à partir du jour de la communication de la décision sur opposition. On ajoute ensuite le nombre de jours de suspension écoulés. La suspension des délais selon la LPGA vaut aussi pour les délais de recours de plusieurs mois (ATF 135 V 314 consid. 4.6). Par conséquent, le recours du 10 janvier 2007 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Le litige porte sur le refus de l'intimée de verser des prestations au-delà du 31 décembre 2004, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'événement du 23 janvier 2004. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). La condition du lien de causalité naturelle 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. 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). 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, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289

consid. 1b et les références). 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. 405 consid. 2.2, 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, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). 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 (ATFA du 14 février 2006, déjà cité, consid. 3.3). Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, U 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4^e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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, 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). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Le recourant allègue que ses troubles actuels sont encore en relation de causalité avec l'accident du 23 janvier 2004 lors duquel il est tombé en portant une charge de 25 à 40 kilos. Il se base sur le rapport d'expertise du Prof. U_____. Il reproche à l'intimée d'avoir sous-estimé l'importance du choc lors de l'accident. Pour sa part, en se basant sur les rapports des Drs O_____ et S_____, l'intimée soutient qu'elle a été très généreuse en prenant en charge l'événement du 23 janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2004, alors qu'il ne s'agit pas d'un accident mais d'un simple port de charges, et que la persistance des symptômes est due à une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne antérieure à l'accident. Il convient de rappeler que selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il faut donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, ATF 115 V 143 consid. 8c; ATFA non publié du 23 janvier 2000, U 206/99, consid. 1b; RAMA 1988 n° U 55 p. 363 consid.

3b/aa). En l'espèce, force est de constater que la description de l'événement du 23 janvier 2004 a varié au cours de la procédure. Tout d'abord, le 9 février 2004, lors de l'annonce de l'accident à la SUVA, l'employeur a indiqué que l'accident avait eu lieu alors que l'assuré portait une charge. Lors de son audition par le Tribunal de céans, la secrétaire de l'employeur, Madame F _____ a confirmé que, lors de son accident, le recourant n'avait pas parlé de chute mais de douleurs après avoir porté une lourde charge. Puis, dans le questionnaire qu'il a signé le 25 février 2004, l'assuré a déclaré avoir lâché prise alors qu'il portait une poutrelle en fer de six mètres de long. Dans son rapport du 3 mars 2004, le Dr M _____, qui a donné les premiers soins le jour de l'accident, a mentionné que le patient avait reçu un poids de 25 kilos (une poutrelle de six mètres) sur la main gauche. Lors de son audition par le Tribunal de céans, il a expliqué que le recourant lui avait indiqué avoir reçu une poutrelle d'environ 25 kilos sur le pouce et être tombé. Puis, dans son rapport opératoire du 16 février 2004, le Dr L _____ a exposé que le recourant avait eu le pouce gauche tordu par un collègue qui avait chuté d'un échafaudage. Le 26 avril 2004, le recourant a indiqué à l'inspecteur E _____ avoir posé sur le sol la partie inférieure d'une poutrelle de six mètres pesant environ 40 kilos dont la partie supérieure se trouvait sur l'échafaudage; alors que sa main droite tenait le bas de la poutrelle et sa main gauche le haut, ladite poutrelle était tombée ce qui avait provoqué une décharge dans sa main gauche qui avait été brusquement tirée vers le bas. Lors de son audition par le Tribunal, l'inspecteur de l'intimée a précisé que son rapport n'évoquait pas de chute parce que le recourant n'y avait pas fait allusion alors qu'il avait eu la possibilité de faire part de ses divergences avec les pièces versées au dossier. Dans le rapport de l'IRM de la main gauche du 3 juin 2004, le radiologue mentionne une chute sur la main. Dans le cadre de l'expertise effectuée par le Dr R _____ en date du 16 janvier 2006, le recourant a affirmé que sa version protocolée par l'inspecteur de la SUVA était correcte et que les autres versions répertoriées dans les documents cliniques, soit une contusion du poignet gauche ou une torsion du pouce gauche, étaient inexactes. Dans son recours du 10 janvier 2007, le recourant a allégué avoir chuté d'un étage de l'échafaudage sur le niveau immédiatement inférieur, à savoir d'une hauteur de 3 mètres 50 en maintenant une poutrelle métallique dans sa main gauche qu'il était en train de fixer sur le montant vertical correspondant. En définitive, en ne tenant pas compte des éventuelles erreurs de retranscription de l'événement du 23 janvier 2004 commises par les divers médecins et corrigées par le recourant, ce dernier a donné quatre versions différentes de l'événement du 23 janvier 2004, à savoir une première version faisant état de l'apparition de douleurs en portant une lourde charge, une deuxième version mentionnant une décharge dans la main gauche à la suite de la chute de la poutrelle dont la partie inférieure reposait à terre et la partie supérieure se trouvait sur l'échafaudage, une troisième version rapportant une chute sur la main gauche, enfin une quatrième version invoquant une chute d'une hauteur de 3 mètres 50 tout en maintenant une poutrelle métallique dans sa main gauche. Une difficulté à s'exprimer en français pourrait expliquer ces divergences, toutefois, tant les médecins interrogés que les anciens collègues de travail du recourant ont indiqué ne pas avoir rencontré avec lui de problème de compréhension. D'ailleurs, l'inspecteur de la SUVA a fait mimer l'événement à l'assuré avant de le retranscrire dans son rapport. Vu les déclarations contradictoires de l'assuré, il convient par conséquent de se baser sur les premières qu'il a données, à savoir que les douleurs au poignet sont survenues alors qu'il portait une poutrelle métallique de six mètres et pesant 30 kilos, sans qu'une chute ne se fût produite. Au demeurant, cette version coïncide avec celle de l'employeur. Dans son rapport du 23 août 2004 qui tient compte de l'anamnèse, des divers rapports

médicaux, des plaintes du patient et d'un examen clinique, le Dr O _____ a rattaché la persistance de la symptomatologie douloureuse du poignet gauche et de l'incapacité de travail à une arthrose scapho-trapézoïdienne d'origine dégénérative. Il est arrivé à cette conclusion après avoir présenté le dossier radiologique au Prof. N _____ qui a contesté l'interprétation de l'IRM du 3 juin 2004 faite par le radiologue - lequel concluait à une fracture sans déplacement du scaphoïde et à un arrachement du bord supéro-antérieur du grand os. Le Dr O _____ a estimé que le tableau radiologique du recourant était plus vraisemblablement celui d'une arthrose du carpe qu'une lésion post-traumatique récente. Il a motivé son point de vue en expliquant que l'image 6 de la planche 7 était celle d'un phénomène dégénératif, à savoir une arthrose, et non pas celle d'une fracture, alors que les images 8 et 9 de la planche 4 correspondaient à un effet de volume partiel lié à l'architecture de cette région ainsi qu'à l'épaisseur de coupes et non pas à un arrachement cortical du bord supéro-antérieur du grand os. Lors de son audition par le Tribunal, le Dr O _____ a également expliqué qu'en raison des versions différentes de l'accident, il s'était basé sur ses constatations cliniques pour examiner la question de la persistance de séquelles post-traumatiques. Il a précisé qu'une arthrose pouvait être post-traumatique mais que, dans le présent cas, il aurait fallu que l'accident ait déformé l'articulation de façon importante pour provoquer une arthrose qui mettrait plusieurs années pour se développer de sorte qu'elle ne pourrait être constatée sur les clichés radiologiques qu'à l'heure actuelle (3 avril 2008) et non pas à l'époque (3 juin 2004). Même si ce rapport est bref, il comporte tous les éléments permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où les conclusions du Dr O _____ sont expliquées par les commentaires radiologiques du Prof. N _____ datés du 18 août 2004 et les précisions apportées lors de l'audience du 3 avril 2008. Quant au Dr S _____, dans son rapport du 25 août 2006, il relève que, bien que le Dr L _____ ait initialement diagnostiqué une probable déchirure tendineuse, ce spécialiste n'a pas constaté une telle lésion lors de son opération du 16 février 2004. Il admet que l'accident du 23 janvier 2004 a très vraisemblablement provoqué l'aggravation d'une ténosynovite de De Quervain gauche qui a été définitivement éliminée par ladite opération dégageant la première coulisse des extenseurs. Quant à l'algodystrophie de Südeck séquellaire apparue en mai 2004, elle a guéri à la suite d'un traitement médicamenteux. De plus, la fracture de l'os du carpe, évoquée par le radiologue ayant procédé à l'IRM du 3 juin 2004, a été exclue par le Prof. N _____. Pour lui, la seule séquelle après le 31 décembre 2004 consiste en un syndrome du canal carpien qui n'a été diagnostiqué qu'onze mois après l'accident sans que le recourant ne se soit plaint auparavant d'un trouble de la sensibilité, ni de paresthésies nocturnes de sorte qu'il n'est pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident. Après avoir réexaminé les radiographies du 4 février 2004, du 26 juin 2004 et du 28 juin 2005, il estime qu'il n'y a même pas lieu de parler d'arthrose débutante car l'aspect des kystes sous-chondraux n'est pas de nature pathologique. Il rappelle que, de toute façon, une telle affection est clairement étrangère à l'accident car le déroulement de ce dernier n'était pas susceptible de comprimer et d'aggraver de manière déterminante une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Même si ce rapport ne se fonde pas sur un examen clinique du recourant, il se base sur les rapports de médecins qui l'ont tous examiné et ont fait état de ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur la question du lien de causalité naturelle et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes dès lors que l'événement accidentel du 23 janvier 2004 n'a pas revêtu une importance particulière. En

effet, en tant qu'il a ressenti des douleurs en transportant une poutrelle métallique de 30 kilos, le recourant, qui exécutait journallement de tels gestes, n'a été victime que d'un traumatisme banal sans chute. Au vu de cet avis médical, auquel il faut reconnaître pleine force probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/bb), il convient de retenir qu'il n'y a plus de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 23 janvier 2004. Le recourant conteste les conclusions de ces médecins en se basant sur le rapport du Prof. U_____. Il reproche au Dr S_____ d'avoir procédé à une interprétation personnelle du déroulement des faits lors de l'accident du 23 janvier 2004 et il relève que son appréciation du lien de causalité naturelle est contredite par les Drs M_____, L_____, R_____, N, T_____ et par le Prof. U_____. Contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr S_____ n'a pas interprété de façon personnelle le déroulement des faits, mais a retenu la version qu'il a donnée à l'inspecteur de la SUVA et confirmée au Dr R_____. Même s'il a retenu la deuxième version du recourant et non pas la première, cela n'a pas d'incidence sur l'appréciation du lien de causalité naturelle, car l'effet des forces physiques était à peu près équivalent dans un cas comme dans l'autre. Par ailleurs, il y a lieu de relever que le rapport du Dr S_____ et celui du Dr R_____ se basent sur la même version du déroulement de l'accident de sorte que le recourant ne peut pas reprocher au Dr S_____ une interprétation personnelle sans en faire de même concernant le Dr R_____. Le rapport du Dr T_____ n'est d'aucun secours, car il ne se prononce pas sur la question du lien de causalité. Quant au rapport du Dr L_____ du 5 novembre 2004, il retient un diagnostic d'arthrose STT traumatisée du poignet gauche. Toutefois, il ne motive pas ce diagnostic de sorte que son rapport n'a pas de valeur probante quant au lien de causalité naturelle. Les rapports du Dr M_____ des 15 février et 18 juillet 2005 concluent à un lien de causalité probable à plus de 50 %, respectivement certain à 100 %, au motif que le patient ne souffrait pas de douleurs à la main gauche avant l'accident du 23 janvier 2004. Ce faisant, outre ses variations quant à l'importance du lien de causalité à cinq mois d'intervalle, il raisonne en fonction de la chronologie des événements et non pas de considérations médicales objectives. Par conséquent, il invoque le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il motive également son appréciation par le rapport du Dr Q_____ du 27 décembre 2006. Or, si ce médecin admet l'existence d'un lien de causalité probable (supérieure à 50 %), il ne motive pas son appréciation dudit lien de sorte que son rapport n'a pas de valeur probante. De plus, lors de son audition par le Tribunal de céans, le Dr M_____ a estimé que l'arthrose au poignet était d'origine post-traumatique sans toutefois donner d'explication à ce sujet de sorte que, faute d'être motivée, son appréciation n'a pas de valeur probante également pour ce motif supplémentaire. Par ailleurs, les versions divergentes de ce médecin quant au déroulement de l'accident du 23 janvier 2004 permettent de douter de la pertinence de son appréciation qui semble être influencée par la relation de confiance qui le lie à son patient. En effet, 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. 3b/bb et cc). Enfin, le rapport d'expertise du Prof. U_____ du 12 juin 2007 tient compte dans son appréciation du lien de causalité naturelle d'une chute lors de l'événement du 23 janvier 2004 ce qui est faux pour les motifs exposés ci-dessus. Par conséquent, il part d'une

prémisse erronée qui fausse son raisonnement ce qui ne permet pas de lui accorder une valeur probante. De plus, il a effectué son expertise sur la base d'un dossier incomplet qui ne contenait pas l'appréciation du Dr S_____ du 25 août 2006 ce qui est un motif supplémentaire pour dénier une valeur probante à son rapport d'expertise. Toutefois, il convient de relever que, contrairement à ce qu'affirme le recourant, le Prof. U_____ ne retient qu'une altération de la sensibilité dans le territoire du nerf radial se manifestant sous la forme d'une hypoesthésie et d'une dysesthésie para-cicatricielle pouvant être mise en relation avec les deux interventions réalisées qui étaient indiquées par l'accident. Ce faisant, il n'admet qu'un rapport de causalité possible entre les troubles actuels et l'accident ce qui est insuffisant au regard de l'exigence du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. De plus, il précise que l'arthrose scapho-trapézienne est certainement antérieure à l'accident. Enfin, s'il estime que la capacité de travail est nulle dans l'activité assurée, il explique que cela n'est pas dû aux séquelles de l'accident qui sont mineures, mais à l'immobilisation de la main gauche qu'on a imposée au patient ou qu'il s'est imposée. Il relève que la situation est extrêmement complexe, car il est difficile de différencier ce qui correspond à une séquelle du traumatisme, des interventions et de l'arthrose. Il reste à examiner si le rapport d'expertise du Dr R_____ daté du 19 janvier 2006 permet de jeter le doute sur l'appréciation des Drs O_____ et S_____. Il y a lieu de relever que cette expertise requise par l'assurance perte de gain en cas de maladie avait pour but d'évaluer l'incapacité de travail de l'assuré et non pas d'apprécier le lien de causalité naturelle ce qui explique ses vices à ce sujet. Dans son rapport d'expertise, le Dr R_____ considère que la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations au 31 décembre 2004 en raison de la disparition du lien de causalité est discutable. Il admet que l'arthrose du carpe est préexistante à l'événement du 23 janvier 2004 et que le traumatisme a été violent au vu de la description faite par l'assuré. Il retient une relation de causalité entre les douleurs et l'événement incriminé au motif que la symptomatologie douloureuse a été déclenchée subitement chez un travailleur de force qui n'a jamais souffert de son poignet gauche. Il expose que l'apparition d'un état inflammatoire au niveau des tendons extenseurs du pouce et d'un syndrome du tunnel carpien post-traumatique peuvent s'expliquer par la violence du traumatisme subi. Il qualifie la décompensation traumatique du poignet gauche de durable car l'accident du 23 janvier 2004 a induit des traitements chirurgicaux qui ont modifié définitivement l'état initial de la main et du poignet du côté gauche. Dans son appréciation, le Dr R_____ se base lui aussi sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », qui ne permet pas, toutefois, d'établir un rapport de causalité entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Par ailleurs, il estime que le syndrome du tunnel carpien est post-traumatique en raison de la violence du traumatisme que lui a décrit le recourant. Or, on ne sait pas quels détails le recourant a donnés au Dr R_____ pour qu'il conclue à un traumatisme violent et ce spécialiste n'explique pas pourquoi il considère le traumatisme comme tel, alors qu'il s'est basé sur la même version de l'événement du 23 janvier 2004 que le Dr S_____. En outre, son appréciation n'est pas concluante. En effet, bien qu'il raisonne en termes de possibilité en considérant que l'état inflammatoire au niveau des tendons extenseurs du pouce et le syndrome du tunnel carpien peuvent s'expliquer par la violence du traumatisme, ce qui est insuffisant en droit des assurances sociales qui exige que les faits soient établis au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, il conclut à une origine traumatique vraisemblable. Or, dans son appréciation du 25 août 2006, le Dr S_____ relève que ledit syndrome n'a été diagnostiqué qu'onze mois après l'accident et que, dans l'intervalle,

l'assuré ne s'est plaint d'aucun trouble de la sensibilité, ni de paresthésies nocturnes, à savoir des symptômes dudit syndrome, ce qui exclut l'origine post-traumatique du syndrome du canal carpien. Par conséquent, au vu des divers vices qu'elle contient, l'expertise du Dr R _____ qui, de plus, est antérieure à l'appréciation du Dr S _____, ne permet pas de douter des conclusions des médecins de l'intimée. En définitive, il y a lieu de confirmer que les causes accidentelles des troubles du poignet gauche ne jouent plus de rôle au-delà du 31 décembre 2004. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL 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); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY 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.