

200.2013.872.LAA

WIC/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 27 octobre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
C. Haag-Winkler, greffière



A. _____
représentée par B. _____,

recourante

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

représentée par Me C. _____

intimée

relatif à une décision sur opposition du 12 septembre 2013

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 7 février 2013, la fabrique active dans le domaine de l'horlogerie employant à un taux de 100%, depuis le 14 novembre 2011, A._____, née en 1976, mariée et mère de quatre enfants, en tant que poseuse de pigments phosphorescents sur cadrans, a annoncé à la SUVA que cette ouvrière avait subi un accident le 4 février 2013 à 6h20. L'accident était décrit comme suit: "en allant prendre la voiture pour venir travailler, Mme A._____ a glissé, est tombée sur le postérieur et en voulant se retenir, elle s'est fait mal au poignet". La SUVA a pris le cas en charge. Après avoir rassemblé les avis des médecins consultés en raison des douleurs persistantes dans ce poignet ainsi que l'appréciation de son médecin d'arrondissement, par décision du 12 juin 2013, la SUVA a mis fin, au 30 juin 2013 au soir, aux prestations d'assurances octroyées jusqu'à cette date (indemnités journalières et frais de traitement), en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

B.

Suite à l'opposition formée le 11 juillet 2013 par l'assurée, représentée par B._____, la SUVA a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 12 septembre 2013. Les oppositions préventives formulées les 19 et 21 juin 2013 par un assureur-accidents ayant pris en charge un accident antérieur au même poignet et par l'assurance-maladie avaient été retirées dans l'intervalle.

C.

Par acte du 3 (complété le 25) octobre 2013, l'assurée, toujours représentée par B._____, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant des conclusions tendant, sous suite de frais et dépens, à déclarer le recours recevable et bien fondé, à annuler la décision sur opposition précitée et à ordonner la continuation de l'octroi des

prestations dues à raison de l'accident du 4 février 2013. Elle a encore fait parvenir au TA deux rapports médicaux datant des 10 octobre et 8 novembre 2013.

Dans son mémoire de réponse du 12 décembre 2013, la SUVA, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. Le 23 janvier 2014, l'assurance représentant la recourante a communiqué par téléphone qu'elle renonçait à produire une note d'honoraires et s'en remettait à la taxation d'office du TA.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 12 septembre 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la fin du versement des prestations d'assurance-accidents au 30 juin 2013. Le litige porte sur la poursuite des prestations d'assurance au-delà de cette date. Est en particulier litigieuse l'appréciation médicale adoptée par l'intimée selon laquelle il n'existe plus de lien de causalité entre l'accident assuré du 4 février 2013 et la symptomatologie douloureuse persistante.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment légitimé, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, LAA, RS 832.20). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé, soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (statu quo sine; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit-là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, a estimé que l'accident avait tout au plus aggravé de manière passagère un état préexistant et qu'au plus tard quatre mois après

l'événement, celui-ci avait cessé de déployer ses effets. La symptomatologie douloureuse présentée encore par la recourante est, selon l'intimée, à mettre sur le compte d'un état antérieur préexistant.

3.2 La recourante conteste l'appréciation médicale ainsi faite et affirme, en se fondant notamment sur les rapports de ses médecins traitants (interniste et neurologue), que l'accident du 4 février 2013 est la cause naturelle et adéquate des douleurs encore ressenties.

4.

Sur le plan médical, les informations suivantes ressortent du dossier:

4.1 Un rapport de scintigraphie osseuse effectuée le 3 novembre 2005 (dossier [dos.] SUVA 51 p. 7) fait état d'un status post-opératoire du poignet gauche selon de Quervain en 2000, état qui est confirmé par le spécialiste en chirurgie de la main qui a suivi la recourante en tout cas depuis mars 2005 (dos. SUVA 51 p. 10).

4.2 Le 9 juin 2004, la recourante, alors vendeuse/caissière dans un supermarché, a reçu une lourde planche (étagère) sur son poignet gauche. Aucune lésion traumatique ostéoarticulaire n'a été décelée (Rx du 18 juin 2004). Le spécialiste en chirurgie de la main auquel elle a été adressée à fin janvier 2005 (thérapie d'abord mise en veille en raison d'une grossesse) a continué le traitement par physiothérapie et par infiltration corticoïde. Il a constaté que les nombreuses investigations ne montraient aucune anomalie osseuse, à l'exception d'une petite irrégularité corticale de la face dorsale du grand os et une hyperactivité modérée de surcharge aux deux pouces, ainsi qu'une hyperactivité de la phalange du troisième doigt pouvant correspondre à un status post-contusion (Rx du 10 mars et IRM du 13 mars 2005, scintigraphie osseuse du 3 novembre 2005). Il a estimé que l'incapacité de travail en tant que vendeuse prendrait fin mi-septembre 2005, époque à partir de laquelle la recourante collaborerait désormais aux travaux de la ferme reprise par son mari et pourrait adapter ses activités (voir correspondance médicale des 27 janvier, 10 mars et 21 juillet 2005). "De guerre lasse" selon les termes du spécialiste, face à la persistance des

douleurs et à la perte de force du poignet, il a pratiqué, le 8 février 2006, une révision de la première coulisse pour une forme de tendinite de de Quervain. Les douleurs ont diminué mais une force normale n'a pas été récupérée (rapport du 15 mai 2013). L'assureur-accidents de l'époque, par décision et proposition de convention du 18 octobre 2006, a estimé qu'une capacité de travail de 100% avait été recouvrée le 8 mars 2006 et a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (LAA) de 10%, ainsi qu'un capital invalidité selon couverture complémentaire fixé en fonction d'un taux de 12% (dos. SUVA 51 p. 14-21).

4.3 Suite au second accident survenu le 4 février 2013 (c. A ci-dessus), la recourante s'est rendue à l'hôpital le jour même. Une entorse du poignet gauche a été diagnostiquée, une fracture ayant pu être exclue. Trois radiographies, une IRM et une CT ont été organisées les 4, 11, 19, 22 février et 25 avril 2013. Elles n'ont rien mis d'anormal en évidence, sauf une minime densification de la graisse sous-dermique en regard du radius distal dans la région métaphysaire, côté dorsal, signe éventuel d'une fasciite. Selon un rapport d'un chirurgien de l'hôpital du 29 avril 2013, la recourante continuait de souffrir de douleurs à la base du pouce gauche, en dépit d'un traitement par ergothérapie. Les examens complémentaires pratiqués par le spécialiste en chirurgie de la main qui avait déjà traité la recourante après son premier accident n'ont révélé aucune anomalie déterminante, sinon des douleurs de type tendinite de de Quervain, ce qu'il a consigné dans un rapport du 15 mai 2013. Selon le chirurgien spécialisé, la recourante garde une douleur sur le versant radial du poignet, maximale au niveau de la face antérieure du radius du côté radial et la première coulisse est sensible, mais sans signe clair d'une récurrence de de Quervain. Il a indiqué être dans l'impossibilité de poser un diagnostic précis et a proposé aux ergothérapeutes de mettre l'accent sur le sevrage de l'attelle rigide (dont il a constaté en s'exclamant qu'elle était portée en permanence depuis trois mois), en encourageant la recourante à réintégrer son bras gauche dans ses activités de la vie quotidienne. Sur initiative du médecin-chef de l'hôpital continuant le suivi, une nouvelle IRM a été réalisée le 30 mai 2013. Elle a seulement révélé une altération minimale du signal dans l'os lunatum et a confirmé l'absence de maladie de Sudeck (aussi mentionnée après l'IRM du 22 février 2013 ayant exclu toute anomalie, en

particulier un morbus Sudeck et une neurodystrophie). Les rapports d'ergothérapie des 5 et 21 juin 2013 constatent une limitation importante de la mobilité et de la force, une apparente exclusion du membre supérieur gauche du schéma corporel et en déduit l'existence de douleurs neuropathiques du nerf radial en se posant la question de leur réelle étiologie. La recourante a aussi été examinée par une neurologue. Cette dernière a indiqué, dans un rapport du 11 juillet 2013 adressé au médecin assurant le suivi à l'hôpital que, suite à l'entorse subie le 4 février 2013, la recourante présentait des douleurs persistantes au niveau de la base du pouce gauche de type lancées et décharges électriques, tant au repos qu'à l'activité, provoquant parfois des réveils nocturnes. Elle a conclu que, tant sur le plan clinique qu'électro-physiologique, elle n'avait pas d'évidence pour une atteinte d'un des principaux troncs du bras gauche, ni de signe évocateur d'une atteinte du plexus brachial gauche. Elle a seulement pu déceler une conduction nerveuse motrice discrètement diminuée pour le nerf radial gauche.

Au cours de la procédure, l'intimée a soumis à plusieurs reprises le dossier à deux de ses médecins d'arrondissement. Dans un dernier avis du 5 septembre 2013 (faisant suite à une brève prise de position du 13 août 2013 ciblée sur les résultats neurologiques), le second médecin d'arrondissement (spécialiste en médecine intensive et en médecine interne générale) a constaté que les examens radiologiques (Rx standards répétées, CT-scan et IRM du poignet) n'ont objectivé aucune lésion consécutive à la chute. L'examen neurologique spécialisé avec électro-neuromyographie réalisé en raison d'un syndrome douloureux persistant du poignet et de la main gauche n'a pas montré d'atteinte neurologique. Il en a conclu que, sur le plan médical, au vu du bilan extensif réalisé et des constatations du spécialiste en chirurgie de la main, le diagnostic d'une récurrence de l'atteinte à la première coulisse du poignet gauche demeurerait le plus probable. Ainsi, de son point de vue, la chute du 4 février 2013 a pu au mieux aggraver de manière passagère un état préexistant, mais l'événement accidentel a largement cessé de déployer ses effets au plus tard quatre mois après sa survenue. Selon le médecin d'arrondissement, la symptomatologie douloureuse persistante à ce jour est à mettre au bénéfice de l'atteinte antérieure de la première coulisse du poignet gauche.

Cet avis ne diffère guère, quant à ses conclusions, de ceux de son collègue, autre médecin d'arrondissement, qui s'est prononcé avant lui en date des 11 juin et 2 juillet 2013.

5.

5.1 Il n'est pas contesté entre les parties que la recourante a subi le 4 février 2013 un accident (au sens de l'art. 4 LPGA) et que cet accident se trouve en relation de causalité naturelle et adéquate avec une entorse du poignet gauche de l'intéressée. A ce stade, en présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies (l'entorse), la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 138 V 248 c. 4, 134 V 109 c. 2.1). L'intimée a pris le sinistre en charge. Seul est litigieux en l'espèce le droit aux prestations au-delà du 30 juin 2013, à savoir si les douleurs persistantes ressenties par la recourante sont encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel.

5.2 A la lecture des différentes pièces médicales au dossier, il est établi que le poignet gauche de la recourante avait déjà été opéré à deux reprises, une première fois environ en 2000 (intervention selon de Quervain) et une deuxième fois le 8 février 2006 (révision), "de guerre lasse", en raison des douleurs et de la perte de force encore ressenties par la recourante depuis le premier accident du 9 juin 2004. La recourante a continué de faire état d'une récupération incomplète malgré la deuxième intervention; elle n'en a pas moins repris pleinement ses activités en tout cas dès le 8 mars 2006 dans la ferme familiale. L'atteinte a été dédommée à raison de 10/12% par l'assurance-accidents compétente à l'époque.

5.3 Suite à la chute du 4 février 2013, une entorse du poignet gauche a été diagnostiquée chez la recourante; ce diagnostic n'a pas été remis en cause par les médecins qui se sont penchés sur son cas. Ni les examens réalisés le jour de l'accident, ni les examens complémentaires (Rx standards du 4 et 11 février 2013, CT du 19 février 2013 et IRM du 22 février 2013, Rx du 25 avril avec contraction forcée) n'ont montré de

diagnostic précis susceptible d'être mis en lien avec l'entorse ou même de signe clair de récurrence de de Quervain selon le spécialiste en chirurgie de la main. Une IRM supplémentaire du 30 mai 2013 a encore pu confirmer qu'une atteinte de type Sudeck était exclue. Enfin, aucune atteinte neurologique n'a pu être mise en évidence suite aux différents tests et examens réalisés.

5.4 Les conclusions du médecin d'arrondissement rejoignent celles du spécialiste en chirurgie de la main, qui a suivi la recourante après chacun des deux accidents. Ils ont tous deux constaté l'absence de lésion (fracture, atteinte ligamentaire et neurologique) et en ont conclu que la chute survenue le 4 février 2013 a aggravé de manière passagère l'atteinte préexistante du poignet gauche de la recourante.

Les deux rapports médicaux, plus récents, joints par la recourante à son recours, ne sont pas de nature à remettre en question la nature probante des conclusions du médecin d'arrondissement, qui rejoignent celles du spécialiste en chirurgie de la main. Dans son courrier du 10 octobre 2013 adressé au médecin traitant la recourante à l'hôpital, la neurologue discute principalement de la médication prescrite à la recourante, sans apporter d'élément nouveau quant à l'origine des douleurs persistantes. Quant au certificat médical du 8 novembre 2013, le médecin traitant y relate le déroulement des faits et les examens réalisés, attestant que la recourante n'a pu reprendre son activité professionnelle (dans l'horlogerie). Il y affirme enfin qu'il n'a aucun doute que les douleurs évoquées par la recourante sont directement liées à l'accident du 4 février 2013, niant toute causalité avec l'accident précédent (9 juin 2004). Il argue que l'accident initial n'a pas empêché la recourante de travailler normalement jusqu'au 4 février 2013, alors que depuis celui-ci elle n'a plus pu reprendre son travail. Il convient de préciser sur ce point, que le seul fait que des symptômes douloureux (qui continuent d'être ressentis) ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). De fait, les examens mentionnés par le spécialiste en médecine interne, qui se

sont avérés normaux, étaient connus du médecin d'arrondissement, qui s'est donc prononcé en tenant compte également de ces éléments.

Pour le surplus aussi, le rapport du médecin d'arrondissement du 5 septembre 2013 est probant et répond aux critères posés par la jurisprudence (cf. c. 2.3 ci-dessus). On ne relève aucune contradiction avec les rapports des médecins traitants, en particulier du spécialiste en chirurgie de la main qui a suivi la recourante en 2005 et en 2013. Le médecin d'arrondissement a motivé ses conclusions de façon compréhensible. Le résumé détaillé des différentes pièces médicales démontre qu'une étude soignée du dossier a été faite. Il n'y a donc aucun indice contre la fiabilité dudit rapport et c'est donc à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les conclusions du médecin d'arrondissement.

5.5 Par ailleurs, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas investigué la question de savoir si les différences entre les constats médicaux organiques et les douleurs ressenties par la recourante pourraient trouver leur origine dans un trouble psychique. Au vu de l'ensemble des circonstances (accident bénin sans particularités dramatiques, blessure d'une gravité toute relative, déroulement normal du traitement), même si un tel trouble psychique susceptible d'expliquer une incapacité de travail existait, celui-ci ne se trouverait pas dans un lien de causalité adéquate avec l'accident (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa et bb).

5.6 Ainsi, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 4 février 2013, à tout le moins au-delà du 30 juin 2013, n'est plus la cause naturelle et adéquate de la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par la recourante. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 30 juin 2013.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPG).

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPG; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à (...)
 - à (...)
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).