

200.2014.359.LAA

DEJ/BEJ

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

Jugement du 10 février 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
J. Desy, greffier



A. _____
recourant

contre

SUVA

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 2 avril 2014

En fait:

A.

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 octobre 2013, la commune municipale employant depuis 1988 A._____, né en 1952, en qualité d'électricien d'exploitation a annoncé à son assureur-accidents, la SUVA, que son employé avait subi un accident le 25 septembre 2013.

Par déclaration de sinistre LAA du 1^{er} novembre 2013, la SUVA a encore été informée d'une rechute de l'assuré et de sa complète incapacité de travail à partir du 25 octobre 2013. Le 7 novembre 2013, elle a requis de l'assuré qu'il réponde à un questionnaire et du médecin traitant, qui avait déjà transmis un rapport d'un spécialiste en neurologie, qu'il remplisse un certificat médical LAA. Le jour de réception de ces documents, le médecin d'arrondissement de la SUVA, interpellé sur la question de la causalité, a sollicité une enquête afin de préciser les faits et la chronologie des symptômes entre l'évènement du 25 septembre et la rechute du 25 octobre 2013. Dans le cadre de cette enquête, un collaborateur de la SUVA s'est entretenu le 4 décembre 2013 avec l'assuré en verbalisant le résultat de cette entrevue. Après avoir recueilli l'avis d'un autre médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique, le 12 décembre 2013, la SUVA a communiqué le même jour à l'assuré qu'elle n'entendait pas verser de prestations d'assurance, faute de lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'évènement du 25 septembre 2013 et les douleurs aux doigt et bras droits annoncées.

Lors d'un entretien du 30 janvier 2014, l'assuré a signifié à la SUVA qu'il ne comprenait pas pourquoi elle n'intervenait pas dans son cas et qu'il requérait une décision formelle. Après avoir encore requis une appréciation médicale du premier médecin d'arrondissement consulté, la SUVA a rendu une décision le 21 février 2014 par laquelle elle maintenait son avis et refusait de verser des prestations d'assurance.

Rejetant les objections formulées par le médecin traitant de l'assuré le 24 février 2014 et l'opposition du 12 mars 2014 signée par ce dernier

(établie avec l'aide d'un collaborateur d'une de ses agences), la SUVA a confirmé sa position dans sa décision sur opposition du 2 avril 2014.

B.

Par acte du 16 avril 2014, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition du 2 avril 2014. Il reprend les griefs de son opposition en maintenant que son cas est un accident et non une maladie.

Dans son mémoire de réponse du 23 juin 2014, l'intimée a renoncé à déposer une réponse en bonne et due forme et a conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 2 avril 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de refus de tout droit de l'assuré à des prestations d'assurance-accidents rendue par l'intimée en date du 21 février 2014. Au vu des motifs du recours du 16 avril 2014, l'objet du litige porte implicitement sur l'annulation de cette décision sur opposition et au droit de l'assuré à des prestations de cette assurance.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). On doit en effet qualifier la motivation du recours de suffisante. Certes, le recourant

s'est pour l'essentiel contenté de recopier l'opposition du 12 mars 2014. Toutefois, comme il précise qu'il maintient que le cas est un accident, il faut en déduire qu'il estime que la décision sur opposition n'a pas répondu à ses griefs (ATF 123 V 335 c. 1a a contrario).

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 TA 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]). Est réputé accident 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). 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 Tout évènement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

Savoir si l'évènement 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3 L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 c. 3.3, 125 V 456 c. 5c; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2).

En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, 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).

Contrairement à la causalité naturelle, qui est une question de fait, la causalité adéquate, en tant que question de droit, ne doit pas être examinée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (ATF 112 V 30 c. 1b).

3.

3.1 L'intimée, en se fondant principalement sur l'appréciation médicale de son service médical d'arrondissement, considère que le rapport de causalité naturelle entre l'évènement du 25 septembre 2013 et les troubles neurologiques soignés est au mieux possible, mais à tout le moins pas

établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il en découle, selon elle, qu'il n'y a pas lieu d'accorder des prestations de l'assurance-accidents à l'assuré. Ce dernier est quant à lui persuadé que les troubles neurologiques dont il a souffert ont été causés par l'évènement en question et estime en conséquence avoir droit à des prestations de l'assurance-accidents. Il fait notamment valoir dans son recours (et déjà au stade de son opposition) que l'appréciation médicale finale du médecin d'arrondissement de l'intimée est basée sur une constatation de la chronologie des symptômes erronée.

3.2 Le déroulement de l'évènement du 25 septembre 2013 n'est en tant que tel pas contesté par les parties. Il apparaît en effet que le recourant s'employait à tirer un câble coincé, dont la résistance a brusquement cédé (le câble s'est décroché de l'obstacle qui le retenait), ce qui a eu pour effet de lui tirer violemment l'épaule droite en arrière et de provoquer un choc de son index de la main droite contre une surface dure (voir notamment dossier [dos.] SUVA 11 et 12). A la suite de cet évènement, le recourant a continué de travailler jusqu'à son départ en vacances le 5 octobre 2013. A sa reprise de travail, le 21 octobre 2013, il est allé consulter son médecin de famille, qui l'a adressé à un spécialiste en neurologie. Une incapacité de travail totale lui a été reconnue à partir du 28 octobre 2013. Il a ensuite recommencé à travailler à 50% dès le 17 novembre 2013 avec prescription d'une minerve, puis à 100% dès le 5 décembre 2013 (dos. SUVA 12).

Il s'agit ainsi de déterminer s'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins une causalité naturelle partielle entre les troubles neurologiques soignés et l'évènement du 25 septembre 2013, dont le caractère d'accident n'est pas contesté par l'intimée. On doit d'emblée relever que le droit des assurances sociales ne connaît pas de principe selon lequel, en cas de doute, les organes d'assurance doivent décider en faveur de l'assuré. Un droit à des prestations n'existe que lorsque les conditions y relatives sont remplies avec une vraisemblance prépondérante (RCC 1983 p. 249 c. 2b).

3.3 Quant aux atteintes médicales subies par le recourant, les éléments suivants ressortent du dossier.

3.3.1 L'employeur du recourant a informé l'intimée de l'évènement du 25 septembre 2013 par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 octobre 2013, puis a annoncé une rechute par déclaration de sinistre LAA du 1^{er} novembre 2013. Dans les deux cas, il est mentionné à titre de description de l'accident que le recourant s'est "tapé l'index contre une cabine en tirant des câbles". La blessure mentionnée était une fracture aux doigts de la main droite.

3.3.2 Le généraliste consulté par le recourant le 21 octobre 2013 a mentionné le 17 novembre 2013, dans un certificat médical adressé à l'intimée, avoir constaté une hypoesthésie pulpaire de l'index (et du majeur) droit(s), des douleurs sous l'aisselle droite à la pression et en élevant le bras. Le médecin a également fait état de douleurs et paresthésies éprouvées par le recourant de l'épaule au bras, renforcées si la tête est tournée vers la droite. A titre de diagnostic, le médecin a retenu un "syndrome algo-paresthésique C7 à droite probablement sur entorse cervicale". Il a aussi attesté une incapacité de travail totale du recourant à partir du 28 octobre 2013 et la possible reprise du travail à 50% dès le 18 novembre 2013.

3.3.3 Le 30 octobre 2013, un médecin spécialiste en neurologie a examiné le recourant. Selon lui, ce dernier, chez qui les symptômes sont déclenchés par certains mouvements et positions de la tête, souffre d'un syndrome d'irritation radiculaire au bras droit, probablement de la racine C7. Il ressort, notamment, de ce rapport que le recourant a ressenti une perte de sensibilité constante à l'index de la main droite et, par intermittence, des fourmillements à l'avant-bras et à la main droits, sans qu'il ne soit précisé à partir de quand ces troubles existent.

3.3.4 Le 18 novembre 2013, le recourant a rempli un questionnaire à l'intention de l'intimée, qui l'a reçu le 25 novembre 2013. Il a décrit l'évènement du 25 septembre 2013 comme suit: "en tirant un câble électrique, j'ai ressenti une douleur dans l'épaule droite et me suis tapé l'index droit contre la cabine. Depuis là, j'ai les fourmis dans le bras droit suivant la position". Le recourant a par ailleurs mentionné reprendre le travail à 50% à partir du 18 novembre 2013.

3.3.5 Le 4 décembre 2013, un collaborateur de l'intimée, suite à la demande du 25 novembre 2013 de son médecin d'arrondissement (spécialiste en médecine interne) de préciser les faits et la chronologie des symptômes entre le 25 septembre 2013 et la rechute, a procédé à un entretien avec le recourant. Du compte rendu de cet entretien (qui ne mentionne pas les questions posées), il ressort que le recourant était "en train de tirer un câble avec un autre collègue au-dessous d'une route. [S]on collègue poussait le câble et [il] le tirait de l'autre côté. A un moment, le câble qui était coincé est venu d'un seul coup, ce qui a eu pour effet de tirer violemment l'épaule droite [du recourant] en arrière et de [lui] taper l'index de la main droite contre une cabine". Toujours selon ce compte rendu, le recourant a par la suite expliqué que, bien qu'il ait ressenti une douleur à l'épaule droite au niveau de l'omoplate et à l'index, il a continué de travailler sans aller consulter, puis est parti en vacances du 5 au 21 octobre 2013 et que, pendant celles-ci, il a ressenti, à quelques reprises, des fourmillements dans l'avant-bras droit ainsi que des pertes de sensibilité de l'index droit. Le collaborateur de l'intimée a encore rapporté qu'à la reprise du travail, les fourmillements ont augmenté, de sorte que l'assuré est allé consulter son médecin de famille (voir ci-avant c. 3.2.2) le 21 octobre 2013 et une incapacité de travail totale lui a été reconnue à partir du 25 octobre 2013. Le rapport précise aussi que le travail a été repris à 50% dès le 17 novembre 2013, en portant une minerve, et que l'augmentation du taux à 100% était prévue pour le lendemain 5 décembre 2013.

3.3.6 A ce stade, après avoir examiné le dossier, un (autre) médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique, a considéré le 12 décembre 2013 que la relation de causalité entre la lésion intervenue le 25 septembre 2013 et l'incapacité de travail dès le 25 octobre 2013 était tout au plus possible.

3.3.7 Le 4 février 2014, le médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en médecine interne, ayant sollicité l'éclaircissement précité des faits et des symptômes (voir ci-avant c. 3.3.5), a rédigé une synthèse médicale aux termes de laquelle il arrive à la conclusion que la causalité entre l'évènement du 25 septembre 2013 et une atteinte purement sensitive de la racine C7 à droite est tout au plus possible (dos. SUVA 24). A la base

de son argumentation, ce médecin retient que ce n'est que plusieurs jours après l'évènement que le recourant "a commencé à présenter une symptomatologie purement sensitive dans le territoire C7 D" et mentionne que l'atteinte initiale ne consistait qu'en une contusion de la main.

3.4 Il ressort de ce qui précède, et en particulier des rapports de l'employeur (voir ci-avant c. 3.3.1), que certaines douleurs découlant de la contusion ont peut-être occupé le devant du tableau dans un premier temps. Toutefois, la présence de troubles neurologiques dès la survenance de l'accident ne peut être exclue avec une vraisemblance prépondérante. C'est du reste ce qui ressort du questionnaire rempli par le recourant le 18 novembre 2013 (voir ci-avant c. 3.3.4), soit la première fois qu'il s'est exprimé personnellement, sans l'intermédiaire de son employeur, de son médecin de famille ou du médecin spécialisé en neurologie qui l'a soigné, et alors qu'il n'avait pas encore été rendu attentif à l'importance du moment de la survenance de ses troubles neurologiques. On peut relever que si les déclarations d'accident et de rechute de l'employeur ne sont absolument pas précises (et même fausses en ce qu'elles mentionnent une fracture), les rapports des médecins traitants mentionnent l'existence de fourmillements et de perte de sensibilité, sans toutefois préciser la date de leur apparition (voir ci-avant c. 3.3.2 et 3.3.3). Le médecin d'arrondissement de l'intimée a précisément souhaité éclaircir la chronologie des symptômes et a demandé une instruction à ce sujet. Or, le rapport d'enquête établi à ce propos n'apporte pas d'informations précises, en particulier parce qu'il ne permet pas de reconstituer les questions qui ont été posées au recourant.

3.5 Le raisonnement du recourant, qui déclare ne jamais avoir souffert de ce genre de problème avant l'évènement du 25 septembre 2013, n'établit certes pas à lui seul un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante requis. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (le raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" n'est pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3).

3.6 Toutefois, l'intimée fonde principalement sa décision sur la synthèse médicale rédigée le 4 février 2014 par son médecin d'arrondissement (voir

ci-avant c. 3.3.7; décision attaquée ch. 5). Ce dernier reprend les avis médicaux de ses confrères (le médecin de famille [voir ci-avant c. 3.3.2], le spécialiste en neurologie [voir ci-avant c. 3.3.3] et son confrère chirurgien orthopédique [voir ci-avant c. 3.3.6]). Il fonde cependant essentiellement son argumentation sur le fait que les troubles neurologiques ne sont pas apparus tout de suite après l'évènement du 25 septembre 2013, mais pendant les vacances du recourant en octobre. Or, dans son anamnèse, le médecin d'arrondissement ignore totalement le questionnaire complété le 18 novembre 2013 par le recourant, par lequel ce dernier mentionne l'existence de fourmillements dans le bras, selon sa position, depuis le 25 septembre 2013. On peut rappeler que ce médecin a fait spécialement instruire la chronologie des symptômes, soulignant par là même l'importance de ce point. Le recourant, quant à lui, n'a cessé de répéter, depuis qu'il a pu prendre connaissance de l'appréciation médicale à la base des refus de l'intimée axée sur un délai de latence entre l'évènement et l'apparition de la symptomatologie sensitive, qu'il était erroné de considérer que les fourmillements n'étaient apparus que pendant les vacances et qu'il n'y avait pas eu de rechute mais, au contraire, continuation de la symptomatologie.

3.7 Certes, 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Or, en l'espèce, il apparaît que le médecin d'arrondissement n'a pas eu connaissance, ou n'a pas pris en compte, le questionnaire rempli par l'assuré le 18 novembre 2013, qui remet en cause sa démonstration basée, manifestement, sur le rapport d'enquête du 4 décembre 2013. Le médecin d'arrondissement a lui-même toujours considéré le moment de l'apparition des symptômes neurologiques comme déterminant, puisqu'il a demandé une instruction à ce sujet. Or, il faut constater que le rapport d'enquête n'est pas suffisamment précis, eu égard d'une part à l'absence des

questions posées au recourant, mais également, d'autre part, au fait que le recourant pouvait estimer que ses réponses au formulaire avaient été lues et prises en compte et que l'enquête ne représentait finalement qu'un complément à son questionnaire. Le médecin d'arrondissement a ainsi fondé son appréciation sur une constatation de faits qui n'est pas établie avec une vraisemblance prépondérante. Il a, en l'état, retenu à tort que les troubles neurologiques n'étaient apparus que pendant les vacances, ce à l'encontre des déclarations du recourant, dont ni les rapports de ses médecins traitants, ni les données fournies par son employeur ne permettent de remettre en cause leur constance. Dans ces circonstances, l'avis de synthèse du médecin d'arrondissement n'emporte pas la conviction du Tribunal au degré de la vraisemblance prépondérante requis.

4.

4.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler la décision sur opposition du 2 avril 2014, ainsi que de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens des considérants (notamment sur d'éventuels éléments susceptibles de faire douter des affirmations du recourant selon lesquelles il a ressenti des troubles neurologiques dès l'évènement du 25 septembre 2013 et sur le caractère déterminant du moment de l'apparition des symptômes neurologiques pour l'établissement du rapport de causalité), puis rende une nouvelle décision.

4.2 Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

4.3 Il existe une prétention à l'indemnité de dépens selon le droit fédéral lorsque la procédure se termine par l'annulation de la décision querellée et le renvoi à l'administration en vue d'autres investigations et nouvelle décision. En effet, dans un tel cas, la situation juridique de la partie recourante s'avère plus favorable qu'à l'issue de la procédure administrative antérieure (ATF 137 V 57 c. 2.1). Cependant, bien qu'il obtienne gain de cause dans la présente procédure, il ne se justifie pas d'allouer de dépens, ni d'indemnité de partie au recourant, ce dernier

n'ayant pas été représenté en justice et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassant pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 61 let. g LPG; ATF 127 V 205 c. 4b et références).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,
 - à (...),
 - à (...).

La présidente:

Le greffier:
e.r.: Ph. Berberat, greffier

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).