RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1029/2005 **ATAS/145/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 14 février 2006

En la cause

Madame B_____, représentée par Madame Christine BULLIARD, FORUM SANTE	recourante
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse	intimée

EN FAIT

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS , Présidente, Mesdames Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

1. Madame B_____ (ci-après la recourante), née en 1953, a travaillé comme manutentionnaire pour X_____ SA dès le 20 septembre 1993. Elle travaillait également, de façon accessoire, au nettoyage d'une crèche pour l'entreprise Y_____ SA. Elle était à ce titre assurée pour les accidents auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).

2. Alors qu'elle se trouvait en vacances en SERBIE, la recourante a été victime d'un accident de la circulation, en date du 10 septembre 2003. Outre de très nombreux hématomes, elle a également subi une fracture à l'épaule droite (clavicule), et s'est trouvée dès cette date en totale incapacité de travail. La SUVA a pris le cas en charge.

3. Selon le rapport médical détaillé adressé à la SUVA le 18 décembre 2003 par le Dr L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, un énorme hématome subsistait encore à cette date et des fractures des côtes s'étaient ajoutées, lors de l'accident, à la fracture de la clavicule. Les douleurs étaient toujours présentes au niveau de la clavicule droite et du sternum. En revanche, la mobilité de l'épaule était satisfaisante. La recourante présentait un retard de consolidation de la fracture, qui évoluerait probablement vers la pseudarthrose. L'incapacité de travail était toujours totale.

4. Le 28 avril 2004 la recourante a subi une intervention chirurgicale à l'épaule. Les diagnostics posés sont pseudarthrose de la clavicule droite après accident de voiture en septembre 2003, status post-hémorragie, surcharge pondérale.

5. Dans son rapport du 17 août 2004, le Dr M_____, médecin-conseil de la SUVA, a confirmé une totale incapacité de travail, l'évolution n'étant pas terminée. L'opération a été rendue nécessaire par l'absence de consolidation de la clavicule droite.

6. Le médecin-conseil a procédé à l'examen médical final de la recourante, en date du 4 novembre 2004. La consolidation était alors obtenue. Il persistait un syndrome douloureux et un manque de force globale dans le membre supérieur droit, dont l'origine ne pouvait pas être attribuée aux conséquences somatiques de l'accident. L'intensité des plaintes et l'incapacité de travail qui existait alors était à mettre en rapport avec le contexte psychosocial sur lequel l'accident s'était développé. Sur le plan somatique la guérison était acquise. Il n'y avait donc, de ce point de vue, plus d'incapacité de travail, sous réserve de quelques limitations (manipulation de charges importantes avec le membre supérieur droit, mouvements répétitifs au-dessus du plan de l'horizontale).

7. Par décision du 14 décembre 2004, la SUVA a informé la recourante qu'elle mettait fin aux prestations (indemnités journalières, frais de traitement) dès le 31 décembre 2004, sur la base des conclusions de son médecin-conseil.

8. Suite à l'opposition de la recourante, la SUVA a confirmé sa décision en date du 8 mars 2005. Elle a soumis les conclusions du Dr L_____, médecin traitant de la recourante selon lequel l'état de cette dernière n'était pas stabilisé, au Dr N_____, spécialiste en chirurgie auprès de la division médecine des assurances, le 2 mars 2005. Selon ce médecin, il n'y a aucune limitation de la capacité de travail sur le plan orthopédique. Une surcharge psychique semble affecter la recourante et interférer dans le processus de guérison, élément qui n'est toutefois pas en lien de causalité avec l'accident. Selon la SUVA, le rapport du Dr M_____ a, par ailleurs, pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

9. Dans son recours du 7 avril 2005, la recourante conclut à l'annulation de la décision, et à la reprise du versement des indemnités journalières, avec suite de dépens. Elle conteste les conclusions du Dr M_____ qui déduit du fait que la fracture est consolidée, que le syndrome douloureux et le manque de force ne peuvent être la conséquence de l'accident. Il ne précise par ailleurs pas le contexte psychosocial qui serait à l'origine des problèmes. Il y a par conséquent lieu de se référer à l'analyse du Dr L_____. Elle produit le rapport de ce médecin du 10 mars 2005. Selon lui on ne peut pas «affirmer de manière certaine que la fracture est actuellement complètement consolidée»; par ailleurs les plaintes actuelles et la limitation fonctionnelle empêchent sa patiente de reprendre une activité professionnelle. En outre, l'état dépressif s'est développé secondairement à l'accident et à ses complications.

10. Dans sa réponse du 30 mai 2005, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle rappelle que selon les radiographies figurant au dossier, le status est satisfaisant. En revanche une consultation au centre multidisciplinaire d'études et de traitement de la douleur, de septembre 2004, révèle un net désarroi de la recourante face à un problème somatique et la possibilité que les douleurs post fracture se pérennisent et qu'un traitement antalgique reste indispensable. Elle reprend, pour le surplus, son argumentation juridique. Elle relève que les conclusions du Dr L_____ ne sont pas motivées.

11. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 28 juin 2005. À cette occasion la recourante a indiqué avoir fait l'objet récemment d'examens qui ont montré la présence d'une rupture complète du tendon sus-épineux. Elle a produit ces documents médicaux, et la SUVA a proposé de les soumettre à son médecin-conseil pour nouvelle détermination.

12. Par courrier du 11 juillet 2005, la SUVA a informé le Tribunal que selon le Dr M_____ les documents produits n'avaient pas une valeur probante suffisante et qu'il convenait de soumettre la recourante à une arthro-I. R. M. de l'épaule, examen qui permettrait, en raison de sa spécificité et de sa sensibilité, de conclure à l'éventualité d'une rupture de la coiffe avec une valeur probante suffisante.

La recourante s'est dit d'accord avec cette instruction complémentaire, par courrier du 27 juillet 2005.

13. Il ressort de l'examen susmentionné, effectué le 17 août 2005, l'absence d'arguments arthrographiques et IRM évoquant une perforation transfixiante ou une déchirure significative des différents tendons de la coiffe des rotateurs. Une tendinopathie chronique à discrète composante inflammatoire de l'extrémité discale du tendon du muscle sus-épineux est mise en évidence.

    Par conséquent, par courrier du 21 novembre 2005 le médecin-conseil de la SUVA confirme qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux. L'examen a permis d'exclure une rupture de la coiffe des rotateurs, et la tendinopathie est de nature dégénérative, correspondant à l'âge, et le plus souvent sans importance sur le plan clinique. Il n'y a pas d'omarthrose importante. Le diagnostic de « subluxation sterno-claviculaire » retenu par le Dr L_____ ne s'explique pas.

14. Par courrier du 21 décembre 2005, la SUVA a persisté dans ses conclusions. De même, la recourante a souligné, par courrier du 19 janvier 2006, l'avis de son chirurgien traitant, selon lequel son état de santé actuel est attribuable aux suites de l'accident dont elle a été victime.

15. Après transmission de ces écritures aux parties par courrier du 27 janvier 2006, le Tribunal a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

    Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont 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.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable (art. 106 LAA, 56 et 60 LPGA).

5. a) En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (même arrêt consid. 4c p. 346).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

   b) 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, 4ème édition Berne 1984, p.

136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

c) Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

Lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994; G. du 9 novembre 1994).

En revanche, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Ainsi, pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

6. En l'espèce, le Tribunal fera siennes les conclusions du Dr M_____, confirmées par l'analyse du Dr N_____. Selon ces médecins, la fracture de la clavicule est maintenant tout à fait consolidée et ne justifie plus d'incapacité de travail. La suspicion d'une rupture de la coiffe des rotateurs a par ailleurs été exclue par l'examen complémentaire effectué en cours de procédure (arthrographie et arthro-IRM de l'épaule droite du 17 août 2005). De plus, la tendinopathie mise en évidence par cet examen relève d'une affection dégénérative et n'est, de ce fait, pas

en lien de causalité avec l'accident. C'est ainsi l'incapacité totale de travail elle-même qui est mise en cause ici, incapacité confirmée par le médecin traitant de la recourante. Ce médecin n'attribue d'ailleurs pas cette incapacité de travail à d'éventuels problèmes psychiques, en particulier un état dépressif qu'il décrit comme réactionnel aux événements, mais uniquement au fait que la fracture de l'épaule ne serait pas consolidée (cf. son rapport du 10 mars 2005), ce qui est contredit par les examens effectués.

7. Par conséquent, c'est à juste titre que la SUVA a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2004. Le recours sera donc rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La Présidente :

Pierre RIES — Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe