REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1131/2007 **ATAS/1239/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 8 novembre 2007

En la cause

Madame H_____, domiciliée , MEYRIN, représentée par FORUM SANTE (Mme Christine BULLIARD)	recourante

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, Direction Suisse Romande, chemin de Primerose 11, case postale, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Olivier LEVY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame H_____, née en 1966, travaille en qualité de commis de salle dans un établissement hôtelier genevois. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : l'assurance; pce A1 assurance).

2. Le 4 décembre 2005, elle s'est tordu le pouce gauche en rangeant un panier de vaisselle. Les médecins des (ci-après : "établissement hospitalier") lui ont prescrit des antidouleurs et des anti-inflammatoires le jour-même et le lendemain, une attelle a été posée par les médecins de "établissement hospitalier". Un arrêt de travail d'une semaine a été prescrit, ensuite de quoi l'assurée a pu reprendre son travail normalement (pce M9 assurance). L'assurance a pris le cas en charge.

3. L'assurée a été opérée par les docteurs A_____ et B_____, de l'Unité de chirurgie de la main des "établissement hospitalier", le 23 février 2006 et un certificat d'incapacité de travail du 23 février au 23 mai 2006 a été délivré (pces M1, M4 et A2 assurance).

4. Saisie d'une demande de prise en charge (pce A2 assurance), l'assurance a requis la production du compte-rendu opératoire du 28 février 2006 (pce M4 assurance).

   Celui-ci faisait état du diagnostic suivant : état après résection des poulies A1 et A2 pouce gauche post-traumatique.

   Le docteur A_____, signataire du rapport, a relaté une coupure au niveau de la base du pouce gauche en 1997, traitée dans un premier temps par simple suture cutanée, puis, suite à la découverte d'un déficit de flexion, par une révision avec suture tendineuse. Des douleurs sur le trajet tendineux du long fléchisseur du pouce (FPL) remontant jusque dans l'avant-bras étaient apparues dès novembre 2005 - symptomatologie péjorée à la mobilisation du pouce - et un épisode de blocage était survenu le 3 décembre 2005. L'effort de port de charge occasionnait parfois des décharges irradiant dans le pouce. Une infiltration locale n'ayant apporté qu'un soulagement transitoire et une échographie ayant démontré une absence de poulie, l'indication à une révision avec éventuelle reconstruction de la poulie selon Michon a été posée. Celle-ci a donc été effectuée le 23 février 2006, de même qu'une ténolyse du FPL.

5. L'assurance a fait savoir à l'assurée, par courrier du 23 août 2006, qu'elle n'entendait pas prendre en charge les prestations liées à l'intervention chirurgicale du 23 février 2006, les troubles constatés n'étant plus en rapport avec l'accident annoncé du 4 décembre 2005, mais avec un événement antérieur, à savoir un accident de 1997 non couvert par elle (pce A3 assurance).

6. En l'absence de réaction de l'intéressée, l'assurance a rendu, le 1er novembre 2006, une décision par laquelle elle a mis un terme à ses prestations à compter du 23 février 2006, motif pris du défaut de lien de causalité entre les troubles constatés dès cette date et l'accident du 4 décembre 2006 (pce A8 assurance).

7. Sur opposition, l'assurance a confirmé sa décision du 1er novembre 2006 (pce A11 assurance) par décision du 28 février 2006. L'assurance-maladie de l'intéressée, MUTUEL ASSURANCES, a quant à elle retiré l'opposition provisoire qu'elle avait formée après avoir pris connaissance du dossier (pce A10 assurance).

8. L'assurée interjette recours contre la décision du 28 février 2006 dont elle réclame l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à la prise en charge de l'opération de reconstruction de la poulie A2 selon Michon avec ténolyse du FPL effectuée au mois de février 2006 et, implicitement, à l'octroi d'une indemnité journalière durant la période d'incapacité de travail en ayant résulté, soit du 23 février au 15 août 2006 (mémoire de recours du 19 mars 2007).

   Elle produit, à l'appui de ses conclusions, un rapport du docteur C_____, médecin traitant, daté du 14 mars 2007, selon lequel l'opération du 23 février 2006 est uniquement attribuable à l'accident du 5 (recte : 4) décembre 2005 et n'a absolument aucun lien avec la coupure du pouce de 1997, la cicatrisation du tendon suite à l'opération de 1997 étant totale et aucune complication ne s'étant manifestée.

9. Dans sa réponse du 11 mai 2007, l'intimée a fait valoir que le rapport du docteur C_____ ne saurait être déterminant, dans la mesure où il s'agit du médecin traitant - dont on ne connaît au demeurant pas la spécialisation - et où il relate des faits erronés. Elle estime qu'il convient par contre de retenir l'avis de son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dont elle produit un rapport du 4 mai 2007.

   Ce médecin a procédé à une évaluation du cas sur dossier et a notamment relevé les éléments suivants. La recourante a subi un traumatisme initial du pouce gauche en 1997 : s'étant coupée au niveau de la base du pouce en Espagne, elle a été soignée par simple suture cutanée puis, en raison des suites défavorables avec l'apparition d'un flexum, une révision de la plaie a été effectuée avec suture tendineuse du long fléchisseur du pouce. L'intéressée a développé, dès novembre 2005, des douleurs sur le trajet du long fléchisseur du pouce remontant jusque dans l'avant-bras, sans notion de traumatisme, ni de facteur déclenchant. Cette symptomatologie s'est ensuite péjorée à la mobilisation du pouce, avec apparition de phénomènes de blocage le 3 décembre 2005. Le lendemain, la recourante s'est tordu le pouce en rangeant un panier de vaisselle. L'évolution, après traitement décidé par les médecins des "établissement hospitalier" et ceux de "établissement hospitalier", a été manifestement favorable, vu la reprise de travail à 100 % le 12 décembre 2005. Toutefois, en raison des décharges ressenties occasionnellement dans le pouce

gauche, la recourante a consulté aux "établissement hospitalier" où l'examen a démontré une légère rétractation de la première commissure, une douleur à la face palmaire de la MP et une mobilité articulaire réduite. Une infiltration cortisonnée ne l'a soulagée que provisoirement. Une échographie a été faite et a révélé une absence de poulie avec un effet de corde d'arc, raison pour laquelle l'intervention chirurgicale a été décidée. Le docteur D_____ en a déduit que la recourante présentait un état pathologique préexistant majeur de son pouce gauche après suture du FPL en 1997, avec séquelles douloureuses et épisodes de blocage. Selon lui, l'événement du 4 décembre 2005 doit être considéré comme mineur et son action vulnérante est totalement inappropriée pour entraîner une lésion significative du pouce ou pour causer une aggravation déterminante. Par ailleurs, l'anamnèse figurant dans le compte-rendu opératoire ne mentionne même pas cet événement et l'intéressée a pu reprendre son travail à plein temps seulement une semaine après ledit événement et durant 3 mois avant l'opération, ce qui parle également pour un lien de causalité naturelle insuffisant avec l'accident du 4 décembre 2005. Le médecin-conseil ajoute que les sutures tendineuses dans la base du canal digital d'un doigt se compliquent par des phénomènes de ténodèse ou d'insuffisance des poulies - ce qui est le cas chez la recourante - qui ne peuvent pas résulter d'un événement tel que celui du 4 décembre 2005. Il en tire la conclusion qu'il est incompréhensible de retenir un lien de causalité entre cet accident mineur et l'opération de la poulie digitale dans ce contexte; selon lui, le statu quo sine dudit événement a dû être retrouvé très rapidement, au plus tard à la reprise du travail le 12 décembre 2005. La suite est exclusivement imputable à l'accident de 1997.

L'intimée conclut par conséquent à la confirmation de sa décision, sans mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

10. La recourante produit une attestation médicale signée du docteur E_____, médecin auprès du l'Unité de chirurgie de la main des "établissement hospitalier", aux termes de laquelle l'opération du 23 février 2006 et l'incapacité de travail qui s'en est suivie ont pour seule cause l'accident du mois de décembre 2005. Elle se réfère expressément à ce document dans sa réplique du 24 mai 2007 et suggère l'audition de ce praticien.

11. Dans son mémoire de duplique, l'intimée se réfère aux considérations précédemment exposées concernant la valeur probante des rapports médicaux et expose que le nouvel avis médical produit par la recourante n'apporte aucun fait médical ou scientifique. Dès lors, l'avis du docteur D_____ est le seul pertinent en l'espèce et la décision attaquée doit être confirmée.

EN DROIT

1. 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) 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.

2. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

3. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents (prise en charge de l'intervention chirurgicale et indemnité journalière dès le 23 février 2006) pour la reconstruction de la poulie A2 du pouce gauche selon Michon et la ténolyse du FPL.

4. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Dans la mesure où le trouble présentement en cause peut ouvrir droit à des prestations pour la période à compter du 23 février 2006, il y a lieu d'examiner le cas à l'aune du nouveau droit (ATF 130 V 329).

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177

consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

6. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 et les références).
   Ainsi, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

   Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 qu'un médecin 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

7. La recourante estime que les avis de son médecin traitant, le docteur C_____, et du docteur E_____, de l'Unité de Chirurgie de la main des "établissement hospitalier", démontrent l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 4 décembre 2006 couvert par l'assurance-accidents et l'opération du 23 février 2006.

   Cette conclusion péremptoire et non motivée ne saurait être suivie. Il convient bien plutôt, avec l'intimée, de se référer aux conclusions du docteur D_____.

   Effectivement, ce dernier médecin a rendu un exposé remplissant l'ensemble des conditions posées par la jurisprudence fédérale mentionnée ci-dessus pour que lui

soit reconnue une pleine valeur probante. En particulier, les interactions entre les différents événements et la description du contexte médical sont dépourvus d'ambiguïté et les conclusions auxquelles parvient le praticien sont clairement expliquées.

Ces considérations, par contre, ne peuvent être appliquées aux avis sur lesquels se fonde la recourante, dès lors que ces derniers se contentent d'exposer des conclusions en omettant de faire part du raisonnement qui y conduit. De surcroît, le docteur E_____, en décrétant que l'intervention chirurgicale du 23 février 2006 a pour seule cause l'accident du 4 décembre 2005, contredit le compte-rendu d'opération rédigé par ses confrères qui ne mentionnent au demeurant pas cet événement. Ces derniers expliquent assez clairement que l'intervention chirurgicale a été motivée par des troubles apparus dès novembre 2005 (soit antérieurement à l'événement couvert par l'intimée). Or, dans la mesure où le compte-rendu opératoire du 28 février 2006 a été établi hors de tout litige assécurologique, il doit avoir la préférence sur celui rédigé à la demande de la patiente en cours de procédure par le docteur E_____, qui n'a pas participé à l'opération litigieuse. Quant au rapport du docteur C_____, outre le fait qu'il émane d'un médecin non spécialisé en chirurgie - si l'on se réfère aux données publiées dans l'annuaire téléphonique, le docteur C_____ serait pédiatre -, qu'il rapporte des événements contraires à la réalité (complète guérison après l'intervention de 1997, alors qu'il est attesté et non contesté que l'intéressée souffrait de troubles du FPL avant le 4 décembre 2005), il a également été rédigé à la demande de la patiente en cours de procédure par le médecin traitant, ce qui permet de douter clairement de son objectivité eu égard à la relation de confiance légitime qui existe entre un praticien et son patient.

En conséquence, l'absence de lien de causalité naturelle - question qui doit être tranchée sur la base des données médicales en présence - est démontrée par les rapports du docteur A_____ du 28 février 2006 et du docteur D_____ du 4 mai 2006.

Admettre le postulat inverse reviendrait à nier les problèmes - non contestés par la recourante - que cette dernière présentait déjà avant l'événement du 4 décembre 2006, d'une part. D'autre part, la reprise du travail à temps plein et pendant 3 mois sans autres troubles que ceux déjà connus auparavant n'est pas explicable autrement que par le fait que l'accident du 4 décembre 2006 s'est révélé en réalité sans incidence par rapport à une problématique préexistante connue depuis l'accident de 1997, non couvert par l'intimée.

8. Enfin, l'appréciation des preuves exposées ci-dessus ayant permis au Tribunal de céans de définir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les faits pertinents, point n'est besoin d'entendre le docteur E_____ comme le propose la recourante (cf. KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p.

212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence relatifs à l'appréciation anticipée des preuves).

9. Il suit de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée a nié le droit aux prestations à compter du 23 février 2006, soit les prestations en relation avec l'opération du même jour.

10. Le recours doit dès lors être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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 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	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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