

GE_GERICHTE ATAS/1001/2020 vom 26. Oktober 2020

GE Cour de justice, 2020-10-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1001_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1001/2020 du 26 octobre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1001/2020 del 26 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un samedi - au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA - E 5 10]).

E. 4

a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Par ailleurs, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). b. En l'espèce, dans sa décision initiale du 7 août 2017, confirmée sur opposition le 19 septembre 2018, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017. Elle a précisé que, dès le 1er septembre 2017, ses

A/3726/2018 - 18/29 - prestations se limiteraient à la rente octroyée jusqu'alors à l'assuré et au remboursement de médicaments antalgiques. Dans sa décision sur opposition, la CNA a

ensuite refusé « d'entrer en matière » sur la demande de révision à la hausse de la rente d'invalidité, arguant que cette problématique excédait le cadre de sa décision du 7 août 2017. De son côté, le recourant requiert le versement de prestations LAA, notamment d'indemnités journalières, jusqu'à la « disparition complète des conséquences de son accident et de sa rechute », subsidiairement l'augmentation de son degré d'invalidité à 100%. Il soutient que, contrairement au point de vue de l'intimée, la question de la révision de la rente fait partie de l'objet du litige. c. La chambre de céans constate que dans sa décision du 7 août 2017, confirmée sur opposition, la CNA a retenu que, dès le mois de septembre 2017, ses prestations en espèces se limiteraient à la rente octroyée « à l'époque », c'est-à-dire à la rente de 22% accordée au recourant en 2014. Par ailleurs, il convient de relever que la CNA a rendu sa décision suite au rapport rendu par son médecin d'arrondissement le 27 juin 2017, dans lequel le Dr E_____ avait conclu qu'« il n'y [avait] pas [...] d'aggravation de l'état de santé qui puisse faire modifier l'exigibilité annoncée, la rente proposée par la CNA ou éventuellement une augmentation du taux d'indemnité par rapport à l'examen médical final du 3 février 2016 (recte : 2012) ». Il en résulte que l'intimée, par sa décision du 7 août 2017, a écarté l'hypothèse d'une révision de la rente d'invalidité, conformément à l'avis exprimé par son médecin d'arrondissement. Elle a encore confirmé ce point de vue au stade de la réplique. Quoi qu'en dise l'intimée, la question d'une éventuelle révision de la rente fait donc bel et bien partie de l'objet du litige. Au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017 et, le cas échéant, à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente d'invalidité.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend 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). b. 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 (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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

A/3726/2018 - 19/29 - 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. 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. Il faut que d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 6

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 7

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

A/3726/2018 - 20/29 - Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensible miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives,

l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

E. 8

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c), lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

A/3726/2018 - 21/29 - L'art. 21 al. 1 let. d LAA vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain. La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une indemnité pour impotence grave (ATF 124 V 52 consid. 4 p. 57; arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013).

E. 9

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

E. 10

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute

prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 1008 consid. 5.4).

E. 11

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit

A/3726/2018 - 22/29 - 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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Étant 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). Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes (ATF 122 V 157 consid. 1d; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Ainsi, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêts du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3; 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

A/3726/2018 - 23/29 - En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 12

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

E. 13

En l'espèce, la décision du 7 août 2017, confirmée sur opposition le 19 septembre 2018, fait suite à la rechute annoncée par le recourant en 2014 et repose notamment sur le rapport établi par le Dr E_____ en juin 2017. Elle met un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017. Elle retient par ailleurs que, dès le 1er septembre 2017, les prestations versées se limiteront à la rente octroyée à l'assuré à l'époque (soit une rente LAA de 22%) et à la prise en charge de médicaments antalgiques. De son côté, le recourant requiert en premier lieu le maintien des indemnités journalières « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident et de sa rechute », en faisant valoir que contrairement au Dr E_____, les spécialistes qui le traitent ont tous constaté que son état de santé n'était pas encore stabilisé et se sont opposés à ce que l'intimée mette fin à ses prestations.

E. 14

Dans son rapport du 27 juin 2017 - auquel l'intimée s'est ralliée -, le Dr E_____ a notamment estimé que, trois mois après la dernière opération du coude gauche, réalisée le 8 mai 2017, le cas était suffisamment stabilisé pour les troubles accidentels qui étaient du

ressort de la CNA. Il a donc proposé de « clôturer » la rechute au 31 août 2017, ce que l'intimée a fait en mettant un terme, dès cette date, au versement des indemnités journalières.

A/3726/2018 - 24/29 - La chambre de céans constate que, même si les Drs G_____ et F_____ ont évoqué un état de santé non stabilisé dans deux rapports produits à l'appui de l'opposition, aucun des médecins consultés par le recourant n'a rendu vraisemblable que de nouveaux traitements (par exemple une nouvelle intervention chirurgicale) étaient susceptibles de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail et de gain. Au contraire, il ressort des documents produits à l'appui du recours que les médicaments antalgiques et les infiltrations du rachis cervical n'ont entraîné, jusqu'ici, aucun bénéfice notable et qu'en dépit de nombreuses interventions chirurgicales, le recourant souffre encore de cervico-brachialgies, d'une neuropathie du nerf ulnaire du coude gauche, d'une amyotrophie limitant l'usage de la main gauche, de paresthésies et de douleurs, rendant « pratiquement impossible l'utilisation du membre supérieur gauche » (cf. rapports de la Dresse G_____ du 29 août 2017, du Dr P_____ du 27 septembre 2017 et du Dr F_____ du 5 octobre 2017). Il est vrai que les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG et la Dresse G_____ ont requis la prise en charge d'un suivi psychiatrique, mais ces praticiens n'ont pas indiqué qu'un tel suivi était propre à modifier significativement la capacité de travail et de gain. En définitive, vu l'absence de traitement susceptible d'améliorer significativement la capacité de gain ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci, l'intimée pouvait légitimement considérer que l'état de santé était stabilisé au 31 août 2017, trois mois après la dernière intervention chirurgicale. C'est dès lors à bon droit qu'elle a mis un terme, dès cette date, au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, sous réserve des séances d'ergothérapie, du traitement antalgique et des consultations dans un centre de la douleur.

E. 15

a. Dans son rapport du 27 juin 2017, le Dr E_____ a également conclu qu'en comparaison de l'examen qu'il avait pratiqué le 3 février 2016 (recte : 2012), il ne s'était produit aucune aggravation de l'état de santé qui justifierait de modifier l'exigibilité de 100% (et donc la rente) ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'il avait suggérée à l'époque. Le recourant conteste cette affirmation et soutient que tous les spécialistes qu'il a consultés ont attesté d'une aggravation de son état de santé. Se référant par ailleurs au principe d'uniformité de la notion d'invalidité, il estime que l'intimée a versé dans l'arbitraire en maintenant sa rente à un taux de 22%, en contradiction avec l'assurance-invalidité, qui lui a reconnu un degré d'invalidité de 100%. Il se pose donc la question de savoir si une modification sensible de l'état de santé s'est produite entre la décision initiale de rente et la décision sur opposition attaquée. b. Pour accorder au recourant une rente d'invalidité de 22% en 2014, la CNA s'était fondée essentiellement sur un rapport établi par le Dr E_____ le 3 février 2012 : après avoir rappelé les deux opérations subies jusqu'alors par le recourant, en 2010-2011 (foraminotomie et séquestrectomie C7-D1 ; dissectomie C6-C7 et C7-D1), le Dr E_____ avait constaté une mobilité normale des deux articulations

A/3726/2018 - 25/29 - de l'épaule et du coude gauche, ainsi qu'un enroulement complet des doigts des deux mains. Le Dr E_____ avait également mentionné la présence d'une amyotrophie distale du côté gauche, ainsi qu'une amyotrophie globale du membre supérieur gauche et un syndrome vertébral cervical (avec déficit sensitif moteur important du territoire de C8). Il avait jugé « satisfaisante » la mobilité du rachis cervical, qui ne

présentait alors « pas de raideur majeure ». Le Dr E_____ avait noté que, selon les déclarations de l'assuré, le problème concernait surtout la main gauche, alors qu'il n'y avait que très peu de gêne fonctionnelle au niveau du coude et de l'épaule gauche. À l'issue de son examen, le Dr E_____ avait estimé que l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, lui permettant d'alterner les positions debout / assise et d'éviter le port de charges lourdes, les travaux en porte-à-faux, ainsi que ceux nécessitant des rotations répétées du rachis cervical, des efforts de préhension de la main gauche, des maniements d'outils avec les deux mains, ainsi que l'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers. c. Dans son rapport du 27 juin 2017, le Dr E_____ a relevé que l'assuré, bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité, avait été opéré de la colonne vertébrale en octobre 2016, puis du coude gauche au mois de mai 2017, de sorte qu'il se trouvait dans une période postopératoire relativement récente. Il souffrait encore de douleurs persistantes de la colonne vertébrale, qui ne s'étaient pas modifiées durant les derniers mois. S'agissant du bras gauche, l'assuré déplorait une douleur plus importante qu'avant la chirurgie et le Dr F_____ lui avait conseillé « d'attendre encore au moins trois mois ». À l'examen, la mobilité de la région cervicale demeurait satisfaisante, avec une amplitude légèrement diminuée, tant en flexion qu'en extension. La mobilisation latérale et en inclinaison était possible, mais limitée. Le Dr E_____ a précisé qu'un examen complet du coude lui semblait inutile, dans un contexte postopératoire récent ; selon lui, la mobilité était conservée, mais paraissait être en autolimitation. En conclusion de son rapport, le Dr E_____ a notamment déclaré qu'en comparaison de son examen final du 3 février 2016 (recte : 2012), il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé qui justifierait de « modifier l'exigibilité annoncée [en 2012], la rente proposée par la CNA ou éventuellement une augmentation du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité [...] ». d. La chambre de céans constate que la conclusion du Dr E_____ selon laquelle il ne se serait produit, depuis son examen du 3 février 2012, aucune aggravation de l'état de santé qui justifierait de modifier l'exigibilité de 100% qu'il avait suggérée à l'époque, est sujette à caution. Tout d'abord, dans la mesure où le Dr E_____ a jugé inutile de pratiquer un examen complet du coude gauche - en raison du fait que ce coude avait été opéré moins de deux mois auparavant - son rapport ne satisfait pas pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, lesquels supposent, entre autres, que des examens complets aient été pratiqués sur la personne de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3a). En lien avec cette absence

A/3726/2018 - 26/29 - d'examen clinique complet, postérieurement à la dernière intervention chirurgicale, on remarque que le Dr E_____ n'a pas indiqué quelles étaient les amplitudes articulaires du coude gauche, de sorte que l'on peine à comprendre, en définitive, sur quels éléments ce médecin se fonde pour affirmer que « la mobilité [du coude gauche] est conservée, mais semble être en autolimitation ». En outre, la conclusion du Dr E_____ portant sur l'absence d'une aggravation de l'état de santé et l'exigibilité d'une activité adaptée n'est pas véritablement motivée, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a), si ce n'est par les très brèves constatations cliniques qu'il a consignées dans son rapport, sur sept lignes, sans chiffrer les amplitudes articulaires. De plus, on s'étonne que le Dr E_____ n'ait pas discuté, dans son appréciation, des quatre interventions chirurgicales - deux opérations au niveau du coude gauche en 2014 et 2017, ainsi que deux autres au niveau cervical en 2016 - subies par le recourant postérieurement à la décision initiale de la CNA, rendue en mai 2014. Ensuite, il convient de relever que les conclusions du Dr E_____ ayant trait à l'absence d'aggravation de l'état de santé et à l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 % sont mises

en doute par d'autres pièces médicales versées au dossier. En effet, dans son rapport daté du 20 novembre 2017, le Dr H_____ a attesté d'une aggravation, depuis un examen antérieur pratiqué en janvier 2016 - donc postérieurement à la décision d'octroi de rente rendue par la CNA en 2014 -, de la neuropathie ulnaire du côté gauche, caractérisée par une absence de réponse complète sensitive et motrice, ainsi qu'une péjoration de la faiblesse et des douleurs affectant la main gauche. Cette potentielle aggravation au niveau du coude paraît corroborée par le rapport du Dr R_____ du 4 mars 2018, lequel fait état d'une paralysie définitive du nerf ulnaire. Pour sa part, la Dresse G_____, dans son rapport du 29 août 2017, a également certifié, notamment depuis la rechute annoncée à la CNA, une péjoration de l'état de santé, se traduisant par une augmentation des cervico-brachialgies et la présence de signes de dénervation aigue dans les myotomes de C8, dénervation qui aurait été mise en évidence, précise-t-elle, par un bilan électromyographique réalisé en novembre 2016. La Dresse G_____ a conclu que le recourant ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle. De son côté, le Dr F_____, après avoir rappelé que le recourant avait subi trois opérations du coude gauche en 2012, 2014 et 2017, ainsi que plusieurs interventions neurochirurgicales, a lui aussi conclu que l'intéressé n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle. Enfin, les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont relevé que les douleurs dont souffrait l'assuré à la nuque et au bras gauche étaient devenues plus constantes et plus fortes au fil des années. Au regard de ce qui précède, on constate que les avis exprimés par les médecins du recourant s'écartent de celui du médecin d'arrondissement, tant en ce qui concerne la question d'une aggravation de l'état de santé que celle de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr E_____ sur lesquelles repose la décision attaquée.

A/3726/2018 - 27/29 - À cela s'ajoute que, selon le préavis de décision de 2016 transmis par le recourant, l'assurance-invalidité a retenu un degré d'invalidité de 100%, correspondant à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle. S'il est vrai que, comme le souligne l'intimée, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3), il n'en demeure pas moins que la reconnaissance par cette assurance d'une totale incapacité de travail et de gain chez le recourant constitue un élément supplémentaire propre à faire douter des conclusions du Dr E_____. e. Le rapport établi par la Dresse I_____ en avril 2015 ne permet pas de lever les doutes qui viennent d'être évoqués, ne serait-ce que parce qu'il a été établi antérieurement aux trois dernières opérations subies par l'intéressé, de sorte qu'il ne renseigne pas sur l'évolution de l'état de santé jusqu'au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue. En outre, ce rapport a été établi sans examen clinique préalable du recourant et l'appréciation qui y est contenue est très sommaire. f. Pour terminer, on relèvera que les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont relevé, en 2017, l'existence d'un état dépressif, lequel avait déjà été constaté par les médecins de la CRR en 2015. Invité à se déterminer sur ce point, le psychiatre-conseil de l'intimée, le Dr Q_____, a estimé que la problématique dépressive était probablement en relation de causalité naturelle avec l'accident. Dès lors que, dans le cadre de la décision initiale de la CNA, il n'avait pas été tenu compte de troubles psychiques, on se trouve, là encore, en présence d'une potentielle aggravation de l'état de santé. L'intimée n'a toutefois pas entrepris d'instruction à ce propos, notamment en ce qui concerne d'éventuels effets du trouble dépressif sur la capacité de travail.

E. 16

Comme exposé précédemment (cf. consid. 11), lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire. En l'occurrence, des doutes subsistent quant à l'appréciation par le médecin d'arrondissement de l'évolution de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail, depuis la décision initiale d'octroi de rente rendue en 2014. Au regard de ce qui précède, il convient d'admettre qu'une aggravation de l'état de santé a été rendue plausible. Il appartiendra par conséquent à l'intimée de poursuivre l'instruction afin de déterminer si la capacité de travail et de gain s'est péjorée depuis sa décision initiale de 2014. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle ordonne une expertise, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

A/3726/2018 - 28/29 - Partant, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du

E. 19

septembre 2018 annulée, dans la mesure où elle refuse d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimée. 18. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/3726/2018 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.