

GE_GERICHTE ATAS/1012/2023 vom 19. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/1012/2023 du 19 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/1012/2023 del 19 dicembre 2023

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 ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, elle est aussi compétente à raison du lieu pour juger du présent litige.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est par contre soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017

A/1668/2021 - 15/28 - consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable sous cet angle.

E. 6.1

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés 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 la

voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références ; 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références). La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

E. 6.2

En l'espèce, si le recourant a certes conclu, dans son acte de recours du

E. 11

mars 2019. Concernant tout d'abord le traitement antalgique et par physiothérapie, malgré l'opposition du Dr H_____ à la fin de la prise en charge de celui-ci et la réponse équivoque du médecin-conseil à cet égard (cf. sa lettre du 18 juin 2019), il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de traitements conservateurs qui, selon la jurisprudence (cf. consid. 8.2 supra) et sauf contre-indication médicale expresse, ne sont pas aptes à améliorer sensiblement l'état de santé d'un assuré. De tels traitements, s'ils peuvent avoir un effet bénéfique sur les douleurs, ne sont en effet pas de nature à améliorer ou rétablir la capacité de travail de l'assuré. Les déclarations du Dr H_____ à cet égard ne permettent pas d'infirmier ce qui précède, dans la mesure où il a confirmé que le but de la physiothérapie était de conserver la mobilité de la cheville et renforcer la musculature, afin de contribuer à réduire les douleurs mécaniques du recourant (cf. audition par la chambre de céans le 3 février 2022 et rapport du 6 mai 2021). S'agissant en second lieu de l'opération chirurgicale envisagée – que le recourant ne semble toujours pas avoir réalisée à l'heure actuelle – tant le Dr H_____ que le médecin-conseil se rejoignent sur le fait que celle-ci aurait uniquement pour effet d'améliorer la symptomatologie, sans apporter d'amélioration de la capacité de travail. Le Dr F_____ a lui aussi uniquement évoqué une réduction des douleurs et un gain de confort. Enfin, le fait que le SMR ait estimé, dans son avis de juin 2020, que le cas n'était pas stabilisé compte tenu de l'opération prochaine alors entrevue, ne permet pas de remettre en cause ce qui précède, tant il est vrai que la stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA obéit à une réglementation et à une logique propres et que, dans cet avis, les médecins de l'OAI n'ont nullement fait état d'éléments médicaux parlant pour une amélioration de l'état de santé du recourant à la suite de l'opération.

E. 11.1

En l'espèce, au vu des conclusions formulées par le recourant, il se justifie d'examiner en premier lieu si l'intimée était fondée à considérer que son état de santé était stabilisé et à mettre fin à la prise en charge des frais médicaux (au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) avec effet au 11 mars 2019 et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2019, s'agissant de prestations temporaires de l'assurance-accident (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

E. 11.2

Il sied tout d'abord de constater que le Dr F_____, dans son rapport du 11 mars 2019, n'a pas directement répondu à la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement de la date de celle-ci. À la question de l'intimée visant à savoir quels traitements le recourant devait suivre dans le futur afin d'améliorer les suites de la fracture, il a en effet répondu que le traitement conservateur (prise d'antalgiques) pouvait être poursuivi, avec le risque toutefois que les douleurs persistent, et a également envisagé une prise en charge chirurgicale (prothèse ou arthrodèse tibio-talienne), sans se prononcer sur les effets de ces opérations. Dans son rapport ultérieur de consultation du 19 mars 2020, il a par ailleurs relevé que la prise en charge chirurgicale par voie d'arthrodèse, option vers laquelle le recourant se dirigeait alors, améliorerait sa symptomatologie douloureuse et son confort. De son côté, le médecin-conseil de l'intimée a retenu, dans son rapport du 26 mars 2019, que les interventions chirurgicales pouvaient apporter une amélioration de la symptomatologie, mais ne permettraient pas la reprise du travail dans l'ancienne activité. Quant au Dr H_____, s'il a mentionné, dans son rapport du 3 juillet 2021, que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée, il a justifié son point de vue par le fait que les mesures du pied blessé étaient, en 2021, différentes de celles relevées par le Dr F_____ en 2019. En outre, lors de son audition par la chambre

A/1668/2021 - 23/28 - de céans au mois de février 2022, ce médecin a parlé d'une phase stationnaire depuis une année, respectivement d'un « plateau stable » qui durait depuis deux- trois ans, soit depuis qu'il suivait le recourant. Il a plus loin précisé que l'état du recourant était stable, ce qui signifiait aussi stationnaire, mais qu'une aggravation était possible dans le futur. S'agissant de l'effet envisagé de l'éventuelle intervention chirurgicale, le Dr H_____ a déclaré que ni l'arthrodèse ni la prothèse ne pourraient améliorer la capacité de travail du recourant ; ces opérations amélioreraient sa qualité de vie et réduiraient ses douleurs pour la vie de tous les jours, mais pas pour l'exercice d'une activité professionnelle.

E. 11.3

Au vu des éléments qui précèdent, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA dès le

E. 11.4

Par conséquent, au vu du pronostic d'une (éventuelle) future intervention chirurgicale, dont le résultat ne permettra pas d'améliorer la capacité de travail du recourant, l'intimée pouvait à juste titre conclure que le cas était stabilisé et

A/1668/2021 - 24/28 - procéder à la clôture des prestations temporaires, les droits du recourant en cas de rechute ou de séquelles tardives demeurant par ailleurs expressément réservés. C'est ainsi à bon droit qu'elle a mis fin au remboursement du traitement médical, au sens de l'art. 10 al. 1 LAA, avec effet au 11 mars 2019, ainsi qu'au versement des

indemnités journalières, qui ont par ailleurs été versées jusqu'au 30 septembre 2019.

E. 12

Est de plus litigieuse la question de la rente d'invalidité, le recourant ayant conclu à ce que l'intimée instruisse ce point et rende une nouvelle décision y afférente, afin de tenir compte de la diminution de son rendement dans une activité adaptée.

E. 12.1

À titre liminaire, il sera rappelé qu'il est admis que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'agent de sécurité. La décision du 28 juin 2019 et la décision sur opposition querellée retiennent que les avis du Dr G_____ et du Dr F_____ concordent entièrement en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui serait entière dans une activité légère et sédentaire. Cette appréciation nécessite d'évaluer en premier lieu le rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019, ce rapport étant le seul dans lequel le médecin précité a abordé la question litigieuse, et le médecin-conseil s'y référant directement pour fonder son évaluation.

E. 12.2

À la forme, la chambre de céans constate que le rapport du 11 mars 2019 du Dr F_____, par ailleurs ancien médecin orthopédiste traitant de l'assuré, n'est pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, applicable dans sa version en vigueur lors de la désignation de ce médecin (« Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions »), ce que ne soutient du reste pas l'intimée, puisqu'elle relève – à juste titre – que l'assureur-accidents n'a pas l'obligation de mandater pour chaque cas d'assurance un expert. Cela ne signifie toutefois pas que ce rapport ne revête pas de force probante. Il s'agit d'examiner si ses conclusions sont claires, dûment motivées et fondées sur un dossier et des examens complets.

E. 12.3

S'agissant de la question déterminante de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr F_____ s'est exprimé en ces termes : « [...] Dans ce sens, je ne vois pas de possibilité de reprendre une activité professionnelle comme celle actuelle du patient et propose de se diriger vers une reconversion professionnelle dans un domaine plus sédentaire avec une activité de bureau. Impossibilité de station debout, limitation et port de charges ne demandant pas de capacité physique autre qu'un travail de bureau. Le taux de cette activité dépendra bien entendu des douleurs présentées par le patient [...]. Une autre activité professionnelle peut être exigible à condition qu'elle soit adaptée à son état de

A/1668/2021 - 25/28 - santé et le taux pourrait être de 100% si celle-ci tient compte de ses limitations. Cependant, ce genre de question nécessite l'avis d'une expertise externe au dossier pour être complète ». Au vu des réponses précitées, la chambre de céans constate en premier lieu que le Dr F_____ ne s'est pas exprimé de manière claire en faveur d'une activité adaptée réalisable à 100%. Dans un premier élément de réponse, il a en effet indiqué que le taux d'une telle activité dépendrait des douleurs du recourant – et ne l'a donc pas quantifié – et, dans le second élément de réponse, a exprimé un doute sur le taux d'exigibilité de 100% qu'il venait de mentionner en relevant qu'une telle appréciation nécessitait l'avis d'un expert. En second lieu, lorsqu'il a rédigé son rapport du 11 mars 2019,

le Dr F_____ ne disposait pas de l'ensemble du dossier du recourant, et en particulier pas des prises de position du Dr H_____ ou du Dr G_____. Contrairement à ce que soutient l'intimée, le rapport du 11 mars 2019 est donc insuffisant pour retenir une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. S'agissant du médecin-conseil, s'exprimant sur pièces et sans avoir examiné le recourant, il a conclu à une pleine capacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée dès le 1er avril 2019, en se référant au rapport du Dr F_____ du 11 mars 2019 qui, comme vu précédemment, n'établissait pas clairement ce taux. Au vu des exigences sévères qui sont posées quant aux avis des médecins d'assurances lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise (cf. consid. 9.4 supra), le point de vue du Dr G_____ ne peut donc être suivi en cas de doute quant à ses conclusions, doute qui existe ici. Par ailleurs, le Dr H_____, médecin-traitant du recourant, a pour sa part retenu des taux variables d'exigibilité dans une activité adaptée, dont on ne peut non plus tirer de conclusion fiable (capacité de travail entre 50% et 100% et évocation d'une diminution de rendement au vu de la nécessité de se lever et dérouler les jambes dix minutes par heure dans son rapport du 5 février 2019, capacité de travail de 0% dans le rapport du 12 mars 2021, de 50% pouvant être réduite avec le temps dans celui du 3 juillet 2021, et de 50%, puis de 80% après quelques mois si tout se déroulait correctement, lors de son audition). Finalement, le SMR, dans deux avis rendus par des médecins différents fondés sur l'expertise confiée au Dr I_____, a retenu une capacité de travail du recourant de 50% dans une activité adaptée dès le 1er novembre 2018, et une demi-rente de l'assurance-invalidité lui a été accordée. Il n'empêche que les critiques formulées par l'intimée à l'encontre de cette conclusion ne sont pas dépourvues de fondement et le recourant lui-même reconnaît que le Dr I_____ ne s'est pas prononcé spécifiquement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée (cf. déterminations du 22 août 2022). La chambre de céans ne peut donc, en l'état, confirmer un tel taux de capacité de travail dans une activité adaptée, étant par ailleurs rappelé que les décisions de l'assurance-invalidité n'ont pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2).

A/1668/2021 - 26/28 -

E. 12.4

En conclusion, aucun élément médical au dossier ne permet en l'espèce de statuer, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références), sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de la diversité des réponses apportées à cette question et de leurs motivations insuffisantes. La problématique de l'éventuelle diminution de rendement n'a pas non plus été investiguée suffisamment par les différents intervenants. Ainsi, il est nécessaire de mettre en œuvre à tout le moins une expertise orthopédique, les aspects médicaux du cas devant être clarifiés. Dans la mesure où aucune expertise n'a en l'espèce été ordonnée par l'intimée et où l'instruction du cas par celle-ci s'avère insuffisante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle diligente une telle expertise et mandate, si possible, un spécialiste du pied et de la cheville, dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA. Le renvoi précité permettra en outre à l'expert de se prononcer sur une éventuelle évolution de l'état de santé du recourant depuis la décision du 28 juin 2019, sachant que le Dr H_____ a relevé qu'en complément du diagnostic d'arthrose à la cheville gauche le recourant souffrait d'une réduction de la pronation et de la supination au pied gauche en raison d'une fibrose post-traumatique, depuis 2020 à tout le moins, soit avant le prononcé de la décision querellée, étant rappelé que, de jurisprudence constante, le juge des assurances

sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1). Il s'agira donc, pour l'expert, de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic, cas échéant d'examiner s'il se trouve en lien de causalité avec l'accident du 27 avril 2015, s'il entraîne des nouvelles limitations fonctionnelles et quel est son éventuel impact sur la capacité de travail du recourant, ainsi que d'examiner, en outre, s'il engendre une atteinte à l'intégrité différente de celle de l'arthrose de l'articulation tibio- astragaliennne. Si l'expert venait à retenir une rechute ou des séquelles tardives, il ne serait en effet pas exclu, cas échéant, de compléter l'IPAI déjà accordée. Ce qui précède ne remet néanmoins pas en cause la conclusion concernant la stabilisation médicale du cas, dans la mesure où le Dr H_____ n'a à aucun moment évoqué qu'un traitement médical permettrait de remédier à la fibrose post-traumatique de façon à améliorer la capacité de travail du recourant et que ce dernier ne l'allègue pas. Reste réservée l'éventuelle application de l'art. 21 LAA.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 mars 2021 sera annulée en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité. La cause sera renvoyée à l'intimée à ce propos afin qu'elle instruisse le cas en mettant en œuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA et toutes autres mesures d'instruction utiles.

A/1668/2021 - 27/28 - Au surplus, la décision entreprise sera confirmée en ce qu'elle a mis fin au remboursement des frais de traitement médical et au versement des indemnités journalières.

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1668/2021 - 28/28 - 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.