

GE_GERICHTE ATAS/1066/2017 vom 28. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1066_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1066/2017 du 28 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1066/2017 del 28 novembre 2017

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

A/376/2017 - 8/14 - 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

A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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 de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le recours a été formé, compte tenu des fêtes se déroulant du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et 61 let. b LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que, par sa décision sur opposition du 16 décembre 2016, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016. Il convient de préciser que dans la mesure où l'intervention chirurgicale effectuée le 7 février 2017 est survenue postérieurement à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant ne seront pas examinées dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

E. 6

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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de

A/376/2017 - 9/14 - 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGa), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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. A 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

A/376/2017 - 10/14 - 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. Etant 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les 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 351 consid. 3b/cc).

E. 8

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. 9

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

A/376/2017 - 11/14 - Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible,

dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

E. 10

En l'occurrence, l'intimée considère qu'à compter du 1er août 2016, le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste. Dans le cadre de sa décision sur opposition litigieuse, l'intimée a justifié la fin du versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016 en se référant uniquement au projet de décision rendue par l'OAI le 5 décembre 2016. On rappellera que 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). Le Tribunal fédéral de assurances a en outre jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents sont tenus de procéder dans chaque cas de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d). En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, l'intimée ne pouvait se contenter de reprendre l'évaluation de la capacité de travail résiduelle effectuée par l'OAI, ce d'autant plus qu'aucune décision entrée en force n'avait encore été rendue par cet assureur lorsque l'intimée a été amenée à se prononcer. Il y a donc lieu de déterminer la capacité de travail du recourant au vu des rapports versés à la procédure. Suite à l'accident survenu le 9 novembre 2014, le recourant a présenté une fracture supra-ligamentaire Weber C de la cheville gauche et une incapacité de travail totale pour laquelle l'intimée a versé des indemnités journalières. Après une première intervention chirurgicale le 11 novembre 2014, le recourant a présenté des douleurs associées à des tuméfactions de la cheville, de sorte que le Dr E_____ a effectué une libération arthroscopique du conflit antérieur et postérieur de la cheville gauche ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 1er mars 2016. L'incapacité de travail était totale (rapport du 3 mai 2016). Interrogé sur l'évolution de l'état de santé du recourant par le Dr F_____, le Dr E_____ a, en date du 4 juillet 2016, diagnostiqué notamment un conflit antérieur et postérieur de la cheville avec amplitudes articulaires douloureuses et une limitation fonctionnelle de la cheville gauche. Le recourant présentait une évolution sans complication de la chirurgie. Selon le médecin, pour l'heure, la situation était encore très algique et un traitement intensif de physiothérapie était envisagé

A/376/2017 - 12/14 - pendant huit à douze mois. Une reprise de travail n'était pas envisageable au vu du décours récent de l'intervention chirurgicale. Le médecin envisageait un arrêt de travail d'au minimum trois mois et le point de la situation allait être refait lors du prochain contrôle. Par la suite, une reprise partielle du travail, notamment dans un travail de bureau avec déplacements limités, pourrait être envisagée. La tuméfaction post-opératoire et les douleurs limitaient actuellement la position assise ou semi- assise de longue durée. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur un pronostic concernant l'évolution clinique du recourant. Au contrôle du 3 août 2016, l'évolution était favorable, la mobilité allait beaucoup mieux, mais l'assuré se plaignait d'une tuméfaction de la cheville, de douleurs après une longue marche et d'une raideur postérieure. L'incapacité de travail était totale (notes de suites du Dr C_____ du 3 août 2016). Par la suite, les Dr E_____ et C_____ ont attesté la poursuite d'une incapacité de travail totale. La Chambre de céans constate que le rapport du Dr E_____ du 4 juillet 2016 se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et il tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi

en pleine connaissance du dossier et ses conclusions ne laissent pas apparaître de contradictions. S'agissant de la question déterminante de la capacité de travail dans une activité adaptée postérieurement au 31 juillet 2016, la Chambre de céans constate qu'aucun médecin ayant examiné le recourant – à savoir le Dr E_____ et le Dr C_____ - n'a fait état d'une capacité entière dès le 1er août 2016. Dans son rapport à l'OAI du 4 novembre 2016, le Dr C_____ a certes noté que la station debout prolongée et le port de charges étaient impossibles et qu'un travail de bureau serait une activité adaptée. Cela étant, il n'a pas mentionné l'existence d'une capacité de travail exigible. Dans son courrier du 9 août 2016 au Dr E_____, le Dr F_____ a estimé que l'on pouvait exiger du recourant une pleine capacité de travail dès le 1er août 2016 étant donné que les suites de l'intervention n'avaient pas présenté de complication. La Chambre de céans ne saurait toutefois se fonder sur ce courrier pour retenir l'existence d'une capacité de travail entière exigible dès le 1er août 2016. Si une appréciation médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante, il n'en demeure pas moins qu'en l'absence notamment d'une anamnèse, des plaintes du recourant et de la description des interférences médicales, l'avis très succinct du Dr F_____ du 9 août 2016 est insuffisamment probant. Qui plus est, pour justifier sa position, ce médecin s'est référé uniquement au rapport du Dr E_____ du 3 mai 2016, alors que ce médecin avait rendu un rapport circonstancié plus récent – en date du 4 juillet 2016 - faisant état d'une incapacité de travail totale, même dans les positions assise ou semi-assise de longue durée.

A/376/2017 - 13/14 - Enfin, dans sa duplique, l'intimée fait valoir que dans son rapport du 4 juillet 2016, le Dr E_____ fait état de limitations fonctionnelles qui n'impliquent pas l'impossibilité d'exercer une activité adaptée à compter des mois de mai ou juin 2016. La Chambre de céans relèvera que contrairement à ce qu'avance l'intimée, l'avis circonstancié émis par le Dr E_____ le 4 juillet 2016 indique clairement que la tuméfaction post-opératoire et les douleurs limitaient encore la position assise ou semi-assise de longue durée. Force est ainsi de constater qu'à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse, soit le 16 décembre 2016, aucune pièce médicale ne permettait de retenir que le recourant présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1er août 2016. C'est par conséquent à tort que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2016.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du

E. 16

décembre 2016 sera annulée. Il sera dit que l'intimée doit reprendre le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 juillet 2016. 12. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/376/2017 - 14/14 - 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.