

GE_GERICHTE ATAS/1091/2022 vom 8. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1091_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/1091/2022 du 8 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/1091/2022 del 8 dicembre 2022

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 modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle n'est pas applicable au présent recours, dès lors qu'il était pendant à cette date (art. 82a LPGA).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Le litige, tel que circonscrit par la décision litigieuse, porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 février 2019, plus précisément sur l'existence au-delà de cette date de troubles en lien de causalité avec l'accident.

A/2081/2019 - 12/22 -

E. 5

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

E. 5.1

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 5.2

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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

E. 5.2.1

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Les altercations avec échanges de coups (tätliche Auseinandersetzungen) sont généralement classées dans les accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2010 du 3 novembre 2010 consid. 6.2 et les références). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2) :

A/2081/2019 - 13/22 - - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

E. 5.2.2

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3).

E. 6

Les prestations que l'assureur-accidents doit le cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 6.1

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 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.

E. 6.1.1

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2ème phrase LAA). À teneur de l'art. 19 al. 1 1ère phrase LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu

A/2081/2019 - 14/22 - 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références)

E. 6.1.2

La notion d'incapacité de travail à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière est définie à l'art. 6 LPGA. 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 (art. 6 1ère phrase LPGA). En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (art. 6 2ème phrase LPGA). L'assureur-accidents doit alors enjoindre à l'intéressé de changer d'activité et lui impartir un délai pour s'adapter aux

nouvelles circonstances et chercher du travail ; il reste tenu de verser les indemnités journalières pendant cette période (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., Bâle 2016, n. 213). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie. À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.1).

A/2081/2019 - 15/22 -

E. 6.2

À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'art. 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) précise qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

E. 7

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

E. 7.1

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). Dans un tel cas, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2).

E. 7.2

L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient ainsi à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque sa suppression. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins

A/2081/2019 - 16/22 - question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). Aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

E. 7.3

La jurisprudence a retenu que selon l'expérience médicale, le statu quo sine en cas de lombalgies post-traumatiques est atteint généralement après trois à quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_174/2008 du 8 août 2008 consid. 4.2), alors qu'en cas d'aggravation traumatique d'un état préexistant mais asymptomatique de la colonne vertébrale, il est en règle générale retrouvé après six à neuf mois, mais tout au plus après une année (arrêts du Tribunal fédéral 8C_42/2017 du 16 février 2017 consid. 4.3, 8C_571/2015 du 14 octobre 2015 consid. 2.2.3 et 8C_601/2011 du 9 janvier 2012 consid. 3.2.2). En cas d'activation par contusion traumatique de la colonne vertébrale d'une spondylose jusque-là asymptomatique, la durée de l'aggravation transitoire d'une année selon l'expérience médicale admise par le médecin dans le cas d'espèce a également été confirmée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2010 du 19 novembre 2010 consid. 3.4).

E. 8

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

E. 8.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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

A/2081/2019 - 17/22 - désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

E. 8.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.3

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8.4

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2), la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des

contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier

A/2081/2019 - 18/22 - par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_711/2020 du 2 juillet 2021 consid. 3.2).

E. 9

La chambre de céans a déjà relevé dans son ordonnance du 12 octobre 2021 que les éléments médicaux au dossier, lors du dépôt du recours, ne suffisaient pas à trancher le droit aux prestations, et il n'existe pas de raison de revenir sur cette appréciation. En revanche, l'expertise du Prof. G_____ et les précisions amenées dans ses compléments de juillet et août 2022 satisfont aux réquisits du Tribunal fédéral en la matière. Ce médecin a en effet rédigé son rapport après avoir pris connaissance du dossier, procédé à une anamnèse détaillée et un examen clinique approfondi, complété par des examens d'imagerie et l'interrogatoire du recourant sur ses plaintes. Ses diagnostics reposent sur les résultats du status et ses conclusions, notamment au vu des compléments de réponses requis par la chambre de céans, sont claires et motivées. L'expert les fonde d'une part sur ses observations objectives, et elles sont d'autre part étayées par la littérature scientifique qu'il a passée en revue de manière approfondie. Il en particulier donné des explications très circonstanciées sur le mécanisme ayant entraîné les douleurs du recourant, sur l'atteinte préexistante, ainsi que sur le retentissement fonctionnel des atteintes du recourant. L'expert judiciaire est d'ailleurs rejoint par le Dr F_____ s'agissant du fait que l'accident, s'il n'a pu provoquer la lyse isthmique, a pu aggraver cette situation et sur le caractère incapacitant des douleurs. La chambre de céans n'a ainsi pas de motif de s'écarter des conclusions de cet expert, s'agissant de la capacité de travail et de gain du recourant. La règle générale rappelée par la jurisprudence en cas d'aggravation traumatique d'un état préexistant de la colonne vertébrale, selon laquelle le statu quo est atteint en une année, ne saurait primer sur les résultats de l'examen concret dans le cas d'espèce, étant souligné que lors du status du Prof. G_____, une très importante contracture paravertébrale subsistait et que la mobilité restait limitée. Les appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée ne suffisent pas à remettre en cause l'expertise du Prof. G_____. Tant le Dr C_____ que le Dr I_____ se fondent sur l'absence de lésion structurelle causée par l'accident pour fixer le statu quo ante. Ce faisant, ils passent essentiellement sous silence le fait que le traumatisme a induit une déstabilisation de la spondylolyse en tant qu'état préexistant, laquelle entraîne les douleurs incapacitantes du recourant. Les critiques du Dr I_____ du 21 avril 2022 ne justifient pas non plus de nier toute valeur probante à l'expertise judiciaire. On relèvera en premier lieu que l'appréciation paraît contenir une contradiction essentielle, dans la mesure où ce médecin soutient que la thèse de la décompensation traumatique avancée par l'expert suppose un traumatisme très violent, alors qu'il indique un peu plus loin

A/2081/2019 - 19/22 - que même un traumatisme minime peut entraîner un phénomène douloureux en lien avec un spondylolisthésis asymptomatique. On comprend en outre mal comment le Dr I_____ peut admettre une « révélation de la lyse de causalité probable », tout en niant que la pathologie apparaisse « à cause du traumatisme ». Ses remarques sur la création du spondylolisthésis rejoignent en réalité l'avis du Prof. G_____, celui-ci ne

soutenant pas que cette atteinte a été créée, mais uniquement activée par l'événement. Quant à la prétendue contradiction de l'expertise au sujet du statu quo, le Prof. G_____ a en réalité pronostiqué un statu quo en lien avec les douleurs liées à la décompensation traumatique de l'atteinte préexistante, et non avec la disparition de cette atteinte en tant que telle. Il semble également que le Dr I_____ ait fondé ses conclusions sur une prémisse erronée, le recourant étant âgé non pas de 55 ans comme il l'indique, mais de 33 ans au moment de l'expertise. Enfin, la conclusion de l'avis du 21 avril 2022 du Dr I_____ semble mélanger les notions de stabilisation et de causalité naturelle, qui ne sont pourtant pas mutuellement exclusives. En effet, un traumatisme peut entraîner une aggravation d'un état préexistant, même sans lésion structurelle, dont la stabilisation n'exclut pas qu'elle reste en lien de causalité naturelle avec l'événement traumatique. Il est du reste également possible, contrairement à ce que le médecin-conseil de l'intimée semble penser, que le statu quo ne puisse être atteint en cas d'état maladif préexistant, on parle alors d'une aggravation déterminante (richtungsgebende Verschlimmerung) (Kaspar GEHRING in KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 35 ad art. 4 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2014 du 1er avril 2015 consid. 2.1). Enfin, le fait que le Dr I_____ ait consacré sa thèse à l'étude de 18 cas de spondylolisthésis ne peut pas conférer à son opinion une valeur probante supérieure à l'expertise du Prof. G_____, qui a recensé comme on l'a vu de très nombreuses études portant sur un nombre bien supérieur de patients. Compte tenu de ce qui précède, l'expertise du Prof. G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2), la chambre de céans renoncera à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. L'audition du Dr I_____, qui a eu l'occasion de s'exprimer par écrit sur tous les points de l'expertise, apparaît également inutile. On précisera encore que la requête de l'intimée quant à la désignation d'un expert pour les douleurs du poignet est superflète, cette atteinte n'étant désormais plus incapacitante – ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. La chambre de céans se ralliera ainsi aux conclusions du Prof. G_____, aux termes desquelles le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au 31 août 2022, de 50 % dans une activité adaptée dès le lendemain, et une capacité totale de travail dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2023. Il a donc droit à des indemnités journalières complètes

A/2081/2019 - 20/22 - jusqu'au 31 août 2022. S'agissant des indemnités journalières correspondant à une capacité de travail de 50 % dues dès le 1er septembre 2022, leur montant devra être déterminé par l'intimée conformément aux principes exposés ci-dessus en tenant compte de la mise en valeur exigible de la capacité de gain du recourant dans une activité adaptée, étant souligné que le Dr B_____ avait déjà annoncé la nécessité d'un changement d'activité en novembre 2020. Pour le surplus, l'intimée devra prendre en charge le traitement des troubles somatiques en lien avec l'accident à dire d'expert jusqu'au 31 août 2023, soit la physiothérapie. Il n'est ici pas inutile de souligner qu'il est exigible que le recourant se soumette au traitement préconisé par l'expert.

E. 10

En ce qui concerne la prise en charge du traitement psychothérapeutique également recommandé par l'expert, il convient de se pencher sur l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident. Les différents critères dégagés par la jurisprudence doivent être appréciés comme suit. Bien que tout accident ou agression revête un certain caractère impressionnant pour celui qui en est victime, cela ne suffit pas en soi à admettre ce critère

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). En l'espèce, l'événement subi par le recourant ne s'est pas déroulé dans des conditions particulièrement dramatiques. Il est en effet survenu dans un endroit passant, en plein jour, avec des témoins dont une policière, et le motocycliste a rapidement décampé. On peut rapprocher ce cas de celui d'un jeune homme attablé dans un restaurant en journée, qui s'est vu asséner des coups de poing au visage et à la tête par un inconnu, l'agression ayant eu lieu en plein jour et en public, de sorte qu'il savait que la police serait appelée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2013 du 7 mai 2014 niant le caractère impressionnant de l'agression). Les lésions ne sont pas non plus d'une nature ou d'une gravité telle qu'elles sont propres à entraîner des troubles psychiques. Elles n'ont pas touché un organe vital et n'ont pas mis les jours du recourant en danger. Par analogie, la jurisprudence a nié l'admission de ce critère dans le cas d'un syndrome lombo-vertébral et cervico-céphalique aigu à la suite d'une chute sur le dos (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2009 du 3 août 2009 consid. 8.3). Le traitement médical n'a pas été anormalement long, ni d'une lourdeur particulière. Ce critère n'est ainsi pas non plus réalisé. En ce qui concerne les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison, il faut préciser que ce critère n'est rempli que lorsque des éléments particuliers l'ont entravée, ce qui n'a pas été le cas pour le recourant. Il convient en revanche d'admettre le critère ayant trait aux douleurs physiques persistantes dans le cas d'espèce. S'agissant du degré et de la durée de l'incapacité de travail, qui doit s'évaluer également en fonction de la capacité dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2), ce critère a été considéré comme rempli dans le cas d'une incapacité de travail de trois ans (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). La jurisprudence l'a également implicitement admis

A/2081/2019 - 21/22 - dans le cas d'une incapacité de travail de trois ans, d'abord entière puis de 50 % et 25 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 24/01 du 2 juillet 2001 consid. 3d). Au vu des conclusions probantes du Prof. G_____ sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, qui persistera jusqu'à septembre 2022, force est de constater que ce critère est également réalisé. Cela étant, les deux critères retenus – dont on ne saurait considérer qu'ils revêtent une intensité particulière – ne suffisent pas à admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident, tout au plus de gravité moyenne. L'intimée n'a ainsi pas à prendre en charge les suites de ces troubles.

E. 11

Il convient enfin d'examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur ce point, on ne peut suivre le Prof. G_____, puisqu'il propose le versement d'une telle indemnité tout en retenant que les douleurs qui la justifient peuvent s'amender grâce au traitement. Or, la loi prévoit le versement d'une telle indemnité dans les cas où l'atteinte est censée perdurer toute la vie, et elle doit d'ailleurs être fixée en même temps que la rente d'invalidité, ce qui implique que l'état de l'assuré soit stabilisé. De plus, les motifs avancés par l'expert – soit la nécessité de changer de profession – ne sont en soi pas pertinents pour l'octroi d'une telle prestation. En effet, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27). Ainsi, il serait prématuré à ce stade de trancher le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il appartiendra à l'intimée de déterminer si une telle indemnité est due lors de la

stabilisation de l'état du recourant, pronostiquée fin août 2023.

E. 12

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

E. 13

Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 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]).

E. 14

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f LPGA a contrario). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/2081/2019 - 22/22 - À la forme :

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