

GE_GERICHTE ATAS/1181/2019 vom 18. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1181_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1181/2019 du 18 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1181/2019 del 18 dicembre 2019

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 3

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 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). 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). En l'espèce, la décision sur opposition attaquée – qui circonscrit l'objet de la contestation et du litige – met fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2019. En outre, elle refuse le versement d'une rente d'invalidité dès le 1er mars 2019. À ce propos, il convient de rappeler que la suspension des indemnités journalières et du traitement

A/1867/2019 - 14/23 - médical d'une part, et l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment un seul objet du litige (cf. ATF 144 V 354 consid. 4. 2). De son côté, le recourant conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. Toutefois, comme le fait remarquer l'intimée,

la question de son droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet de la décision attaquée et partant, excède l'objet du litige, ce qui exclut le prononcé d'un jugement sur ce point.

E. 4

Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance- accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2017. L'accident en cause étant survenu avant cette date, le droit du recourant 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

a. 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). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 tôt ou

A/1867/2019 - 15/23 - tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car

l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). e. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé 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. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher 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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, 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 apparues en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des

A/1867/2019 - 16/23 - assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références).

E. 6

Selon l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). Lorsque le statu quo ante vel sine est

établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art.

E. 9

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). Ainsi, en principe, 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 10

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

A/1867/2019 - 19/23 - 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

E. 11

En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur l'expertise du Dr J_____ et le dernier rapport du Dr D_____, met un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières avec effet au 28 février 2019. Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est capable d'exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comme le revenu exigible de sa part dans une activité adaptée est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident en exerçant sa profession d'aide-cuisinier, l'intéressé ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant conteste implicitement la capacité résiduelle de travail retenue par l'expert et le médecin-conseil de l'intimée. Il soutient en substance que ses limitations fonctionnelles, notamment ses amplitudes articulaires diminuées, l'empêchent toujours d'exercer la moindre activité professionnelle. Aussi n'existe-t-il pas d'activité adaptée à son état de santé. À ces difficultés s'ajoutent, entre autres, son absence de formation et sa proximité avec l'âge de la retraite.

E. 12

D'emblée, il convient de relever que les rapports établis suite à l'accident du 5 septembre 2016 ont mis en évidence une rupture « massive » de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. En outre, il ressort du rapport opératoire du 1er novembre 2017 une « rupture de coiffe complète du sus-épineux et de l'infra-épineux avec rétractation haute vers la glène ». On se trouve donc en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f LAA. Dans son rapport, l'expert J_____ a considéré en substance que l'accident du 5 septembre 2016 avait occasionné chez l'assuré une rupture complète du tendon sus et sous-épineux. Il a indiqué qu'un statu quo sine pouvait être fixé six mois après l'opération de l'épaule gauche du 31 octobre 2017, sans autres précisions. L'expert

A/1867/2019 - 20/23 - a précisé qu'en dépit de la physiothérapie, il persistait une limitation importante des amplitudes articulaires, associée à des douleurs. À la question de savoir si

d'autres traitements étaient susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé, l'expert a répondu qu'il proposait d'intensifier les exercices à domicile et d'y associer éventuellement de la physiothérapie en piscine, une fois par semaine. Il préconisait également une infiltration gléno-humérale. Si aucune amélioration n'était constatée, une intervention chirurgicale lui paraissait opportune (prothèse totale inversée). Invité par le médecin-conseil de l'intimée à répondre à diverses questions complémentaires (notamment celles de savoir pourquoi des traitements étaient préconisés alors qu'un statu quo sine était fixé six mois après l'intervention et quelle était la capacité de travail de l'assuré, tant dans sa profession antérieure d'aide-cuisinier que dans une autre profession, le cas échéant moyennant quelles limitations fonctionnelles et quels aménagements du temps de travail), l'expert a répondu : « la physiothérapie, la balnéothérapie et une infiltration ont pour but l'amélioration de l'épaule gelée (raideur post-opératoire). Les six mois sont basés sur les études préalables (Colin-Laedermann JSES 2014). Nous n'avons malheureusement pas connaissance de cuisine aménagée où toutes les casseroles sont à hauteur de la taille à un poste adapté. La capacité de travail est à 100% ». Il ressort de la jurisprudence qu'en présence d'une lésion figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. Pour ce type de lésion, on ne peut pas se fonder sur la simple vraisemblance prépondérante pour retenir le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine. Selon le Tribunal fédéral, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident tant que le caractère désormais exclusivement dégénératif de l'atteinte n'est pas clairement établi (cf. supra consid. 7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 4.3). En l'occurrence, faute de motivation topique, les conclusions formulées par l'expert au sujet du statu quo sine et de la capacité de travail sont sujettes à caution. S'agissant tout d'abord du statu quo sine, que l'expert a situé six mois après l'intervention du 31 octobre 2017, c'est-à-dire au 30 avril 2018, l'expert ne l'a pas justifié autrement qu'en renvoyant à la doctrine médicale. Son point de vue semble donc reposer exclusivement sur des considérations générales tirées de l'expérience médicale. L'expert n'a pas fait pas état d'arguments concrets – tels qu'une dégénérescence similaire de l'épaule droite – qui permettraient d'étayer sa thèse d'une évolution vers un statu quo sine six mois après l'intervention du 31 octobre 2017, étant rappelé qu'en présence d'une lésion assimilée, on ne saurait admettre que la lésion a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident, tant que son caractère désormais exclusivement dégénératif n'est pas clairement établi. Or, il ressort de l'expertise qu'au 24 mai 2018, date de l'examen,

A/1867/2019 - 21/23 - l'assuré présentait encore des amplitudes articulaires sensiblement diminuées au niveau de l'épaule gauche par rapport à l'épaule droite, associées à des douleurs, ce qui plaide contre l'hypothèse d'un statu quo sine vel ante qui aurait été atteint le 30 avril 2018 déjà (le rapport d'expertise atteste d'une flexion antérieure de 120°- 130° [en actif / passif] pour l'épaule gauche et de 170° pour l'épaule droite, tandis que l'abduction a été mesurée à 110°-120° du côté gauche et à 170° du côté droit). De surcroît, l'expert a préconisé une série de traitements visant à rétablir les amplitudes articulaires et à diminuer les douleurs affectant l'épaule gauche, ce qui paraît là encore contradictoire avec le statu quo sine retenu, respectivement avec la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations. Le fait que l'expert ait recommandé plusieurs traitements médicaux en réponse à la question de savoir si « d'autres traitements [étaient] susceptibles d'améliorer

notamment l'état actuel » plaide en effet plutôt en faveur d'un potentiel d'amélioration de l'état de santé. En ce qui concerne la capacité de travail également, la motivation de l'expert est incomplète. L'expert, dont le rapport initial ne discutait aucunement cette question-là, s'est limité à déclarer, en réponse aux questions complémentaires du médecin-conseil, que la capacité de travail s'élevait à 100%. Bien que dûment interrogé à ce propos, l'expert a omis de préciser quelles particularités devaient respecter un poste adapté à l'état de santé, notamment quels gestes ou efforts l'assuré devait éviter (limitations fonctionnelles), quelles charges il pouvait porter et si son temps de travail devait être aménagé. En outre, l'expert n'a pas précisé si la capacité de travail qu'il attestait se rapportait à la profession antérieure d'aide-cuisinier ou à une autre activité potentiellement mieux adaptée aux limitations fonctionnelles : il a avancé un taux de 100% en réponse à une question portant sur l'activité antérieure d'aide-cuisinier, mais le début de son explication paraît exclure cette profession-là, ce qui rend sa réponse peu claire. Enfin, l'expert n'a pas davantage indiqué à partir de quand l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille à 100%. De son côté, le médecin-conseil de l'intimée s'est exprimé dans un bref courrier de quelques lignes, daté du 23 octobre 2018 et adressé à la Dresse I_____. Ce document ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui conférer une valeur probante, à défaut d'anamnèse, de description des plaintes, d'exams complets et de discussion approfondie des questions importantes, notamment en ce qui concerne le statu quo sine. Pour sa part, la Dresse I_____, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr J_____, a fait savoir, dans un courrier du 10 octobre 2018, qu'elle continuait à attester une totale incapacité de travail, y compris dans une activité adaptée, tout en précisant que le pronostic de reprise d'une activité professionnelle était réservé. Toutefois, la juridiction cantonale ne saurait se fonder sur ce document, qui ne satisfait pas davantage aux réquisits jurisprudentiels topiques. Le préavis de décision rendu par l'assurance-invalidité le 21 mars 2019 n'est pas plus utile pour statuer, puisque l'on ignore sur quelle(s) pièce(s) médicale(s) il repose.

A/1867/2019 - 22/23 -

E. 13

En définitive, faute d'appréciation médicale circonstanciée sur ces questions, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer à partir de quand l'on est en droit, dans le cas du recourant, de considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint. Il reste également à clarifier si le recourant pourrait mettre en valeur une capacité résiduelle de travail dans son activité antérieure ou dans d'autres professions potentiellement mieux adaptées à son état de santé, le cas échéant depuis quand, à quel taux et moyennant quelles limitations fonctionnelles. Il n'appartient toutefois pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour qu'il complète l'instruction, tant sur la date du statu quo sine vel ante que sur la capacité de travail, en mettant en œuvre un complément d'expertise, voire si nécessaire une nouvelle expertise. Enfin, dans la mesure où la question n'a pas été instruite jusqu'ici, il appartiendra à l'expert d'examiner si le recourant pourrait prétendre – comme il le requiert – à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et dans l'affirmative, d'en chiffrer le taux. Au besoin, l'expert pourra s'inspirer de la table d'indemnisation n°1 édictée par la SUVA (taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs).

E. 14

Pour le reste, l'intimée a nié toute relation de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique (état dépressif majeur réactionnel) attesté par la Dresse I_____, relevant d'une part que l'accident pouvait tout au plus être classé dans les accidents de gravité moyenne, à la limite des cas de faible gravité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_817 du 11 décembre 2008 consid. 6 et 8C_643/2013 du 4 juin 2014 consid. 6), d'autre part qu'aucun critère prévu par la jurisprudence n'était rempli, a fortiori avec une intensité particulière. Il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur ce constat, que le recourant ne remet pas valablement en question.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 15 avril 2019, annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

E. 16

Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).

E. 17

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. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée.

E. 18

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/1867/2019 - 23/23 - 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.