

GE_GERICHTE ATAS/1193/2018 vom 19. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1193_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1193/2018 du 19 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1193/2018 del 19 dicembre 2018

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

A/266/2018 - 15/29 - (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

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.

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 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, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

a. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 22 juin 2016, en raison de l'accident survenu le 19 novembre 2015, singulièrement le droit aux indemnités journalières et le cas échéant d'autres prestations, telle la prise en charge de frais médicaux. b. Les parties sont toutefois divisées sur la portée de cette décision en termes d'atteinte à la santé en relation avec l'accident en question. 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

A/266/2018 - 16/29 - 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). L'intimée considère que la décision entreprise, respectivement celle du 4 juillet 2016, par laquelle elle considérait que, selon l'avis de son service médical, l'accident du 19 novembre 2015 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore actuellement à la cheville droite, et qu'en conséquence elle arrêtaient le paiement de l'indemnité journalière des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé en ce qui concerne la CNA -, ne concerne que la question de l'atteinte à la cheville droite. De son côté, le recourant considère en substance que dans la mesure où cette décision qui, certes, ne vise formellement que l'atteinte à la cheville droite, dépasse le strict contexte de cette seule atteinte, dans la mesure où, suite à l'annonce du cas d'accident par l'employeur, la CNA avait admis que le recourant avait non seulement été blessé à la cheville droite, mais avait également subi un traumatisme crânien, et avait en outre été blessé à l'épaule, et au genou droit, la CNA ayant également reconnu les troubles psychiques dont l'assuré était affecté, dans les suites de l'accident litigieux, en acceptant de régler les factures du psychiatre traitant. Or, dans la mesure où l'intimée mettait un terme au versement de l'indemnité journalière des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé, elle se prononçait implicitement sur l'intégralité des atteintes à la santé. La décision du 4 juillet 2016 venait d'ailleurs immédiatement concrétiser l'annonce de la CNA à l'assuré, par courrier du 29 juin 2016, selon laquelle le service médical considérant qu'il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 % dès le 23 juin 2016, les indemnités journalières lui seraient donc allouées jusqu'au 22 juin 2016. Force est donc de constater que si, en effet la décision litigieuse ne portait - à teneur des considérations formelle de l'intimée - que sur l'atteinte à la cheville droite, la CNA ne pouvait pas sans autre mettre un terme au versement de l'indemnité journalière et des frais médicaux dès le 22 joints 2016, sauf à considérer que l'intégralité de toutes les autres atteintes reconnues comme entrant en lien de causalité avec l'accident du 19 novembre 2015 ne relevait plus non plus des obligations de l'assureur-accidents, ce qui ne ressort ni de la décision initiale, ni de la décision sur opposition du 22 décembre 2017 ; tant s'en faut en ce qui concerne cette dernière, puisqu'évoquant incidemment l'avis des médecins traitants (Drs C_____ et H_____ – consid. 4 p. 4 et 5 de la décision sur opposition), relevant que le premier estimait qu'il incombe à la CNA de continuer à prendre en charge « non seulement les troubles du genou droit mais aussi ceux de la cheville droite sans fournir aucun argument à l'appui », et que le second s'était limité à évoquer l'existence d'une lésion à la cheville droite, sans se pencher sur la causalité, mais préconisant également une

intervention pour le genou droit,

A/266/2018 - 17/29 - la CNA a invité finalement son agence de Genève à « se prononcer dans les meilleurs délais au sujet du genou droit et en particulier sur le droit aux prestations en espèces au-delà du 22 juin 2016. C'est sans compter que dans son dispositif, la décision rejetant l'opposition a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, comme la décision précédente a retiré cet effet en cas d'opposition. Étant encore rappelé que le recourant a attaqué la décision sur opposition dans son ensemble, la question de l'objet du litige peut toutefois rester ouverte en l'espèce, compte tenu de l'issue du litige, comme on le verra ci-après.

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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet 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 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 142 V 435 consid. 1). 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). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe

A/266/2018 - 18/29 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 7

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 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). 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. 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) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

E. 8

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

A/266/2018 - 19/29 - fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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. 9

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). a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

A/266/2018 - 20/29 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine

valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c. 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

Selon 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).

A/266/2018 - 21/29 - 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).

E. 11

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. 12

a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). b. 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). 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 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

A/266/2018 - 22/29 - santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 14

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/266/2018 - 23/29 -

E. 15

a. En l'espèce, avant d'examiner le fond de la décision entreprise, il y a préalablement lieu d'observer que l'instruction de ce dossier n'a pas été gérée avec toute la rigueur que l'on est en droit d'attendre de la CNA. Certes, l'état de santé de l'assuré, préalable à l'accident litigieux, ayant été, au fil des ans, malheureusement atteint, en raison de plusieurs accidents, depuis l'enfance, n'a pas facilité l'instruction du cas relatif à l'accident du 19 novembre 2015. Il n'en demeure pas moins qu'à plusieurs étapes, qui ont conduit à la décision litigieuse, l'administration a instruit la cause de manière difficilement compréhensible, sinon difficilement acceptable. C'est notamment le cas de la manière dont l'opposition de l'assuré à l'encontre de la décision du 4 juillet 2016 a été traitée. Il aura en effet fallu attendre l'intervention d'une assistante sociale de l'Hospice général, soucieuse de comprendre l'état de la procédure administrative en cours auprès de l'intimée, se renseignant auprès de la CNA (16 août 2017), soit plus d'une année après le dépôt de l'opposition de l'assuré (29 janvier 2016), pour que l'intimée réagisse, et encore : dans un premier temps la CNA a prétendu ne jamais avoir reçu d'opposition à sa décision du 4 juillet 2016, - sinon une opposition non valable en tant qu'elle avait été interjetée par le médecin traitant de l'assuré -; et finalement elle a admis, par courriel du 13 novembre 2017, et sur l'insistance de l'assistante sociale susmentionnée, avoir retracé la réception de l'opposition de l'assuré du 29 juillet 2016. Dans l'intervalle, les autres aspects de l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 19 novembre 2015 avaient suivi leur cours, notamment par rapport à l'atteinte au genou droit, ainsi que, dès le mois d'octobre 2016, l'annonce d'un suivi de l'assuré pour des troubles psychiques, la CNA ayant accepté alors de prendre en charge les factures du psychiatre traitant. On relèvera encore, dans ce contexte, qu'en automne 2017, le nouveau gestionnaire du dossier à l'agence de la CNA Genève semblait avoir bien compris les incohérences dans la manière dont ce dossier avait été conduit, avait soumis une nouvelle fois le cas au médecin d'arrondissement, le 25 octobre 2017. Or, il semble que l'intimée ait rendu sa décision sur opposition sans attendre que le médecin d'arrondissement se prononce sur les questions posées dans ce contexte. La CNA ayant réalisé, en novembre 2017, qu'elle n'avait pas traité l'opposition dûment interjetée par l'assuré, en juillet 2016, elle s'est ainsi hâtée d'y répondre, en la rejetant sans autre, en dépit des questions pertinentes mises en évidence par le nouveau gestionnaire, en octobre 2017. b. Il résulte en effet de la décision entreprise que c'est en date du 21 juin 2016 que le Dr G_____ a proposé une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de la cheville droite; c'est ainsi, que l'on doit comprendre la raison pour laquelle l'intimée a interpellé le médecin d'arrondissement avant de rendre sa décision du 4 juillet 2016, de façon quelque peu précipitée, ceci dans la mesure où elle avait déjà annoncé quelques jours plus tôt à l'assuré, et en deux temps, qu'elle suspendait le versement des indemnités journalières, avant de lui indiquer quelques jours plus tard, le 29 juin 2016, qu'elle ne verserait les indemnités que

A/266/2018 - 24/29 - jusqu'au 22 juin 2016, soit au jour ayant précédé l'annonce de la suspension de cette prestation. c. Sur le principe, il était sans autre possible à la CNA de se prononcer sur sa responsabilité, uniquement par rapport à la question de la cheville droite. Elle pouvait en effet rendre une décision répondant à la demande de prise en charge d'une

intervention chirurgicale à cette cheville droite, en refusant cette prestation si elle s'y croyait fondée, ce qui n'impliquait toutefois pas l'arrêt du paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, pour les autres aspects de l'atteinte à la santé dont elle avait admis le lien de causalité naturelle, sinon adéquate avec l'accident du 19 novembre 2015, mais sur lesquels elle ne se prononçait pas dans le cadre de sa décision du 4 juillet 2016. En effet, cette décision ne reposait que sur l'avis du médecin d'arrondissement du 27 juin 2016, qui ne prenait alors pas position sur le questionnement de la CNA du 23 juin 2016, portant uniquement sur la proposition d'opération chirurgicale formulée par le Dr G_____ du 21 juin 2016; le courrier du Dr G_____ avait en effet croisé la précédente demande de soumission du dossier et l'évaluation par le médecin d'arrondissement du 21 juin 2016. Preuve en soit en effet que dans le questionnement adressé au D_____ le 23 juin 2016, le gestionnaire lui demandait de ne pas tenir compte de son évaluation du 21 juin 2016. Il eût ainsi été rationnel de rester dans cette logique, - ignorée par la décision du 4 juillet 2016 - au stade de la décision sur opposition, plutôt que d'inviter l'agence de Genève à se prononcer « dans les meilleurs délais » au sujet du genou et en particulier sur le droit aux prestations en espèces (autrement dit à l'indemnité journalière) au-delà du 22 juin 2016. d. La décision entreprise ne se fondant pour l'essentiel, comme l'admet que l'intimée, que sur l'évaluation médicale de son médecin d'arrondissement, le Dr D_____, il convient dans un premier temps d'examiner si l'on peut accorder une valeur probante à cette évaluation. Comme on l'a vu, le Dr D_____ s'est prononcé au sujet de ce dossier, à plusieurs reprises, mais en l'occurrence à deux reprises, dans l'intervalle de quelques jours, les 21/22 juin et 27/28 juin 2016, les deux fois sur la seule base du dossier et sans examen personnel de l'assuré: - L'appréciation médicale à laquelle il a procédé le 21 juin 2016 portait sur l'étude de la capacité de travail. Le Dr D_____ a tout d'abord rappelé qu'il avait examiné l'assuré le 24 février 2016 - examen au terme duquel il avait été décidé d'un séjour de l'assuré à la CRR - pour la réalisation de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule, du genou et de la cheville droite. Dans un résumé très succinct des constatations des médecins de la CRR, le médecin d'arrondissement a énuméré les différents aspects entrant en ligne de compte dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail. Force est toutefois de constater que cette évaluation est sommaire, non motivée, et peu convaincante. On constate tout d'abord que ce rapport se réfère à plusieurs reprises, en ce qui concerne l'accident litigieux, à la date du 19 janvier 2015 : il

A/266/2018 - 25/29 - pourrait en effet ne s'agir que d'une faute de frappe, la date effective de l'événement étant le 19 novembre 2015, mais la chambre de céans ne peut pas en être certaine. En effet, s'agissant du genou droit, le Dr D_____ fonde son appréciation sur l'examen IRM auquel il avait été procédé le 8 avril 2015, soit sur un examen antérieur à l'accident de novembre 2015. Or, dans la logique de l'appréciation, en tant qu'elle se fonde sur la date d'un accident antérieur à cet examen, l'appréciation du médecin d'arrondissement repose sur un document médical (IRM) censé être postérieur à l'accident concerné.

S'agissant de la cheville droite, il affirme sans autre motivation que l'événement du "19/01/2015" a consisté en un simple traumatisme sans lésions osseuses surajoutées dans un contexte après réalisation d'une arthrodèse talo-crurale; sur quoi il conclut sans autre à la fixation du statu quo sine au jour de l'appréciation. Concernant l'épaule droite, il se borne à constater que l'IRM du 22 janvier 2016 a permis d'éliminer une lésion traumatologique récente notamment au niveau des tendons de la coiffe. Il se réfère ensuite à un rapport multidisciplinaire, sans dire lequel - mais très probablement celui établi le 24 mai 2016 par la CRR - dont il tire que des limitations fonctionnelles influencent défavorablement le

retour au travail avec de plus l'absence de contrat de travail qui joue un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles. Il en conclut finalement qu'en l'absence de lésion traumatologique, mise en évidence notamment par l'IRM, on peut s'attendre à ce jour à une reprise professionnelle dans l'activité antérieure sans baisse de rendement, en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules. Il n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles il se distance de l'avis du médecin traitant qui considérait que le patient était en incapacité totale de travail, et ne discute pas non plus la conclusion des médecins de la CRR, dans leur rapport du 24 mai 2016 (moins d'un mois avant son évaluation), au terme de laquelle ces derniers considéraient que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, et pronostiquaient qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'environ deux mois. Le Dr D_____ n'évoque pas non plus l'aspect psychique d'ores et déjà mis en évidence par la CRR, qui retenait des facteurs contextuels tels qu'une kinésiophobie chez un patient avec des traits de personnalité anxio- dépressive. Dans un tel contexte, il paraissait nécessaire que le médecin d'arrondissement, pour se prononcer en toute connaissance de cause, procède à tout le moins à un nouvel examen de l'assuré; d'autant que la conclusion à laquelle il parvenait, soit que l'on pouvait s'attendre, au jour de l'évaluation, à une reprise professionnelle dans l'activité antérieure (de peintre en bâtiment), sans baisse de rendement, « en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules ». Cette conclusion ne manque pas de surprendre : il paraît tomber sous le sens que de telles limitations sont difficilement compatibles avec la profession de peintre en bâtiment. Ainsi, du point de vue de l'appréciation de la capacité de travail du 21 juin 2016, la chambre de céans ne saurait reconnaître une valeur probante à l'appréciation du

A/266/2018 - 26/29 - médecin d'arrondissement de l'intimée. Cette conclusion est du reste corroborée par les évaluations ultérieures du Dr D_____ (mais précédant la décision sur opposition), et en dernier lieu celle de son collègue le Dr O_____ - certes postérieure à la décision entreprise -, concernant essentiellement les aspects autres que celui de la cheville et du pied droit, objet de la décision entreprise: ce médecin d'arrondissement a en effet conclu, dans son évaluation du 18 janvier 2018, que compte tenu de l'ensemble des pathologies cumulées et en particulier du genou, il était certain que l'assuré ne pouvait prétendre à la reprise d'un quelconque travail, l'état extrêmement dépressif de l'assuré commandant également une évaluation auprès du psychiatre conseil de la CNA; Quant à l'appréciation du 27 juin 2016, elle concernait l'étude de la relation de causalité entre l'intervention proposée par le Dr G_____, dans son courrier du 21 juin 2016 (cheville droite – ostéotomie de correction de l'arrière-pied afin de corriger le varus et l'équin) et l'événement traumatique survenu le 19/11/2015. Il était tout d'abord demandé au médecin d'arrondissement de « ne pas tenir compte de la soumission du 21 juin 2016 » (Pièce 51 dossier CNA) et de répondre aux questions suivantes : les troubles actuels sont-ils purement dégénératifs ou sont-ils dus à l'un des cas CNA (antécédents) ? ; Si les troubles actuels sont purement dégénératifs, l'accident a-t-il décompensé cet état de manière temporaire ou définitive ? ; Si l'état a été décompensé de manière temporaire, jusqu'à quand la prise en charge du traitement médical et de l'incapacité de travail est-elle de notre responsabilité ? ; Si la responsabilité de la CNA est engagée, la poursuite de l'incapacité de travail est-elle toujours justifiée ou la reprise est-elle compromise ? Cette nouvelle évaluation, certes sommaire également, mais mise en perspective avec le courrier susmentionné du Dr G_____, permet néanmoins de comprendre, mieux que dans son évaluation du 21 juin 2016, les raisons pour lesquelles le Dr D_____ arrive à la conclusion que six mois après la

survenue de l'événement du 19 novembre 2015, celui-ci a cessé ses effets délétères. Il considère en effet que le cas du 19 novembre 2015 n'a pas entraîné une déstabilisation structurelle de l'état de la cheville droite, mais une simple décompensation temporaire. Il a justifié son point de vue en observant qu'il est fréquent, après la réalisation d'une arthrodèse, qu'il existe une compensation de la perte de mobilité articulaire par les articulations périphériques. Celles-ci étant surchargées, il se produit, comme dans le cas présent, une arthrose dégénérative par usure, conduisant à l'indication proposée par le Dr G_____. On relèvera cet égard que le Dr G_____, dans son courrier du 21 juin 2016, adressé au médecin traitant du courant, se réfère certes au "sinistre no 26. 29946.15.5", dans la rubrique « concerne », mais à aucun moment dans son courrier, et dans son analyse du cas, il ne fait référence à l'événement du 19 novembre 2015, visant, par rapport à la cheville droite, comme dernier événement traumatique affectant cette cheville, l'accident de ski survenu en 2014. Il indique que « depuis lors » le patient est en arrêt de travail à 100 %, souffrant de douleurs de la cheville droite, face antérieure. On ne saurait ainsi en

A/266/2018 - 27/29 - déduire que le Dr G_____ retienne une relation de causalité naturelle, entre l'état actuel de la cheville droite du patient et l'accident du 19 novembre 2015. Quoiqu'il en soit, on peut ainsi considérer l'avis du Dr D_____ comme probant, en tant qu'il considère que six mois après la survenue de l'événement (19/11/2015), ce dernier avait cessé ses effets délétères, fixant le statu quo sine pour les troubles de la cheville droite au 28 juin 2016. Force est de constater que cet avis est limité à la seule question de l'incidence de l'accident litigieux sur les troubles encore présents au niveau de la cheville et du pied droit. e. Il résulte donc de ce qui précède que l'intimée, déduisant de l'avis du médecin d'arrondissement qu'elle était fondée à arrêter le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé en ce qui concerne l'assureur-accident, a totalement ignoré les autres atteintes à la santé provoquées par la chute du 19 novembre 2015, lesquelles étaient encore en cours d'instruction, notamment en ce qui concerne le genou droit. Ceci était encore plus manifeste, au moment où elle a rendu la décision sur opposition du 22 décembre 2017, vu l'évolution du dossier depuis la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne pouvait pas sans autre confirmer, sur opposition, la décision du 4 juillet 2016. Ainsi l'intimée n'était pas fondée à mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière et considérer le cas comme liquidé, ce qu'elle admet implicitement dans la décision entreprise, puisqu'elle y invitait son agence de Genève à rendre « dans les meilleurs délais » une décision concernant l'atteinte du genou droit; indépendamment du fait qu'il ressort du dossier de l'intimée qu'elle a, par la suite, encore ordonné, sur la base du dernier avis de son médecin d'arrondissement (Dr O_____) un examen par son psychiatre-conseil, s'agissant des atteintes psychiques dont elle avait à tout le moins admis le rapport de causalité naturelle, avant de rendre la décision sur opposition querellée. La décision sur opposition du 22 décembre 2017 sera en conséquence annulée, en tant qu'elle confirmait la décision du 4 juillet 2016, dans la mesure où cette dernière mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière au 22 juin 2016, et a fortiori en tant qu'elle considérait le cas (sinistre du 19 novembre 2015) comme liquidé. Ainsi, l'intimée devra poursuivre, au-delà du 22 juin 2016, le versement des indemnités journalières, au-delà du 22 juin 2016, conformément à l'article 16 LAA, et ce jusqu'à nouvelle décision, concernant les atteintes à la santé, autres que celles touchant la cheville et le pied droit, pour lesquelles les prestations d'assurance ont en effet cessé, non pas au 22 juin, mais au 28 juin 2016, jour où le médecin conseil s'est prononcé sur cette question. Elle devra ainsi rendre une nouvelle décision concernant la seule question de la cheville droite,

réservant la question des prestations d'assurance pour le surplus.

A/266/2018 - 28/29 -

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis; la décision sur opposition du 22 décembre 2017 sera annulée, en tant qu'elle confirmait la décision du 4 juillet 2016, dans la mesure où cette dernière mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière au 22 juin 2016, et considérait le cas (sinistre du 19 novembre 2015) comme liquidé.

E. 17

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'800.- 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]).

E. 18

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/266/2018 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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