

GE_GERICHTE ATAS/1223/2013 vom 10. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1223_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1223/2013 du 10 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1223/2013 del 10 dicembre 2013

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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

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).

A/1040/2013 - 17/23 -

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, plus particulièrement sur le point de savoir si la section du tendon de l'extenseur a eu une incidence sur sa capacité de gain. Bien que la recourante allègue l'existence d'un lien de causalité entre le syndrome du tunnel tarsien dans son écriture du 27 mars 2013, la Cour de céans a déjà exclu un tel rapport de causalité dans son arrêt du 17 mai 2011, si bien que cette question n'est plus litigieuse.

E. 6

octobre 2000, consid. 4).

A/1040/2013 - 18/23 - A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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-accident 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 minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

E. 7

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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 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 exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

A/1040/2013 - 19/23 - 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour

conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

E. 8

En l'espèce, l'intimée s'est conformée aux instructions ressortant de l'arrêt du 17 mai 2011 de la Cour de céans en interpellant les Drs H_____ et R_____. Les réponses apportées par ces derniers appellent les remarques suivantes. On relèvera en premier lieu que compte tenu de leurs compléments d'expertise, les rapports des Drs H_____ et R_____ satisfont désormais en tous points aux exigences posées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ils comprennent en effet tous les éléments d'ordre formel requis par la jurisprudence, puisqu'ils se fondent sur une étude du dossier, rappellent l'anamnèse, tiennent compte des plaintes de la recourante, que les diagnostics sont clairs et que les conclusions sur la capacité de travail ont été motivées et clarifiées dans les compléments requis par l'intimée. Partant, il n'existe aucun motif de s'écarter des constatations des experts, aux termes desquelles l'assurée ne subissait plus aucune incapacité de travail du fait de la section du long extenseur du gros orteil droit survenue lors de l'accident du 31 octobre 1992. Il n'est d'ailleurs pas inutile de relever que le Dr K_____ est parvenu à la même conclusion dans le rapport établi par le COMAI, cette expertise ayant été écartée dans l'arrêt du 17 mai 2011 au motif que ses conclusions tenaient compte d'atteintes dont l'intimée ne répond pas. On relèvera d'ailleurs que les activités professionnelles de la recourante après l'accident corroborent les conclusions des experts H_____ et R_____. En effet, elle a été capable de reprendre son activité pour le compte

A/1040/2013 - 20/23 - de la X_____ dans un premier temps et a même commencé à effectuer des nettoyages pour le compte de Z_____ en 1995, ce qui démontre que sa capacité de travail en lien avec la lésion subie en octobre 1992 s'étend à ce type d'activité. Si la recourante a bien plus tard affirmé aux experts de la clinique CORELA qu'elle déléguait en réalité les nettoyages à son époux, ce n'est pas ce qu'elle a indiqué à l'inspecteur de l'intimée en mai 1997. Or, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Les griefs de la recourante ne permettent pas de conclure à une autre appréciation. On ne peut en particulier pas la suivre lorsqu'elle affirme que la Cour de céans a considéré que l'expertise du Dr R_____ devait être écartée et que partant, l'adhésion du Dr H_____ aux conclusions de son confrère n'a aucune valeur. Si l'arrêt du 17 mai 2011 relevait certes que les indications des experts H_____ et R_____ n'étaient pas suffisamment motivées s'agissant de la capacité de travail liée à la lésion accidentelle, la Cour de céans n'a pas pour autant nié toute valeur probante à leurs expertises mais a simplement constaté que les experts devaient amener certaines précisions sur ce point, ce qui est désormais chose faite. Il est également

inexact d'affirmer que le Dr H_____ s'est borné à reprendre les conclusions du Dr R_____ au motif qu'elles étaient plus récentes. D'une part, le Dr H_____ a exposé que la lésion accidentelle de la recourante n'était pas de nature à entraîner une incapacité de travail complète. D'autre part, il convient de souligner que ce médecin a examiné la recourante avant le 1er janvier 1999, soit avant la date dès laquelle le droit à une rente est litigieux. Par conséquent, il est judicieux que le Dr H_____ se réfère aux constatations de son confrère, lesquelles sont postérieures à cette date et amènent un éclairage lui permettant de confirmer son estimation rétrospective de la capacité de travail. Enfin, une lecture attentive du rapport initial du Dr H_____ démontre que ce dernier n'avait alors en réalité pas évalué de manière exacte la capacité de travail – comme il le reconnaît d'ailleurs lui-même dans son complément d'expertise – mais qu'il s'était contenté de relever que l'incapacité de travail imputable à l'intervention du mois de janvier 1997 n'était pas due exclusivement mais seulement pour moitié aux suites de l'accident. Il n'a dès lors nullement reconnu une incapacité de travail de 50 % à la recourante, contrairement à ce que l'on pouvait comprendre. C'est au demeurant uniquement sur le fait que l'intervention de janvier 1997 et l'incapacité de travail qui en a résulté n'avaient pas pour unique cause la lésion accidentelle que le Dr R_____ a donné raison au Dr H_____ dans ses explications du 27 septembre 2012. Ses indications à ce propos sont parfaitement claires.

A/1040/2013 - 21/23 - La recourante reproche également au Dr H_____ d'avoir fixé la capacité de travail de manière générale. L'art. 6 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'estimation de l'incapacité de travail consiste à déterminer l'incidence d'une atteinte donnée sur l'activité concrètement exercée et suppose une connaissance des répercussions de cette atteinte sur cette activité (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 3 ad art. 6). C'est précisément à une analyse de cet ordre que s'est livré le Dr H_____ en se prononçant sur les effets d'un dysfonctionnement de l'orteil avec les exigences d'une activité donnée, de sorte que le grief de la recourante tombe à faux. La recourante semble par ailleurs mettre en doute le rapport du Dr R_____ au motif que ce dernier n'indiquerait pas les éléments du dossier dont il disposait. Or, cet expert a expressément signalé à l'intimée qu'il avait conservé l'intégralité du dossier dont il avait pu prendre connaissance à l'époque, de sorte que ce grief ne peut être retenu. La recourante critique enfin le fait que l'intimée ne se soit fondée que sur le complément d'expertise du Dr H_____. On distingue cependant mal la pertinence de ce moyen. Il est vrai que la décision sujette à opposition reposait sur les précisions recueillies auprès de ce médecin uniquement. Cependant, dans la mesure où le Dr H_____ rejoint désormais le Dr R_____ et que les compléments d'expertise visaient précisément à élucider les divergences entre leurs rapports respectifs, il n'était pas indispensable de requérir un complément du Dr R_____, dont les conclusions ne sont au demeurant d'aucun secours pour la recourante. Eu égard à ce qui précède, il n'existe pas de motif de s'écarter des conclusions convergentes des Drs H_____ et R_____, aux termes desquels la recourante ne présentait plus dès le 1er janvier 1999 d'incapacité de travail en lien avec

les lésions consécutives à son accident. Celle-ci conclut à la mise en œuvre d'une expertise. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (KIESER, op. cit., n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124

A/1040/2013 - 22/23 - V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Compte tenu de la force probante des rapports des Drs H_____ et R_____, une telle mesure d'instruction s'avère superflue. On soulignera d'ailleurs que la Cour de céans n'a pas considéré que seule une nouvelle expertise serait à même d'éclaircir le droit aux prestations de la recourante. Cette dernière a d'ailleurs refusé l'examen complet que l'intimée se proposait de diligenter, de sorte qu'il est surprenant qu'elle allègue désormais que dans le cas d'espèce, des compléments d'expertise ne permettent pas d'éclaircir les points restés litigieux.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, les décisions de l'intimée doivent être confirmées en tant qu'elles mettent fin au droit de la recourante à des prestations dès le 1er janvier 1999. L'intimée conclut à des dépens. Or, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause n'ont pas droit à des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid 4a). Dans la mesure où l'intimée n'est pas représentée et que le litige ne pose aucune difficulté particulière, aucune indemnité ne lui sera allouée à ce titre. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1040/2013 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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