

GE_GERICHTE ATAS/135/2016 vom 22. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_135_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/135/2016 du 22 février 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/135/2016 del 22 febbraio 2016

Erwägungen

E. 12

a. Du point de vue psychique, le Dr W_____ a rendu son rapport d'expertise le

E. 15

septembre 2015. Fondé sur un entretien avec le recourant, l'analyse de la médication psychotrope et deux consilium avec le Dr P_____, il remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le Dr W_____ a motivé de façon convaincante l'incapacité de travail totale du recourant depuis le 1er février 2010 en raison des limitations fonctionnelles décrites (expertise W_____ p. 44) ; le status est bien décrit, l'anamnèse est complète ; le rapport comprend les plaintes du recourant, le traitement prescrit avec un contrôle de la prise de médicament ; l'expert explique clairement pour quelle raison il s'écarte du diagnostic de dysthymie et trouble de l'adaptation posé par le Dr P_____ et confirme l'incapacité de travail totale établie par ce dernier. Ces conclusions, hormis celles relatives à l'IPAI dont il sera question ci-après, doivent être suivies. b. Le recourant estime que l'expertise du Dr W_____ et ses conclusions sont probantes. De surcroît, il relève que l'accident était de gravité moyenne et que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident était réalisé : le traitement médical avait été anormalement long, les douleurs physiques étaient persistantes et des complications importantes étaient apparues au cours de la guérison.

c. Quant à l'intimée, elle estime que le rapport d'expertise judiciaire exprime de manière compréhensible les diverses influences entre l'anamnèse, les antécédents familiaux, le processus d'adaptation de l'assuré, dans l'interaction complexe de tous ces éléments, mais critique le diagnostic de personnalité borderline (abandonnique) décompensée. La discordance entre les deux tests (Hamilton et Beck) n'était pas discutée, ni l'éventualité d'un trouble somatoforme douloureux. L'appréciation de la causalité naturelle ne correspondait pas à la manière habituelle de procéder en médecine des assurances. La décompensation psychique était expliquée pour d'autres facteurs, en dehors de tout accident, de sorte que seule une causalité naturelle partielle possible pouvait être retenue ; les critères pour une IPAI de 70% n'étaient pas remplis. De surcroît, elle estime que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'est pas donné ; en effet, l'accident devait être qualifié de moyen, à la limite des cas de peu de gravité. Or, les deux voire trois critères jurisprudentiels qui étaient réalisés ne revêtaient pas une intensité suffisante pour qu'un tel lien soit admis. La chambre de céans constate que les critiques de l'intimée ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise :

A/140/2011 - 29/36 - L'expert a relevé qu'il existait un net décalage entre les deux échelles (Hamilton et Beck) et en a tiré la conclusion que le recourant présentait un désarroi psychique subjectif très important et une souffrance psychique disproportionnée à celle

observée ; l'expert a aussi analysé la discordance entre les deux échelles et en a tiré des conclusions médicales. S'agissant des douleurs chroniques, l'expert a indiqué qu'il pourrait s'agir d'un trouble douloureux somatoforme, mais n'a pas retenu ce diagnostic (expertise W_____ p. 38 et 41). À cet égard, l'expertise judiciaire orthopédique a permis d'objectiver les douleurs chroniques du recourant en qualifiant celles-ci de syndrome douloureux chronique après de multiples interventions chirurgicales de la cheville nécessitant l'utilisation de cannes ; ces douleurs avaient augmenté en intensité et en fréquence (expertise T_____ p. 12-13) et justifiaient une éventuelle nouvelle intervention chirurgicale par le biais d'une arthrolyse (expertise T_____ p. 14). Du point de vue orthopédique, les douleurs ont été objectivées et un trouble somatoforme douloureux n'a pas été évoqué. Il y a ainsi lieu de considérer que les douleurs du recourant ne relèvent pas d'un trouble somatoforme douloureux, comme attesté par les experts judiciaires T_____ et W_____. Enfin, les critiques du diagnostic de personnalité limite-abandonnique décompensée ne sont pas clairement motivées par l'intimée et ne remettent pas en cause l'analyse de l'expert W_____. d. S'agissant de la causalité naturelle, l'intimée admet une causalité partielle possible. À cet égard, le Dr W_____ a considéré qu'il existait un lien de causalité naturelle entre le trouble psychique incapacitant et l'accident ; il a précisé que d'autres éléments avaient des répercussions sur l'état thymique – algique du recourant, soit le décès de la mère et du frère de ce dernier, à raison de 50%. Cependant, le Dr W_____ a clairement souligné que si l'accident n'avait pas eu lieu, le recourant aurait pu surmonter, avec l'aide de proches et une éventuelle prise en charge psychiatrique, les événements affectifs majeurs qu'il avait endurés ; l'accident, avec sa grave atteinte corporelle et narcissique, avait rendu le recourant totalement handicapé, en association avec les événements thymiques. En particulier, le trouble psychique s'était développé à bas bruit depuis l'accident et l'apparition d'un état dépressif majeur et sévère remontait à la période qui suivait l'opération de la cheville en 2006 ; il avait perduré avec une gravité au moins moyenne jusqu'en 2009 et avait connu une rémission en 2011 avec la prise en charge du psychiatre-traitant ; le trouble thymique était resté plus ou moins stable et la personnalité était restée très atteinte (expertise W_____ p. 45). On constate ainsi que, selon l'expert, l'accident a joué un rôle prépondérant et déterminant dans la survenance des troubles psychiques du recourant. Aux dires de l'expert, on doit exclure que l'accident ait déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement (consid. 5 a supra) ; le statu quo sine ou ante n'a ainsi pas été atteint (ATF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015).

A/140/2011 - 30/36 - e. S'agissant de la causalité adéquate, il convient d'admettre, au vu de la jurisprudence précitée, que l'accident en cause, soit une chute d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres, est de gravité moyenne stricto sensu et non pas, comme invoqué par l'intimé, de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité ; en effet, une chute d'une hauteur de 5 mètres est déjà qualifiée par le Tribunal fédéral d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves. L'intimée admet en l'occurrence que trois des sept critères sont réalisés, mais estime que leur intensité n'est pas suffisante pour conclure à l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques du recourant. Quant au recourant, il estime qu'une grande majorité des critères sont réalisés. Il convient en conséquence d'examiner les critères jurisprudentiels pertinents. e.a. Est réalisé en l'espèce le critère de la durée anormalement longue du traitement médical. À cet égard, pour l'appréciation de ce critère, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt U

393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C_361/2007 consid. 5.3; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3 ; ATF 8C_98/2015 du 18 juin 2015). Ou encore, le cas d'un assuré dont le traitement avait duré 16 mois, dont une large part d'ergothérapie (ATF 8C_98/2015 du 18 juin 2015). En l'occurrence, le recourant a subi divers traitements et plusieurs interventions chirurgicales, soit une immobilisation suite à la fracture de 1998, de longs traitements de physiothérapie, une arthroscopie le 27 avril 1999, des traitements par infiltration (Drs G_____ et K_____), le port de chaussures spéciales, la pose d'une prothèse le 17 octobre 2006, une intervention chirurgicale le 26 juin 2007, l'utilisation de cannes, une arthroscopie le 16 avril 2008 et de multiples examens (radioscopies, scanographies, scintigraphie osseuse, échographies), ainsi que des suivis médicaux fréquents et la prise de médicaments. Tous ces traitements se sont déroulés sur plus de dix années, de sorte qu'il convient d'admettre que la durée anormalement longue du traitement médical est d'une certaine intensité, ce d'autant que le Dr T_____ a indiqué, à la demande de la chambre de céans, que si la prise quotidienne de Dafalgan et l'application de Flector ne pouvaient être considérés comme un traitement pénible, tel n'était pas

A/140/2011 - 31/36 - le cas des interventions itératives liées aux suites de l'arthroplastie totale des chevilles (expertise T_____ p. 16). e.b. Est également rempli le critère des douleurs persistantes. L'expert T_____ a retenu un diagnostic spécifique de syndrome douloureux chronique sur status après arthroplastie totale des chevilles en 2006 et reprises chirurgicales en 2007 et 2008 (expertise T_____ p. 11). Il a relevé que le recourant présentait des douleurs chroniques, diurnes et nocturnes, à la charge et au repos, nécessitant l'utilisation de cannes lors de la marche (expertise T_____ p. 12) ; les douleurs ont augmenté en intensité et en fréquence depuis la dernière intervention du 16 avril 2008 et après le 1er décembre 2010 (expertise T_____ p. 13) ; le traitement prescrit est d'ailleurs un traitement à visée antalgique (expertise T_____ p. 14) ; à cet égard, une intervention dans le sens d'une arthrodèse de la cheville avait été envisagée dans le seul but de soulager les douleurs (expertise T_____ p. 14). L'expert W_____ a également constaté que le recourant se plaignait de fortes douleurs au pied droit (expertise W_____ p. 35) et observé un comportement algique du pied droit à quelques reprises, nécessitant un changement de position (expertise W_____ p. 32) ; le recourant paraissait authentique, sans comportement ostentatoire (expertise W_____ p. 33). Ces douleurs ont également été relevées par les médecins-traitants depuis l'accident de 1998, soit les Drs C_____, E_____, G_____, H_____, K_____, J_____ et P_____. Il convient, dans ces circonstances, d'admettre la présence de douleurs persistantes. e.c. Est également présent le critère des difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison. À cet égard, l'expert T_____ a indiqué, à la demande de la chambre de céans, que le recourant avait présenté les difficultés et complications importantes suivantes : - une algodystrophie (Südeck ou CRPS) était apparue dans les suites de la fracture de la malléole externe, nécessitant un traitement de Miacalcic (rapport du Dr Y_____ du 5 février 1999) ; - une fracture ostéocondrale du

dôme astragalien droit et une pseudarthrose de l'extrémité de la malléole externe droite sont mises en évidence sur le CT- scan effectué le 31 mars 1999 (rapport du Dr D_____ du 1er avril 1999), nécessitant une arthroscopie de la cheville droite avec extraction d'un fragment ostéo-cartilagineux et ablation de la pointe de la malléole externe droite le 27 avril 1999 (rapport du Dr E_____ du 29 avril 1999) ; - une arthrose tibio-astragaliennne post-traumatique s'était progressivement développée, nécessitant la pose d'une prothèse totale de la cheville droite le

E. 17

octobre 2006 (rapport du Dr K_____ du 28 novembre 2006) ; - une rupture partielle du tendon du tibial postérieur était constatée dans les suites de la prothèse totale de la cheville droite, nécessitant une révision chirurgicale le 26 juin 2007 (rapport du Dr K_____ du 26 juin 2007) ;

A/140/2011 - 32/36 - - une arthrofibrose était apparue dans les suites de la révision chirurgicale du 26 juin 2007, nécessitant une arthroscopie antérieure et dorsale avec décompression et mobilisation de la cheville droite le 16 avril 2008 (rapport du Dr K_____ du 16 avril 2008) ; - un syndrome douloureux chronique s'était développé chez le recourant suite aux nombreuses chirurgies pratiquées au niveau de la cheville droite. Ce critère est ainsi manifestement rempli, avec une intensité certaine. e.d. Est également réalisé le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail. Le recourant a présenté les arrêts de travail suivants : - 100% du 5 octobre 1998 au 4 janvier 1999 ; - 50% du 5 au 11 janvier 1999 ; - 100% du 12 janvier au 24 janvier 1999 ; - 50% du 25 au 28 janvier 1999 ; - 100% du 29 janvier au 28 février 1999 ; - 50% du 1er au 4 mars 1999 ; - 100% dès le 5 mars 1999 ; - 50% dès le 27 septembre 1999 ; - 100% du 2 novembre au 31 décembre 1999 ; - 0% du 1er janvier 2000 au 24 février 2000 ; - 50% du 25 janvier 2000 au 20 février 2000 ; - 0% du 21 février 2000 ; - 100% du 2 au 29 mars 2001 ; - 0% du 30 avril 2001 au 15 décembre 2001 ; - 50% du 16 décembre 2002 au 30 mars 2003 ; - 0% du 31 mars 2003 ; - 100% du 2 au 16 février 2004 ; - 50% du 16 février 2004 au 31 juillet 2004 ; - 0% du 1er août 2004 au 12 septembre 2004 ; - 50% du 13 septembre 2004 ; - 100% dès le 18 octobre 2005. L'expert W_____ a relevé que le recourant s'était toujours montré très motivé au travail et avait tenté jusqu'à son opération de 2006, de travailler à des pourcentages variables (expertise W_____ p. 43) ; il n'avait plus pu travailler du tout après l'opération de 2006. Il apparaît ainsi que le recourant a tenté dans toute la mesure du possible de reprendre son travail après l'accident de 1998 (compliqué par deux autres accidents provoqués par l'instabilité de la cheville droite les 2 novembre 1999 et 1er mars 2001) et qu'il a subi de multiples arrêts de travail depuis l'accident de 1998, pour aboutir à une incapacité de travail définitive depuis le 18 octobre 2005. Ses efforts concrets pour reprendre le travail ont été importants ; le recourant

A/140/2011 - 33/36 - s'était même opposé à une nouvelle intervention chirurgicale en 2004, pour ne pas préteriter le maintien de son activité professionnelle à 50%. Ce critère est donc également rempli avec une certaine intensité ; en effet, même si le recourant a pu reprendre partiellement son travail après l'accident de 1998, avec des taux d'activité variables, jusqu'en octobre 2005, il a été en arrêt total de travail depuis cette date. e.g. Au demeurant, le recourant présente quatre des sept critères jurisprudentiels précités, soit une durée anormalement longue de traitement médical, des douleurs persistantes, des difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison et une longue incapacité de travail, lesquelles sont d'une intensité certaine. Or, lorsque l'on se trouve en présence d'un

accident de gravité moyenne, il suffit d'un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (ATF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015). En conséquence, il y a lieu d'admettre en l'espèce le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident en cause. f. S'agissant de l'IPAI, l'expert W_____ l'a évaluée à 70% alors que l'intimée admet un taux de 14%. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. L'IPAI dépend de la gravité de l'atteinte et se détermine d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, n o 229 ; ATF 8C_442/2013, du 4 juillet 2014). Selon la jurisprudence (ATF 124 V 29; 209), des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une IPAI lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration. Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un

A/140/2011 - 34/36 - accident (ATF 115 V 133; 403 ; ATF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011, consid. 5.2). En l'occurrence, l'expert a estimé qu'il existait une atteinte psychique importante, durable et définitive, ce qui ouvre le droit du recourant à une IPAI en raison d'une atteinte d'ordre psychique (expertise W_____ p. 49). Cependant, l'expert a évalué l'IPAI à un taux de 70% en se référant à l'atteinte à l'intégrité tant psychique que physique du recourant (expertise W_____ p. 49), étant rappelé qu'une IPAI de 25% en raison de l'affection de la cheville a déjà été octroyée au recourant par l'intimée. Dans cette mesure, son évaluation ne peut être suivie. L'estimation de l'intimée, fondée sur le rapport du Dr X_____ du 23 décembre 2015 n'est pas non plus probante puisqu'elle se fonde sur ce même taux de 70%, lequel est réduit en fonction d'une causalité naturelle admise à hauteur de 20%. Partant, la cause sera sur ce point renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède à une évaluation de l'IPAI, fondée sur les tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA (tableau 19, atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accident). 13. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, selon les conclusions des expertises judiciaires, que le recourant est, à tout le moins depuis le 1er février 2010, du point de vue orthopédique, en incapacité de travail de 50% et, du point de vue psychique, en incapacité de travail totale. Partant, le recourant a droit, depuis le 1er février 2010, à une rente d'invalidité fondée sur un taux de 100%. 14. a. Dans un arrêt publié in ATF 139 V 496 consid. 4.3 s. p. 501, le Tribunal fédéral a rappelé que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire

pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en oeuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait

A/140/2011 - 35/36 - procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 p. 226 et arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 134 V 496 consid. 4.4 p. 502; arrêt 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 4.1 ; ATF 9C_315/2014 du 9 juillet 2014). b. En l'occurrence, du point de vue psychiatrique, l'intimée n'a mis en oeuvre aucune instruction médicale, alors même que, comme l'a relevé le Tribunal fédéral, le Dr O_____ avait attesté de troubles psychiatriques le 10 mai 2010, précisés ensuite par le Dr P_____ le 6 juin 2011. Il y a ainsi lieu de considérer que l'intimée a procédé à une instruction présentant des lacunes, justifiant la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Il se justifie, dans ces conditions, de mettre les frais de l'expertise judiciaire psychiatrique, au montant de CHF 9'000.-, à la charge de l'intimée. En revanche, vu l'expertise somatique du Dr J_____, ordonnée par l'intimée, les frais de l'expertise somatique judiciaire du Dr T_____ seront laissés à la charge de l'État. 15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera versée au titre de participation à ses frais et dépens, et mise à la charge de l'intimée.

A/140/2011 - 36/36 -

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.