

# **GE\_GERICHTE ATAS/138/2019 vom 19. Februar 2019**

GE Cour de justice, 2019-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_138\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_138_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/138/2019 du 19 février 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/138/2019 del 19 febbraio 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) 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**

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 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 3 LPA-GE). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours du 5 septembre 2018 contre la décision du 5 juillet 2018, est recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des frais de traitement au 3 juin 2018 et à celui des indemnités journalières au 31 mars 2015, et à considérer que le recourant ne peut prétendre ni à une rente ni une

indemnité pour atteinte à l'intégrité, motifs pris que ses troubles ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique et ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 13 avril 2011.

#### **E. 6**

Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, le recourant soutient que l'intimée a violé ses droits de procédure lors de la mise en œuvre de l'expertise. Il soutient en effet que le Dr R\_\_\_\_\_ aurait dû être récusé car les informations qui lui ont été communiquées par l'intimée étaient de nature à remettre en cause son impartialité

A/3010/2018 - 25/38 -

#### **E. 7**

Conformément à l'art. 36 al. 1 LPGA, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues. En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2). Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 et 30 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c et ATF 125 II 541 consid. 4). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle

demeure au contraire indécise quant à la constatation

A/3010/2018 - 26/38 - des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b et ATF 126 I 168 consid. 2a).

#### **E. 8**

En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de mettre en doute l'impartialité du Dr R\_\_\_\_\_. Il sera notamment relevé que ce médecin a rencontré le recourant pour la première fois dans le cadre de son mandat d'expertise et qu'il ne s'est pas du tout prononcé sur la situation de l'intéressé avant de rendre son rapport. Le fait que le courriel de l'intimée transmis à l'expert, de même que la première mission envoyée le 18 mai 2017, faisaient référence à des « discrédances » et à des « incongruences » ne constitue pas en soi un motif pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert. En effet, rien ne permet d'admettre que ce dernier aurait été enclin à projeter dans son appréciation l'opinion de l'intimée, à supposer encore que l'emploi des termes précités puisse être considéré comme le point de vue de l'intimée, ce qui est discutable dès lors que des pièces du dossier font état de discordances (cf. rapport de la CRR du 22 avril 2014 et ses annexes, rapport du SMR du 19 juin 2015). Les craintes que le recourant exprime au sujet de l'impartialité de l'expert ne justifient pas à elles seules la récusation du Dr R\_\_\_\_\_ en vertu de motifs légaux (art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA), son appréciation ne reposant en définitive que sur sa méfiance et non sur des éléments objectifs. Enfin, les reproches du recourant s'agissant des contacts préalables entre l'intimée et l'expert ne sont pas fondés, l'intimée devant s'assurer que le médecin proposé soit bien disposé à accepter le mandat avant d'octroyer à l'assuré un délai pour faire valoir d'éventuelles causes de récusation. Quant à la divulgation à l'expert du nom de l'expertisé, elle est nécessaire puisque cette information est indispensable au médecin pour qu'il puisse se déterminer sur l'existence d'un motif de récusation.

#### **E. 9**

Dans ces conditions, les griefs de nature formelle du recourant se révèlent infondés.

#### **E. 10**

Il convient à présent d'examiner si les atteintes à la santé du recourant sont en rapport de causalité avec l'accident du 13 avril 2011.

#### **E. 11**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

A/3010/2018 - 27/38 -

#### **E. 12**

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 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 d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

### **E. 13**

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).

### **E. 14**

août 2018 consid. 4.1 et 4.2).

### **E. 15**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue

organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (SVR 2012 UV n° 5 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23

A/3010/2018 - 29/38 - consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

## **E. 16**

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 LPG), 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. À 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). 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

A/3010/2018 - 30/38 - 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. 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

#### **E. 17**

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en

A/3010/2018 - 31/38 - raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer

quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

#### **E. 18**

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).

A/3010/2018 - 32/38 -

#### **E. 19**

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). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder

lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

#### **E. 20**

En l'occurrence, l'intimée considère que les atteintes à la santé dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 13 avril 2011. Elle se fonde sur les rapports d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, lequel a notamment retenu qu'il n'existait pas de substrat organique à la symptomatologie actuelle.

#### **E. 21**

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 28 juillet 2017 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. En effet, ce document ne se fonde pas sur un dossier médical complet, étant en particulier relevé que l'expert ne fait référence à aucun rapport postérieur à la consultation de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2014, hormis une IRM du rachis cervical du 31 août 2015. Il ne semble ainsi pas avoir été en possession des rapports de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 27 février 2015 (ni d'ailleurs de celui du 3 août 2014 qui n'est pas cité), des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ du 19 juin 2015, et du Dr U\_\_\_\_\_ du 28 mars 2017). Ces documents revêtent toutefois une importance certaine dès lors que la Dresse M\_\_\_\_\_ a retenu dans son second rapport le A/3010/2018 - 33/38 - diagnostic de capsulite rétractile et de syndrome douloureux régional complexe, que les médecins du SMR ont procédé à des examens approfondis sur demande de l'OAI, et que le Dr U\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM de l'épaule effectuée le 1er février 2017 avait révélé une arthrose acromio-claviculaire avec une composante inflammatoire, ce que le Dr R\_\_\_\_\_ paraît ignorer. De plus, si l'expert a relevé, à l'anamnèse socio-professionnelle, l'échec des mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI « au vu du peu de mobilité » de l'épaule et du caractère « irréaliste » du projet de réinsertion professionnelle du recourant, aucune mention n'est cependant faite s'agissant des symptômes apparus lors des mesures et des périodes d'incapacité de travail qui se sont ensuivies. Il est rappelé à ce propos que les stages effectués par le recourant se sont soldés par des échecs, en dépit de sa bonne volonté et de sa parfaite collaboration (cf. rapports du centre d'ORIF du 1er avril 2015 et de PRO du 23 mars 2016). Il a notamment été observé que le travail réalisé dans le respect des limitations fonctionnelles énoncées par les médecins du SMR n'était pas possible, même dans un environnement protégé. L'état de

santé du recourant s'était en effet aggravé durant la mesure auprès de PRO, avec notamment une inflammation des deux mains et des deux bras, et il avait finalement été en arrêt de travail (cf. note de l'intimée relative à l'entretien téléphonique du 20 novembre 2015, rapport d'évaluation du

### **E. 23**

À cet égard, il sied de relever que la scintigraphie montre, de façon inconstante, une hyperfixation, laquelle peut cependant être absente pour certaines localisations, comme l'épaule, et que l'algodystrophie peut se présenter de multiple façons : phase froide d'emblée ou phase purement chaude, ou alternance de phase froide et de phase chaude. Il convient donc de se référer aux critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe (critères selon Bruehl), lesquels sont les suivants : 1) la présence d'une douleur continue disproportionnée par rapport l'événement initial ; 2) la présence d'au minimum un symptôme présent dans chacune des 4 catégories énumérées ci-dessous : somatosensorielle (hypersensibilité), vasomotrice (température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique), sudomotrice/œdème (sudation asymétrique, œdème), motrice/trophique (raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles) ; 3) au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories : somatosensorielle (allodynie, hyperalgésie), vasomotrice (température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique), sudomotrice/œdème (sudation asymétrique, œdème), motrice/trophique (diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles). En dehors de la recherche clinique, il est possible de se référer aux critères dits « de Budapest », moins restrictifs, dès lors que le deuxième critère exige uniquement la présence d'au minimum un symptôme présent dans 3 des 4 catégories. À noter la présence d'un critère supplémentaire, 4) aucun autre

A/3010/2018 - 36/38 - diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes ([http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module13/2010/M13\\_Item\\_221\\_Algoneurodystrophie.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module13/2010/M13_Item_221_Algoneurodystrophie.pdf)). Dans le cas d'espèce, le Dr R\_\_\_\_\_ s'est contenté de déclarer qu'il ne pouvait pas confirmer le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, retenu par plusieurs médecins (rapports du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 mai 2012, du Dr F\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2013, de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 27 février 2015), sur la base des « éléments du dossier » et de son examen. Or, il sied de rappeler que les résultats des scintigraphies ne sont pas décisifs et que plusieurs pièces du dossier font état de la présence de symptômes typiques de cette atteinte, notamment une hypersensibilité, des dysparesthésies et hypoesthésies, une raideur de l'épaule, une diminution des amplitudes articulaires, une diminution de la coloration de la peau et de la pilosité, une amyotrophie, des mains et des bras rouges et enflés.

L'inconstance de ces symptômes pourrait s'expliquer par les différentes phases de la maladie. Les rapports produits ne comportent cependant pas de descriptions complètes des examens cliniques et ne permettent pas de savoir si les médecins consultés ont passé en revue les différents critères diagnostiques de manière à confirmer ou infirmer la présence d'un syndrome douloureux régional complexe, cas échéant d'en dater la survenance, élément indispensable afin d'examiner si la condition relative au délai de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie est réalisée pour admettre le rapport de causalité naturelle.

### **E. 24**

Force est donc de constater que le dossier du recourant, insuffisamment instruit, ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur son état de santé, de sorte qu'aucune stabilisation ne peut à ce stade être admise. C'est le lieu de relever qu'il aurait été utile que l'intimée sollicite les rapports médicaux obtenus par l'OAI durant les mesures d'ordre professionnel. L'intimée n'était donc pas fondée, sur la base des pièces en sa possession, à mettre fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement. Il n'est en l'état pas non plus possible de se prononcer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**E. 25**

Compte tenu de ces éléments, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle en complète l'instruction, en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui font défaut, puis en mettant en œuvre une expertise.

**E. 26**

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 30 mai 2018 et la décision sur opposition du 5 juillet 2018, et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.

**E. 27**

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3010/2018 - 37/38 - La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/3010/2018 - 38/38 - 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.