

GE_GERICHTE ATAS/145/2014 vom 4. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_145_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/145/2014 du 4 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/145/2014 del 4 febbraio 2014

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; RS 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

Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

Suite au renvoi de la cause par le Tribunal fédéral à la Cour de céans, l'objet du litige se limite au degré d'invalidité que présente le recourant dès le 1er février 2010, singulièrement à l'évaluation de son taux de capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ainsi qu'à la question de l'existence d'une éventuelle incapacité de travail pour des raisons psychiques en lien de causalité avec l'accident.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, 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). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). b) 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 faut et il suffit que l'événement dommageable,

A/140/2011 - 16/27 - associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Si l'on peut admettre qu'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). Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 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 118 V 291 consid. 3a). 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;

A/140/2011 - 17/27 - ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). 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 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. 5

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance

déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 407 consid. 5). Selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet,

A/140/2011 - 18/27 - à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (ATA du 2 septembre 1997), une chute d'ascenseur sur deux étages (ATFA non publié U 204/00), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (ATFA non publié U 338/05), ainsi qu'un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (ATFA non publié U 128/03). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ; - la durée

anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison ;

A/140/2011 - 19/27 - - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

E. 6

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte 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 la santé (art. 6 LPGA). c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités

A/140/2011 - 20/27 - de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu

d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié du 19 mars 2009, cause 9C_437/2008 consid. 4.2, in SVR 2009 IV no 35 p. 97; ATFA non publiés du 30 avril 1991, I 350/89, consid. 3b in RCC 1991 p. 332, et I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a in RCC 1989 p. 331).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) 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 125 V 351 consid. 3).

A/140/2011 - 21/27 - c) 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. En ce qui concerne les rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 du 13 mars 2000, I 592/99). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). e) 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). f) Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un

A/140/2011 - 22/27 - complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

E. 8

Enfin, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368).

E. 9

a) En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré que malgré les atteintes à la cheville droite, le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 1er février 2010. Le recourant estime, quant à lui, que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée, et que l'intimé aurait dû prendre en compte les troubles psychiques dont il souffre. Sur le plan somatique, il résulte du rapport établi le 1er février 2010 par le Dr J _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, que le recourant souffre d'une arthrose tibio-astragaliennne et d'une arthrose sous-astragaliennne de la cheville droite qui sont en relation de causalité avec l'accident survenu en 1998 (rapport du Dr J _____ du 1er février 2010). L'évolution après la prothèse avait été défavorable ; le recourant avait des douleurs en partie mécaniques sur des conflits au niveau des malléoles ainsi que des douleurs de type inflammatoire et/ou neurologique. Les

limitations fonctionnelles présentées par le recourant étaient les suivantes : conduire des machines, y compris les tondeuses, travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, travailler sur des échelles ou des échafaudages, retourner le sol avec une bêche, piétiner ou marcher de façon prolongée, se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, monter et descendre des pentes et/ou des escaliers de façon répétitive, marcher sans cannes plus de quelques mètres, maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, porter des charges - même de 1kg - en raison des cannes, conduire de façon prolongée en ville. S'agissant de la capacité de travail, le Dr J _____ a estimé que dans une profession capable de respecter toutes ces limitations, la capacité de travail était totale, en tenant compte uniquement des séquelles liées à l'accident. L'assuré avait une incapacité totale de travailler comme jardinier sur le terrain et une incapacité partielle pour le travail sédentaire qui s'y rapporte, tel que la planification, la gestion et les devis. Dans son arrêt du 24 octobre 2011, la Cour de céans a considéré que le recourant ne pouvait plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, de sorte qu'il en résultait une invalidité totale sur le plan professionnel. Dans son arrêt du 7 décembre 2012 (8C 926/2011), le Tribunal fédéral a confirmé que l'expertise du Dr J _____ était probante et estimé que le recourant était capable d'exercer, du point de vue des atteintes somatiques, une activité s'exerçant principalement assise, permettant d'alterner les positions et ne requérant pas de

A/140/2011 - 23/27 - longs déplacements (en raison de l'utilisation des cannes). Le poste de travail devait offrir la possibilité au recourant de se lever et de faire quelques pas avant de reprendre sa place. Dès lors qu'elle offrait la possibilité d'un travail assis, garantissant l'alternance des positions et qu'elles tenaient compte de la limitation du périmètre de marche (avec/sans cannes), les activités de gardien, surveillant de musée ou gardien de parking, envisagées par le docteur J _____ en 2005, restaient exigibles. Dans la même mesure, les professions de huissier, réceptionniste/téléphoniste, employé de bureau étaient également adaptées. Si l'on pouvait se poser la question de l'adéquation de ces dernières au profil professionnel de l'assuré, il y avait toutefois lieu de relever que celui-ci n'avait pas toujours exercé un travail manuel; avant son arrivée en Suisse, il avait également travaillé durant six ans comme gérant d'une entreprise de production de poussins. En outre, le Dr J _____ l'avait jugé apte à remplir des tâches administratives (de planification, gestion et établissement de devis), en retenant une capacité de travail résiduelle dans l'activité de jardinier sédentaire. Le Tribunal fédéral n'a cependant pas retenu la capacité de travail estimée par le Dr J _____ à 100% mais renvoyé la cause à la Cour de céans afin qu'elle examine cette question. b) Dans ce contexte il convient d'ordonner une expertise orthopédique afin de déterminer à quel taux le recourant est capable d'exercer les activités adaptées citées par le Tribunal fédéral, étant constaté que l'expert J _____ a mentionné une capacité de travail de 100 % (rapport du 1er février 2010) alors que la Dresse H _____ a envisagé un taux de travail possible de 50 à 75 % au maximum (avis du 11 mai 2010). A cet égard, il n'y a pas lieu de supprimer, comme requis par l'intimée, les questions relatives aux diagnostics et à la détermination de l'expert sur les avis des Drs J _____ et H _____. En effet, la fixation de la capacité de travail exigible du recourant par l'expert commande l'appréciation préalable des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles. Il est par ailleurs important, en cas de divergences entre les experts, que la Cour de céans dispose d'éléments médicaux les plus complets possibles afin de pouvoir retenir l'avis médical le plus probant.

E. 10

Enfin, du point de vue psychiatrique, le Dr O _____ a attesté le 10 mai 2010 d'un état dépressif totalement incapacitant survenu une année avant et le Dr P _____ a confirmé le 2 avril 2013 une incapacité de travail totale du recourant en raison des diagnostics psychiatriques. Le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier à la Cour de céans avec la mission d'examiner également s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques allégués et l'événement assuré. En conséquence, la Cour de céans déterminera, dans un premier temps, si la causalité adéquate peut être retenue entre l'accident et des troubles psychiques et, cas échéant, ordonnera une expertise psychiatrique judiciaire, étant relevé qu'une expertise psychiatrique est inutile si la causalité adéquate n'est de toute façon pas donnée, laquelle s'apprécie en fonction des critères fixés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 5 Supra). S'agissant des questions relatives à la

A/140/2011 - 24/27 - causalité adéquate, elles seront ainsi également maintenues, étant précisé, au besoin, qu'elles se rapportent à des aspects orthopédiques qu'il est nécessaire d'élucider pour déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident et non pas à des aspects psychiatriques.

E. 11

Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une expertise orthopédique, laquelle sera confiée au Dr T _____, médecin chef du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV à Lausanne, étant rappelé, pour répondre au grief de l'intimée, que l'ordonnance d'expertise complète est notifiée aux parties après la détermination de celles-ci sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur la mission d'expertise.

A/140/2011 - 25/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr T _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A _____, en particulier la Dresse H _____. c. Examiner M. A _____. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: e. Quelle est l'anamnèse ? f. Quels sont les diagnostics ? g. Vos diagnostics diffèrent-ils de ceux posés par le Dr J _____ dans son rapport du 1er février 2010 ? Si oui, de quelle manière ? h. Dans son arrêt du 7 décembre 2012, le Tribunal fédéral a considéré que M. A _____ était, depuis le 1er février 2010, à même d'exercer une activité de gardien, surveillant de musée, gardien de parking, huissier, réceptionniste/téléphoniste ou employé de bureau. Quel est le taux de travail exigible de M. A _____ depuis le 1er février 2010 dans les activités précitées ? Pour quels motifs ? i. L'état de santé de M. A _____ s'est-il aggravé depuis le 1er décembre 2010 (date de la décision de l'assureur) ? • Si oui, depuis quelle date exacte et de quelle manière ? • Cette aggravation a-t-elle des conséquences sur la capacité de travail de M. A _____ ? Si oui, de quelle manière et depuis quelle date ?

A/140/2011 - 26/27 - • En particulier, confirmez-vous l'aggravation constatée par la Dresse H _____ depuis décembre 2012 (avis du 14 juin 2013) ? Si oui, cette aggravation a-t-elle des conséquences sur la capacité de travail de M. A _____ et de quelle manière ? j. Quel est le traitement prodigué ? Quel est le traitement encore nécessaire ? En particulier, une nouvelle intervention chirurgicale est-elle indiquée ? Si oui, pourquoi ?

Quel est le pronostic ? k. Etes-vous d'accord avec le rapport du Dr J_____ du 1er février 2010 ? En particulier quant à une capacité de travail à 100 % de M. A_____ ? Si non, pourquoi ? l. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse H_____ du 11 mai 2010 ? En particulier avec une capacité de travail de M. A_____ de 50 à 75 % ? Si non, pourquoi ? m. Des erreurs dans le traitement médical de M. A_____ se sont-elles produites ? Si oui, ont-elles entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident ?

En particulier, le traitement ordonné par le Dr C_____ à la suite de l'accident du 5 octobre 1998 a consisté en une immobilisation et des séances de physiothérapie. Une reprise de travail à 50 % a été ordonnée dès le 5 janvier 1999. Une scanographie des chevilles du 31 mars 1999 a cependant conclu à une fracture non consolidée de l'extrémité distale de la malléole externe et probable impaction interne et externe du dôme astragalien avec des petites fractures ostéo-chondrales résiduelles notamment sur la berge supéro-externe de sorte que M. A_____ a subi une intervention le 27 avril 1999 pratiquée par le Dr E_____.

M. A_____ aurait-il dû subir l'intervention chirurgicale du 27 avril 1999 antérieurement, compte tenu des constatations de la scanographie ?

Le traitement ordonné dès le 28 octobre 1998 peut-il être qualifié d'erreur médicale ? Si oui, cette erreur a-t-elle entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident ? n. Peut-on admettre que dans le cas de M. A_____ des difficultés et complications importantes sont apparues au cours de la guérison ? o. Peut-on admettre que M. A_____ a subi une administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ?

A/140/2011 - 27/27 - p. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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