

GE_GERICHTE ATAS/148/2024 vom 6. März 2024

GE Cour de justice, 2024-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_148_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/148/2024 du 6 mars 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/148/2024 del 6 marzo 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

E. 1.2

En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur ayant son siège dans le canton de Genève.

E. 1.3

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Dans son mémoire de réponse du 21 novembre 2023, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours au motif que l'argumentation contenue dans celui-ci ne

A/3781/2023 - 12/25 - permettait pas de savoir pour quelles raisons le recourant contestait le montant de l'IPAI et que le recourant n'avait pas pris de conclusions. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Pour être en présence d'un recours, il faut que le recourant s'identifie et manifeste clairement sa volonté de recourir contre une décision déterminée, c'est-à-dire qu'il exprime de manière reconnaissable sa volonté de modifier la situation

juridique résultant de cette décision. L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions. Il suffit que le tribunal puisse déduire de l'acte de recours ce que souhaite le recourant et pour quels motifs la décision contestée est, d'après lui, erronée sur le plan factuel ou juridique. Si les conclusions manquent, le tribunal examinera s'il peut les déduire de la motivation. Cette dernière permet également d'interpréter, conformément au principe de la bonne foi, des conclusions qui seraient formulées de manière peu claire (ATF 116 V 353 consid. 2b ; 136 V 131 consid. 1.2 ; 123 IV 125 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_375/2012 consid. 1.2 non publié in ATF 139 III 24 ; cf. Jean MÉTRAL, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 43 ad art. 61 LPG). En l'occurrence, si le mémoire de recours est effectivement particulièrement succinct et qu'il ne contient pas d'exposé des faits, ni de conclusions clairement formulées, force est de constater que l'on peut déduire de la motivation présentée que le recourant conteste le taux de l'IPAI de 10% faisant valoir l'incapacité totale de travail retenue par l'OAI. En outre, le recourant a complété sa motivation dans sa réplique du 9 novembre 2023 arguant que le taux de l'IPAI retenu par l'intimé était dérisoire en raison de l'absence d'amélioration de son état de santé. De cette motivation, l'on est en mesure de comprendre que le recourant prétend à une IPAI supérieure au taux de 10% retenu par l'intimée. Au vu de ces éléments, la chambre de céans retiendra que le recours respecte la condition de la forme prévue à l'art. 61 let. b LPG. Interjeté dans la forme et dans le délai de trente jours prévu par la loi (art. 56 LPG; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 5.1

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

A/3781/2023 - 13/25 - certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

E. 5.2

En l'espèce, il ressort, tant de l'opposition du 11 octobre 2023 que du recours et de la réplique, que le recourant s'est limité à contester le taux de l'IPAI de 10% retenu par l'intimée, faisant valoir que ce taux serait dérisoire au regard du degré d'invalidité de 100% retenu par l'OAI et de l'absence d'amélioration de son état de santé. Le recourant n'a ainsi pas contesté la rente d'invalidité octroyée par l'intimée, de sorte que celle-ci est entrée en force. Dès lors, conformément à ce qu'a retenu l'intimée dans la décision querellée, l'objet du présent litige est limité à la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et au

montant de celle-ci.

E. 6.1

La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 consid. 5.2.1).

E. 6.2

En l'occurrence, dans son mémoire de réplique du 28 novembre 2023, le recourant a conclu, à la fois, à l'annulation de la décision sur opposition du 3 novembre 2023 et à l'annulation de la décision initiale du 28 septembre 2023. Or, en l'application de la jurisprudence susvisée, la décision du 3 novembre 2023 a remplacé la décision du 28 septembre 2023, de sorte que la conclusion tendant à l'annulation de cette dernière est irrecevable.

E. 7.1

Aux termes de l'art. 6 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident A/3781/2023 - 14/25 - (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

E. 7.2

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel

(ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale,

A/3781/2023 - 15/25 - abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; 125 II 169 consid. 2d). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, 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 (al. 1, 1ère phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et

l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

A/3781/2023 - 16/25 -

E. 7.3

Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA ; RO 2007 3667). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

E. 7.4

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 7.5

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible, au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, doit être fixé sur la base de A/3781/2023 - 17/25 - constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les références). Si l'atteinte à la santé évolue dans le cadre du pronostic initial, il est exclu de réviser une indemnité pour atteinte à l'intégrité une fois que celle-ci a été accordée. En revanche, l'indemnité peut être réévaluée si l'atteinte à l'intégrité s'aggrave ultérieurement de manière significative (d'au moins 5%) par rapport au pronostic

(cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 2.2. et les références ; RAMA 1991 n° U 132 p. 305). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînaît « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b) ; à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

E. 7.6

Le CRPS est une pathologie neurologique, orthopédique et traumatologique et relève d'un trouble organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1). Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déméralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1er mars 2021 consid. 3). Les critères de Budapest sont les suivants : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperesthésie

A/3781/2023 - 18/25 - et/ou allodynie (a), vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement ou asymétrie de la coloration de la peau (b), sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement ou asymétrie de la sudation (c), motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperalgésie (à la piqure) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) (a) ; vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement ou asymétrie de coloration de la peau (b) ; sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation (c) ; motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) (let. d). De plus, aucun autre diagnostic ne doit mieux expliquer les signes et symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM) (arrêt de la

Cour des assurances sociales du canton de Vaud AA 133/18 - 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/aa et la littérature médicale citée). Selon la pratique, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de CRPS ait déjà été posé par les médecins dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme accidentel (arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2016 du 16 décembre 2016 consid. 4.1 et 8C_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3). Ce qui est déterminant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et le CRPS est que des résultats médicaux recueillis en temps réel révèlent que l'assuré a présenté au moins une partie des symptômes typiques d'un CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_411/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3.1, 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5). Un CRPS peut également être admis comme étant la conséquence d'un accident lorsqu'il survient dans ce délai non pas après l'accident même, mais après une intervention chirurgicale nécessaire pour traiter les suites de cet accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

E. 7.7

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). 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

A/3781/2023 - 19/25 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère

A/3781/2023 - 20/25 - probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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. 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 7.8

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 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références;

A/3781/2023 - 21/25 - 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 8.1

En l'espèce, le 26 juin 2023, le Dr I_____ a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité du recourant, fondée exclusivement sur le dossier de la SUVA, en particulier sur les rapports du Dr F_____, sans avoir procédé à l'examen clinique de l'intéressé. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité de ce dernier à hauteur de 10% en se référant au tableau des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table n°5 applicable aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses (disponible sur :

<https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-05---atteinte-a-l-integrite-resultant-d--arthroses--2870/5.F>). Compte tenu de la déchirure du ligament croisé antérieur du genou gauche avec ligamentoplastie effectuée en 2017, du développement d'un amincissement de l'espace fémoro-tibial interne à la radiologie (dans le sens d'une gonarthrose interne), ainsi que de la persistance d'une certaine raideur et d'épanchements lors des surcharges mécaniques, le Dr I_____ a retenu une arthrose de type fémoro-tibiale moyenne asymptomatique qui correspondait au taux d'une arthrose moyenne, soit 10%. Le recourant a contesté cette appréciation, estimant que le taux de 10% était dérisoire au regard de l'incapacité de travail totale que lui avait reconnu l'OAI.

A/3781/2023 - 22/25 -

E. 8.1.1

En premier lieu, la chambre de céans relève que les documents établis par l'OAI et l'OAIE produits par l'intéressé dans le cadre de la présente procédure ne lui sont d'aucun secours pour la détermination du taux de l'IPAI. En effet, la correspondance reçue de l'OAIE du 4 août 2020 indique que cet office prévoyait la révision de sa rente d'invalidité, de sorte qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son degré d'invalidité n'aurait pas été revu à la baisse dans l'intervalle. Il en va de même pour les décisions du 28 février 2019 concernant les rentes ordinaires d'invalidité pour enfant liées à la rente du père, ainsi que le projet de décision de l'OAI, non daté, faisant état d'un degré d'invalidité de 100%. En tout état de cause, ces pièces ne sont pas de nature à influencer sur la détermination du taux de l'IPAI par la SUVA, dès lors que, selon la jurisprudence applicable, les décisions de l'assurance-invalidité n'ont pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2).

E. 8.1.2

Le recourant a en outre produit, à l'appui de sa réplique, le rapport du Dr F_____ du 7 juillet 2023 qui n'avait pas été transmis à l'intimée avant la présente procédure. Ce médecin traitant y a décrit un tableau resté inchangé, avec d'importantes dysesthésies du membre inférieur et a indiqué la « poursuite du syndrome algodystrophie ». Le diagnostic d'algodystrophie, aussi connue sous les termes de syndrome douloureux régional complexe (CRPS – « Complex regional pain syndrome » en anglais) ou maladie de Sudeck, avait été posé pour la première fois par le Dr F_____ le 31 juillet 2017, puis par les docteurs H_____ (le 1er mars 2021), I_____ (le 29 juin 2021) et F_____ (le 25 avril 2022, le 27 juin 2022, le 24 octobre 2022 et le 2 janvier 2023). Or, dans son rapport du 3 janvier 2023, le Dr I_____ avait retenu que le diagnostic de CRPS n'était pas confirmé dès lors que la description de ce diagnostic par le Dr F_____ dans son rapport du 2 janvier 2023 ne permettait pas de suivre les critères de Budapest. Le Dr I_____ a tout de même retenu qu'un CRPS était probable au vu des antécédents de CRPS chez le recourant et a qualifié le rapport de causalité entre le CRPS et l'événement du 13 septembre 2013 de probable, « dans la mesure où l'intervention du 13 septembre 2022 était en rapport de causalité naturelle probable avec cet événement » (cf. rapport du Dr I_____ du 3 janvier 2023). Dans son appréciation du 10 mai 2023, sur laquelle s'est fondée l'intimée pour rendre la décision litigieuse, le Dr I_____ a répété que le diagnostic de CRPS n'était pas confirmé pour les motifs cités ci-avant et n'a pas évoqué celui-ci dans sa motivation de l'estimation de l'IPAI du 9 mai 2023. S'il est exact qu'à la lecture des pièces du dossier, il apparaît que les critères de Budapest n'ont pas été examinés en détail par Dr F_____, il sied toutefois de constater que plusieurs d'entre eux ont été mentionnés par ce spécialiste dans plusieurs de ses rapports. Ont ainsi notamment été signalés des douleurs importantes entraînant une gêne à la rééducation et lors de l'examen clinique, l'existence d'un œdème prôt tibial (cf. rapport du 4 décembre 2017), des douleurs importantes au niveau du genou nécessitant l'usage des béquilles, une légère

A/3781/2023 - 23/25 - augmentation de la température cutanée (cf. rapport du 25 janvier 2018), une douleur importante à type de brûlures dans le genou de la mise en charge, d'importantes douleurs à la pression de l'interligne interne et au niveau de la sortie du tunnel tibial (cf. rapport du 12 novembre 2018), une douleur importante au niveau du compartiment interne du genou, une sensibilité très nette à la palpation de l'interligne interne et en regard de la sortie du tunnel tibial (cf. rapport du

E. 11

février 2019), des brûlures dans le genou, surtout sur la partie antéro-interne, avec des dysesthésies dans tout le membre inférieur et une sensation de faiblesse (cf. rapport du 3 décembre 2020), des dysesthésies de tout le membre inférieur gauche (cf. rapport du 3 février 2021), des douleurs importantes à type de brûlures à la partie antérieure et supérieure du tibia (cf. rapport du 27 mai 2021), des douleurs avec d'importantes dysesthésies et une sensation de piqué en relation avec une petite formation kystique (cf. rapport du 30 août 2021), des brûlures et une très légère augmentation de la température cutanée (cf. rapport du 25 octobre 2022), des dysesthésies dans tout le membre inférieur gauche et faiblesse des membres inférieurs (cf. rapport du 2 janvier 2023), le genou dans l'ensemble sensible, mais surtout la partie haute et antérieure du tibia (cf. rapport du 6 avril 2023), d'importantes dysesthésies du membre inférieur avec d'importantes douleurs surtout la nuit, ainsi que des réveils importants douloureux au niveau de sa cheville gauche (cf. rapport du 7 juillet 2023). Au vu de ces éléments, le diagnostic de CRPS ne pouvait être valablement écarté par le Dr I_____, au degré de la vraisemblance prépondérante, au motif que le rapport du Dr F_____ du 2 janvier 2023 ne permettait pas de suivre les critères de Budapest. Cela est d'autant plus vrai que, selon l'avis du Dr H_____, les critères de Budapest étaient remplis à teneur du rapport du Dr F_____ du 3 février 2021, dès lors qu'appelé à se déterminer sur ce rapport, le Dr H_____ a expressément relevé que le recourant présentait la maladie de Sudeck en phase évolutive (cf. rapport du Dr H_____ du 1er mars 2021). Dans ces circonstances, l'appréciation médicale du Dr I_____, qui écarte le diagnostic de CRPS sans prendre en considération les éléments correspondants aux critères de Budapest consignés dans la plupart des rapports du Dr F_____ et qui ne repose pas sur un examen médical du recourant, permet de douter de la fiabilité de l'appréciation du cas par le Dr I_____, ce d'autant plus que ce dernier avait, dans son rapport du 29 juin 2021, retenu le diagnostic de CRPS sur la base du rapport du Dr BOCCACIO du 27 mai 2021. Au surplus, la chambre de céans relève que le dernier examen du recourant par un médecin de la SUVA remonte au 3 septembre 2019 et que l'intéressé n'a pas effectué de séjour à la CRR dans l'intervalle. Si l'on peut certes comprendre la réticence des médecins de la SUVA à examiner le recourant en raison des problèmes de sécurité rencontrés avec celui-ci lors de l'examen de septembre 2019, il apparaît, au vu des éléments susmentionnés, qu'un examen médical paraissait indiqué.

A/3781/2023 - 24/25 - L'intimée ayant prononcé la clôture du cas et examiné le droit à une IPAI sans avoir intégré à son appréciation le diagnostic de CRPS pourtant retenu par les Drs H_____ et F_____, la cause lui sera renvoyée pour qu'elle complète l'instruction sur ce point et qu'elle mette en œuvre une expertise, en application de l'art. 44 LPGA. Il n'appartient en effet pas à la chambre de céans d'ordonner elle-même une expertise judiciaire, dès lors que l'intimée a rendu la décision querellée sur la seule base de l'avis du Dr I_____ dont la fiabilité ne peut être retenue. Par ailleurs, il ressort du rapport du Dr J_____ du 2 janvier 2023 et des rapports du Dr F_____ des 6 avril et 7 juillet 2023 que le recourant est suivi sur le plan psychiatrique et qu'un traitement par antidépresseurs (EFFEXOR 75 : 100 et EFFEXOR 37.5 : 010) lui a été prescrit. Toutefois, aucun rapport établi par un médecin psychiatre ne figure au dossier. Il s'agira donc également pour l'intimée de compléter l'instruction sur ce point. Il sera au demeurant relevé que l'instruction complémentaire devant être effectuée par l'intimée devra se limiter à l'instruction des éléments médicaux nécessaires à l'évaluation du taux de l'IPAI et à la détermination du montant de celle-ci, à l'exclusion de la question de la rente d'invalidité, dès lors que celle-ci n'a pas été contestée par le recourant et est donc entrée en force. 9. Eu égard à tout ce qui

précède, le recours sera partiellement admis, la décision de l'intimée du 3 novembre 2023 concernant le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10% annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 10. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause dans la procédure de recours, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3781/2023 - 25/25 - 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.