

GE_GERICHTE ATAS/260/2024 vom 22. April 2024

GE Cour de justice, 2024-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_260_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/260/2024 du 22 avril 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/260/2024 del 22 aprile 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).

E. 1.2

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). 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 ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

E. 1.3

L'ancien employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

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.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 20 novembre 2023) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 4

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 après cette date (le 14 décembre 2017), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017

A/3842/2023 - 15/21 - consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

E. 5

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 et 38 al. 3 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte, d'une part, sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 30 septembre 2022 et, d'autre part, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité ainsi que le taux de l'IPAI.

E. 7.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

E. 7.2

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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

E. 7.3

Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1

A/3842/2023 - 16/21 - in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit

semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/œdème, moteurs/trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 8.1

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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 8.2

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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

A/3842/2023 - 17/21 - 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).

E. 8.3

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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 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 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4).

E. 9.1

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

A/3842/2023 - 18/21 - ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

E. 9.2

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 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. 10.1

En l'espèce, la décision litigieuse du 19 octobre 2023 se fonde sur les appréciations des 16 mai et 17 octobre 2019, 25 août 2022, ainsi que 6 février, 3 mai et 24 août 2023 du Dr E_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui conclut que les troubles (persistants) au coude droit, dus à l'accident du

E. 10.2

À toutes fins utiles, le recourant ne semble pas prétendre que ses (éventuels) troubles psychiques seraient liés à l'accident assuré. Quoi qu'il en soit, dès lors que la clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3), vu le renvoi du dossier à l'intimée, il n'y a pas lieu de se prononcer ici de manière définitive à ce sujet. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants. 12. Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 2'500.-. 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3842/2023 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 14

décembre 2017, n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Dans son courrier du 5 mai 2020, l'intimée estimait, en ce qui concerne l'atteinte dégénérative de la colonne vertébrale, que le statu quo était déjà atteint. La question de savoir si ce courrier est assimilé à une décision entrée en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA a été appliquée à juste titre, faute de réaction de la part du recourant dans le délai d'une année (ATF 134 V 145), peut demeurer ouverte. En effet, même s'il faut retenir que le refus de prise en charge des suites des troubles du rachis n'est pas entré en force au moment où l'intimée a statué le 19 octobre 2023, force est de constater qu'aucun rapport médical au dossier ne contredit la position du Dr E_____ exprimée le 17 octobre 2019, selon laquelle l'atteinte dégénérative de la colonne vertébrale n'est

A/3842/2023 - 19/21 - plus imputable à l'accident du 14 décembre 2017, en tout cas au-delà de deux ans après celui-ci, étant relevé que le médecin d'arrondissement est parvenu à cette conclusion en se référant tant aux rapports de consultation des médecins traitants qu'aux rapports d'imagerie. Si tant est que le recourant conteste l'absence de lien de causalité entre ses troubles/douleurs aux épaules et l'accident, de même, en dehors de la contusion initiale de l'épaule gauche posée le 14 décembre 2017, aucun rapport médical au dossier n'atteste de lésion aux épaules en relation avec l'accident au-delà du 31 août 2020, date à laquelle

l'intimée a mis fin aux prestations (indemnités journalières et soins médicaux) avant l'annonce de la rechute en février 2022 motivée essentiellement par les douleurs au coude et à la main droite. En ce qui concerne le diagnostic de SDRC sur atteinte du nerf ulnaire (droit) post- accident et post-opératoire retenu par les Drs N_____ et O_____ dans leur rapport du 15 juin 2023, le Dr E_____ l'exclut dans son appréciation du 24 août 2023, en expliquant que ce diagnostic n'a pas été posé par les différents médecins ni dans les suites de l'accident ni dans les suites de l'opération du 8 octobre 2018, que les critères de Budapest n'étaient pas remplis lors de son examen du 13 mai 2019 et que ses deux confrères précités évoquaient les séquelles de la chirurgie du nerf. Ceci étant, le 13 mai 2019, soit sept mois après cette intervention chirurgicale, le Dr E_____ a constaté une douleur à la palpation et une hypersensibilité dans la région du coude droit, ainsi qu'une force de préhension de la main diminuée avec un Jamar mesuré à 20 à droite et 72 à gauche (dossier intimée pièce 103 p. 2). On se demande s'il ne s'agit pas là de symptômes sur un plan sensoriel et moteur qui font (déjà) partie, du moins partiellement, des symptômes cliniques typiques du SDRC (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1) développés précisément dans les six à huit mois après l'opération en lien avec l'accident assuré. D'autant plus que les Drs N_____ et O_____ ont indiqué que les critères de Budapest étaient remplis avec une douleur persistante disproportionnée, une allodynie et une raideur de la main droite, quand bien même il n'y avait pas de rougeur ni de différence de sudation ou de pilosité. Or, si le diagnostic de SDRC devait être confirmé, il n'est pas exclu qu'il ait une incidence sur la date de la stabilisation de l'état de santé, l'exigibilité dans une activité adaptée et cas échéant le degré d'invalidité du recourant (cf. art. 18 et

E. 19

al. 1 LAA), ainsi que le taux de l'IPAI (cf. art. 24 LAA). Vu la divergence d'opinions des Drs N_____ et O_____, d'une part, et du Dr E_____, d'autre part, quant à la présence ou non du diagnostic de SDRC d'origine traumatique, impossible à ce stade à départager, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise neurologique selon l'art. 44 LPG. Le renvoi se justifie dans la mesure où une telle expertise n'a pas

A/3842/2023 - 20/21 - été diligentée par l'intimée. L'expert est invité en particulier à se déterminer de manière circonstanciée sur les avis médicaux au dossier.

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