

GE_GERICHTE ATAS/285/2024 vom 25. April 2024

GE Cour de justice, 2024-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_285_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/285/2024 du 25 avril 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/285/2024 del 25 aprile 2024

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

Le recours a été déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA).

E. 3.1

Le recourant a pris des conclusions portant tant sur le droit à la rente au-delà du 31 mars 2022 que sur le remboursement direct à l'assureur-accidents d'une partie des rentes d'invalidité allouées rétroactivement, contestant partiellement le droit de celui-ci à la compensation. L'objet du litige porte ainsi sur ces deux aspects.

E. 3.2

Selon la jurisprudence, la décision de l'assurance-invalidité sur le paiement direct à une assurance ne concerne que les modalités du versement, de sorte qu'elle ne déploie aucune force de chose décidée en ce qui concerne le bien-fondé

A/3540/2022 - 11/23 - et le montant de la créance en restitution de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_287/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.2 et les références). Le Tribunal fédéral admet ainsi que le juge n'a pas à statuer sur l'étendue de la compensation dans le cadre de la procédure concernant l'assurance-invalidité. Cependant, le principe de la compensation peut être contesté dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité si l'intéressé conteste que les conditions de l'art. 85bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) liées au paiement direct sont remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_232/2016 du 1er septembre 2016 consid. 5.2). En l'espèce, si le recourant prend des conclusions portant sur l'étendue de la compensation, puisqu'il en conteste la quotité, il invoque précisément dans ce cadre que les conditions réglementaires prévues pour un versement direct ne sont pas réalisées. Partant, ce point peut être tranché dans la présente procédure, étant souligné que l'assureur-accidents a été appelé en cause et a pu exercer son droit d'être entendu.

E. 3.3

Le recours est ainsi recevable.

E. 4

En ce qui concerne en premier lieu la compensation sollicitée par l'assureur- accidents appelé en cause, il convient de rappeler ce qui suit.

E. 4.1

Selon l'art. 22 LPGA, le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle (al. 1). Les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent en revanche être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ou à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b) (al. 2). En pratique, la règle de l'art. 22 al. 2 let. b LPGA concerne principalement les assurances privées d'indemnités journalières et, dans une moindre mesure, l'assurance en responsabilité civile (Sylvie PETREMAND in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 36 ad art. 22 LPGA).

E. 4.2

L'art. 85bis RAI prévoit que les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Est cependant réservée la compensation prévue à l'art. 20 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10). Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'OAI (al. 1). Sont considérées comme une avance les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (let. a), ainsi que les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque

A/3540/2022 - 12/23 - du contrat ou de la loi (let. b) (al. 2). Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (al. 3). L'utilisation du formulaire spécial prévu à l'art. 85bis al. 1 RAI est une prescription d'ordre. Ainsi, le tiers qui veut obtenir directement un paiement de prestations rétroactives de l'AI peut établir l'accord du bénéficiaire de celles-ci par un autre moyen que ce formulaire (ATF 136 V 381 consid. 5.2). Les avances librement consenties selon l'art. 85bis al. 2 let. a RAI supposent le consentement écrit de la personne intéressée pour que le créancier puisse en exiger le remboursement. Dans l'éventualité de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire ; il est remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement « sans équivoque ». Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'assurance-invalidité, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une disposition légale ou contractuelle (ATF 133 V 14 consid. 8.3). La jurisprudence admet que le consentement écrit de l'assuré pour le versement direct en mains d'un tiers ayant versé des avances peut suffire lorsque les conditions générales d'assurance prévoient

un devoir de remboursement de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_215/2019 du 24 octobre 2019 consid. 3.2 et les références citées). Selon les directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale (DR) éditées par l'OFAS, une clause de surassurance découlant d'un contrat ou de la loi ne suffit pas à fonder un droit sans équivoque au remboursement (ch. 10066).

E. 4.2.1

En ce qui concerne la compensation des indemnités versées en vertu de la police d'assurance complémentaire en cas d'accident, la Cour de céans relève ce qui suit. L'art. 10 let. d des CGA portant sur la couverture collective contre les accidents complémentaire à la LAA de l'appelé en cause est relatif aux prestations de tiers. Il prévoit que, dans la mesure où l'assuré a également droit à des prestations de l'assurance invalidité fédérale ou de toute autre assurance sociale, l'appelé en cause complète ces prestations jusqu'à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré. Il paie au maximum l'indemnité journalière convenue. Dès la survenance du sinistre, l'appelé en cause est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations convenues, aux droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable. Lorsque l'indemnité journalière est garantie par plusieurs assurances conclues auprès d'assureurs agréés, la perte de salaire totale est indemnisée une fois seulement. L'appelé en cause n'intervient que dans la proportion existant entre les prestations assurées par lui et le montant total des prestations garanties par tous les assureurs. La Cour de céans a déjà examiné la portée de cette clause, retenant que si elle vise à éviter une surindemnisation, elle ne prévoit en revanche pas expressément la

A/3540/2022 - 13/23 - possibilité pour l'appelé en cause de s'adresser directement aux organes de l'assurance-invalidité et d'exiger le versement de l'arriéré de la rente d'invalidité en compensation de sa créance (ATAS/923/2022 du 17 octobre 2022 consid. 18.3.4.2). Il n'y a pas de motif de revenir sur cette analyse. Il n'existe pour le surplus aucun accord écrit du recourant au remboursement direct en faveur de l'appelé en cause, celui-ci ayant indiqué par courriel du 21 septembre 2022 à la caisse qu'il n'avait pas requis une « procuration » du recourant pour le remboursement, puisque ce dernier pouvait s'opposer à sa « décision » du 15 septembre précédent. Partant, la décision attaquée doit être annulée en tant qu'elle admet la demande de compensation de l'appelé en cause portant sur les prestations versées au recourant en qualité d'assurance-complémentaire à l'assurance-accidents.

E. 4.2.2

En ce qui concerne les indemnités journalières versées en application de la LAA, l'art. 22 LPGA ne confère pas un droit au versement direct à l'appelé en cause. On rappellera que l'art. 70 LPGA régleme la prise en charge provisoire des cas. Il dispose à son al. 2 let. c que l'assurance-accidents est tenue de prendre en charge provisoirement le cas, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée. Aux termes de l'art. 71 LPGA, l'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations selon les dispositions régissant son activité. Lorsque le cas est pris en charge par un autre assureur, celui-ci lui rembourse ses avances dans la mesure où elles correspondent aux prestations qu'il aurait dû lui-même allouer. Une cession au sens de l'art. 22 al. 2 let. b LPGA n'est pas nécessaire dans les situations visées à l'art. 70 LPGA. Lorsque des prestations d'assurances sociales sont accordées, par exemple des indemnités journalières de la LAA, et que d'autres prestations sont ultérieurement octroyées avec un effet rétroactif, par exemple une rente de l'assurance-invalidité, un problème de

surindemnisation peut survenir. Dans un tel cas, si le premier assureur intervenu, soit l'assureur- accidents, a versé des prestations qui se révèlent par la suite excéder la limite de surindemnisation de l'art. 69 LPGA, il a un intérêt à recevoir un paiement rétroactif. Un tel cas ne tombe toutefois pas sous le coup de l'art. 70 LPGA. Si le caractère d'avance ou de prise en charge provisoire fait défaut ou qu'un droit au remboursement ne peut pas être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi, une cession selon l'art. 22 al. 2 LPGA n'est pas possible (PETREMAND, op. cit., n. 33-34 ad art. 22 LPGA). Ainsi, à défaut de caractère d'avance ou de prestations provisoires – étant rappelé que tel n'est pas le cas des indemnités journalières de la LAA, qui se cumulent avec les rentes de l'assurance-invalidité sous réserve de surindemnisation (cf. art. 68 LPGA) – une exception à l'interdiction de la cession au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA ne peut être admise. Un paiement à un tiers fondé uniquement

A/3540/2022 - 14/23 - sur la réglementation liée à l'interdiction de la surindemnisation de l'art. 69 LPGA ne peut être opéré. Lorsqu'un assureur demande la compensation, il doit le faire par décision adressée tant à l'assuré qu'à l'organisme appelé à opérer la compensation (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, nn. 64, 66 et 79- 80-81 et 88 ad art. 22 LPGA). Or, en l'espèce, le courrier du 15 septembre 2022 de l'appelé en cause n'est pas une décision. Il n'en présente à tout le moins pas les caractéristiques formelles (cf. art. 49 LPGA).

E. 4.3

Malgré ce qui précède, le recourant semble admettre partiellement le remboursement direct à l'appelé en cause des indemnités journalières LAA, en tant que les rentes portent sur la même période et que la limite de surindemnisation est atteinte. On notera à ce sujet que, contrairement à ce que le recourant semble affirmer, une concordance temporelle entre les prestations à compenser n'est pas exigée (ATF 140 V 233 consid. 3.2). En cas de cumul des indemnités journalières fondées sur la LAA et de rentes de l'assurance-invalidité, un calcul sur l'ensemble de la période d'octroi des indemnités journalières doit se faire (calcul global) (ATF 132 V 27 consid. 3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2016 du 6 octobre 2016 consid. 2). Ni la caisse ni l'appelé en cause n'ont formellement procédé à ce calcul global. Les pièces versées au dossier de l'intimé ne suffisent en outre pas à établir le montant réclamé au titre d'indemnités journalières de l'assurance complémentaire. L'appelé en cause n'a fourni aucune pièce permettant de distinguer cette créance de celle correspondant aux indemnités journalières de l'assurance obligatoire. Il n'appartient pas à la Cour de céans de pallier ces lacunes. Partant, la décision doit être annulée en tant qu'elle prévoit un versement direct à l'appelé en cause, et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision sur ce point au sens des considérants qui précèdent.

E. 5

Sur le fond, il convient en préambule de rappeler ce qui suit au sujet du droit applicable.

E. 5.1

En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let.

c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (al. 2). L'art. 29 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas

A/3540/2022 - 15/23 - avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2).

E. 5.2

La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442). L'art. 28b LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2022 dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 dispose les quotités de la rente pour les taux d'invalidité inférieurs à 50%. La lettre b des dispositions transitoires relatives à cette modification prévoit notamment que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de ladite modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à cette date, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (al. 1). La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b de la loi se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (al. 2). Le Message précise que la quotité de la rente est calculée conformément au nouveau système si son taux d'invalidité a subi une modification d'au moins 5 points de pourcentage (FF 2017 2504). On rappellera ici que l'art. 17 LPGA régissant la révision du droit à la rente en cas de modification du taux d'invalidité s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.1).

E. 5.3

Selon la jurisprudence, lorsque la décision dont est recours a été rendue après le 1er janvier 2022, il y a lieu conformément aux principes de droit intertemporel généralement applicables (cf. sur ce point ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) de déterminer en vertu du droit applicable jusqu'au 31 décembre 2021 si un droit à la rente est né avant cette date. Lorsque le droit à la rente est né après cette date, le nouveau droit est applicable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2).

E. 5.4

En l'espèce, le droit à la rente est né en août 2018. Partant, l'ancien droit reste applicable, sous réserve d'une modification du degré d'invalidité de cinq points de pourcentage au moins après le 1er janvier 2022 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2), dont la Cour de céans examinera ci-après si elle est survenue.

E. 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).

E. 6.1

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 (déminéralisation), 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 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 piqûre) 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

A/3540/2022 - 17/23 - 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).

E. 7

En 2015, le Tribunal fédéral a établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, parmi lesquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

E. 8

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent 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 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 8.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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

A/3540/2022 - 18/23 - désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

E. 8.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.3

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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8.4

On précisera encore que l'avis du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de formuler des recommandations sur la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Les rapports des SMR ne peuvent donc que se prononcer sur la question de savoir quelle appréciation doit être suivie (ATF 142 V 58 consid. 5.1).

E. 9

Il convient d'examiner si les expertises versées au dossier peuvent se voir reconnaître valeur probante.

E. 9.1

S'agissant du rapport du Dr F_____, on note en premier lieu qu'il ne contient aucun diagnostic, ni d'ailleurs de conclusions expresses quant à la capacité de travail, bien que ce médecin paraisse implicitement l'exclure à la date de son examen en raison de la non stabilisation de l'état de santé. Ce rapport ne satisfait

A/3540/2022 - 19/23 - ainsi pas aux exigences dégagées par la jurisprudence. Par ailleurs, on s'étonne que ce médecin ne se soit pas prononcé sur l'algoneurodystrophie, tout en concluant à une amplification des symptômes, en référence notamment à une crise algique lors de son examen, dont il a décrit les manifestations. Or, celles-ci correspondent aux plaintes du recourant et le Dr F_____ dit avoir constaté des sudations. Il paraît difficilement concevable qu'un tel phénomène physiologique puisse être volontairement induit par le recourant, si bien que la notion d'amplification des symptômes peine à convaincre. Partant, le rapport du Dr F_____ n'est guère probant.

E. 9.2

En ce qui concerne l'examen du Dr H_____, on relève en premier lieu que celui-ci indique que le recourant aurait mimé un trouble de l'équilibre. Le fait qu'il retienne une simulation, sans aucune explication sur les éléments lui permettant d'exclure la réalité d'un tel trouble, suscite certains doutes quant à l'impartialité de ce médecin. Sur le fond, ce rhumatologue retient une algoneurodystrophie. Il expose cependant que cette atteinte serait au décours, sans expliquer ce qui fonde cette appréciation, et alors même qu'il rapporte une discoloration et un œdème du membre inférieur gauche. Cette pathologie n'avait ainsi pas disparu, à tout le moins pas entièrement, lors de cet examen. Quant à la portée du fait que le recourant ne prend pas de traitement, on ne saurait y voir un facteur d'exclusion de la gravité de l'atteinte, la Dresse I_____ ayant exposé que cette situation était due aux effets secondaires mal tolérés de la médication. Par ailleurs, le rapport du Dr H_____ ne convainc pas en tant qu'il évoque des ressources importantes – ce point n'étant d'ailleurs pas nécessairement déterminant dans le cas d'une atteinte organique comme l'algoneurodystrophie. Au vu du descriptif des journées du recourant, qui indique passer l'essentiel de son temps assis avec sa tablette et la télévision en arrière-fond, sans vraiment y prêter attention, et qui doit déléguer toutes les tâches ménagères à ses parents ou à sa femme de ménage, on ne peut sérieusement se rallier à cette appréciation. Eu égard à l'absence quasiment totale d'activités sociales, hormis les repas occasionnels chez ses parents, on s'étonne également de lire que le recourant bénéficie d'une bonne intégration sociale. On peut en outre voir une certaine contradiction dans l'incapacité de travail partielle admise en raison des douleurs liées à l'algoneurodystrophie persistant à la date de l'examen et l'importante exagération des douleurs mentionnée. S'agissant du pronostic émis par le rhumatologue, on comprend par ailleurs mal en quoi la démonstrativité et l'exagération des symptômes – qui ne relèvent pas de facteurs médicaux à prendre en compte dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail – pourraient avoir une influence sur la persistance de douleurs liées à une pathologie objectivée. Au vu de ces éléments, le rapport du Dr H_____ ne suffit pas non plus à trancher la capacité de travail du recourant.

A/3540/2022 - 20/23 -

E. 9.3

En ce qui concerne l'expertise du CEMed, la Cour de céans peut renoncer à trancher les griefs de nature formelle que le recourant soulève au sujet de la désignation des experts, au vu de ce qui suit. Il convient de relever qu'il est avéré que les médecins qui l'ont établie n'ont pas eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant. Il n'est certes pas toujours indispensable qu'un expert dispose de tous les rapports médicaux concernant un expertisé, et on ne saurait non plus exiger qu'il commente chaque élément médical. Cependant, la connaissance des pièces importantes du dossier médical est l'une des exigences dégagées par la jurisprudence pour conférer valeur probante à un rapport médical. Elle est a fortiori incontournable lorsque, comme en l'espèce, les experts émettent des conclusions sur la capacité de travail sur une période remontant à plus de deux ans avant qu'ils n'aient examiné le recourant, et alors même qu'aucun des médecins traitants n'a mentionné une évolution favorable depuis 2019. Ce seul élément est de nature à susciter de très sérieux doutes sur la valeur probante de cette expertise. Sur le fond, en ce qui concerne les diagnostics, le Dr J_____ retient notamment un status après « probable algoneurodystrophie ». On comprend mal pourquoi il semble mettre en doute ce diagnostic,

alors qu'il a été posé par plusieurs autres médecins et étayé par l'imagerie. En effet, tant les spécialistes de la CRR que le Prof. C_____, le Dr G_____ et la Dresse D_____ ont retenu cette pathologie. Il convient en outre de souligner que son co-expert, le Dr K_____, évoque, lui, sans réserve ce diagnostic, dont il constate des séquelles persistantes. Le rapport du CEMed est sur ce point intrinsèquement contradictoire, alors même que l'expertise tridisciplinaire visait une appréciation consensuelle du cas. On observe en outre que les critères de Budapest ne sont pas formellement analysés dans cette expertise. A ce sujet, le Dr J_____ soutient qu'il n'y aurait pas de signes évidents d'algodystrophie, tout en constatant une hypoesthésie, une acrocyanose et une amyotrophie – que le Dr H_____ semblait d'ailleurs considérer comme un critère de gravité de la pathologie. Dans ces circonstances, on ne voit pas ce qui lui permet d'écarter ce diagnostic, même si ses manifestations se sont peut-être atténuées. Ainsi, le Dr J_____ ne peut être suivi en tant qu'il conclut à l'absence de cause somatique aux troubles, malgré les éléments diagnostiques objectifs en faveur d'une algoneurodystrophie. Le fait que le traitement n'ait pas eu d'effet ne suffit pas non plus à exclure une origine somatique des troubles, les experts ne soutenant pas qu'un traitement conduit dans les règles de l'art permettrait de guérir une algoneurodystrophie. De plus, on rappellera que dans le cas d'espèce, l'évolution de cette atteinte avait été qualifiée de lente par les médecins de la CRR. En ce qui concerne les incohérences plusieurs fois mentionnées, les experts n'exposent guère en quoi elles consisteraient, hormis la différence entre leur appréciation des troubles et celle du recourant. Enfin, comme on l'a vu, ils concluent à une capacité de travail entière dès le 4 octobre 2019, sans aucunement indiquer ce qui leur permet de retenir cette date. Certes, le Dr F_____ avait

A/3540/2022 - 21/23 - pronostiqué une stabilisation deux ans après l'apparition de l'atteinte dans son rapport de mars 2019. Cela étant, en matière d'assurance-accidents, la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). On peut appliquer ce principe par analogie en assurance-invalidité, et on ne saurait considérer une atteinte comme guérie par simple référence à sa durée usuelle de décours. En l'espèce, de tels éléments font défaut, les différents symptômes constatés suggérant au contraire que l'algoneurodystrophie n'a pas disparu. Les médecins du CEMed ne pouvaient ainsi se contenter de fixer l'exigibilité d'une reprise professionnelle uniquement en fonction du pronostic du Dr F_____. Ce pronostic a du reste été infirmé par le Dr H_____, qui admettait une incapacité de travail à tout le moins partielle lors de son examen en mai 2021, soit plus d'une année et demie plus tard. On notera d'ailleurs qu'au vu des traitements tentés par le Dr G_____ au début de l'année 2021, il n'y avait pas de stabilisation de l'état de santé selon la définition en matière d'assurance-accidents. Enfin, et surtout, dans la mesure où les experts du CEMed s'écartent des conclusions des autres médecins, en particulier celles du Dr H_____, qui sont, elles, fondées sur des observations médicales opérées en temps réel, ils ne pouvaient s'épargner de discuter de manière circonstanciée les motifs expliquant leurs divergences d'appréciation. Or, ils ne se prononcent absolument pas sur les autres rapports médicaux et sur les raisons pour lesquelles ils s'en écartent. Leur rapport n'est ainsi pas motivé à satisfaction de droit. Au vu de tous ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à cette expertise. On précisera encore que, dès lors

que l'algoneurodystrophie est un trouble de nature organique, les indicateurs développés par la jurisprudence pour apprécier l'incidence de troubles psychiques et de troubles sans étiologie somatique claire ne s'appliquent pas dans le cas d'espèce, si bien qu'il est inutile à ce stade de se pencher de manière détaillée sur le volet psychiatrique de cette expertise. Au demeurant, le recourant n'est plus suivi par un psychiatre depuis novembre 2019, et les médecins traitants qu'il a consultés par la suite n'ont pas rapporté de trouble de la sphère psychique après cette date.

E. 9.4

Le SMR s'est quant à lui écarté des conclusions du CEMed, ce qui tend à suggérer qu'il ne les considérait pas probantes. Comme le souligne à juste titre le recourant, au vu des prérogatives de ce service, il paraît douteux que celui-ci modifie de manière autonome les conclusions des experts. De plus, comme on l'a vu, des séquelles du CRPS persistaient lors de l'examen de décembre 2021, si

A/3540/2022 - 22/23 - bien qu'on ne peut suivre le SMR lorsqu'il affirme que cette atteinte avait disparu à cette date.

E. 10

Au vu des éléments qui précèdent, il n'existe pas d'avis médical probant permettant de trancher le droit aux prestations. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible, par exemple lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, au vu des carences des différents rapports établis, notamment celles formelles de l'expertise du CEMed, à qui l'assureur-accidents n'a pas transmis l'intégralité du dossier du recourant, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Celle-ci devra être confiée à un neurologue ou à un rhumatologue disposant de connaissances reconnues en matière de CRPS. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2022. Compte tenu de la procédure A/3188/2022 opposant l'assureur-accidents au recourant devant la Cour de céans, qui se conclut également par le renvoi de la cause à cet assureur, pour des motifs identiques à ceux exposés ci-dessus, il serait judicieux que l'intimé et l'assureur-accidents se concertent et désignent le même expert, dans le respect de la procédure prévue à l'art. 44 LPGA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022.

E. 11

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

A/3540/2022 - 23/23 - 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.