

GE_GERICHTE ATAS/413/2019 vom 7. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_413_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/413/2019 du 7 mai 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/413/2019 del 7 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour

A/414/2018 - 17/29 - de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit 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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais précitée, le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur la durée du droit du recourant à l'indemnité journalière, ainsi que sur le taux d'invalidité imputable aux séquelles de l'accident du 10 janvier 2014 et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 6

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. L'art. 4 LPGA prévoit qu'est réputée accident, 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 7

a. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le

A/414/2018 - 18/29 - dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit que associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). b. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 8

a. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de

A/414/2018 - 19/29 - celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). b. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). La jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

E. 9

a. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente

A/414/2018 - 20/29 - s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16

LPGA). b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensible miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001). L'assureur-accidents ne peut clore le cas et mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c). Le droit à une indemnité journalière est maintenu au-delà de l'âge ouvrant droit à une rente AVS, tant que la personne assurée n'a pas recouvré une pleine capacité de travail ou que le traitement médical n'est pas terminé (ATF 134 V 392 consid. 5). Lorsque les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse (art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA), même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée (arrêt du Tribunal fédéral U 342/06 du 7 septembre 2007 consid. 4). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

E. 10

a. Aux termes de l'art. 24 al. 1 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 (IPAI).

A/414/2018 - 21/29 - Selon l'art. 25 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). À teneur de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 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. 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). 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, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (al. 3). Il sera 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 (al. 4) b. 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 l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références).

E. 11

a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

A/414/2018 - 22/29 - litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient

cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). c.

L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une

A/414/2018 - 23/29 - chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences exposées ci-dessus doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre

A/414/2018 - 24/29 - un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

E. 12

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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. 13

En l'espèce, par décision du 1er septembre 2017, confirmée sur opposition le 29 décembre 2017, l'intimée a alloué au recourant une rente d'invalidité de CHF 1'038.55 (18%) dès le 1er août 2016 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- (20%). Se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, l'intimée a reconnu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de la circulation du 10 janvier 2014 et, d'une part, les troubles du poignet (cf. rapport du Dr F_____ du 6 mars 2015), d'autre part, l'AVC survenu le 11 février 2014 (cf. rapport de la Dresse K_____ du 14 juillet 2015). Elle a également admis l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles de l'équilibre et l'AVC (cf. rapports du Dr F_____ du 6 mars 2015 et du Dr N_____ du 8 mai 2015). En revanche, l'intimée a considéré que les troubles cognitifs et affectifs n'étaient pas en relation de causalité avec l'AVC.

A/414/2018 - 25/29 - L'intimée a considéré que les atteintes au niveau du poignet et les troubles de l'équilibre étaient compatibles avec l'exercice, de l'activité accessoire habituelle, tout comme avec celui, à plein temps, d'une activité ne requérant ni port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, ni travail en hauteur. Les troubles au niveau du poignet gauche et les vertiges justifiaient tous deux

l'octroi d'une IPAI de 10%. Le recourant conteste toute stabilisation de son état de santé avant son examen par le médecin d'arrondissement, le 3 mars 2017. Il estime par ailleurs que l'ensemble des atteintes à sa santé est en lien de causalité avec le sinistre du 10 janvier 2014 et ne lui permet pas d'exercer les activités retenues par l'intimée. Il conteste ainsi les taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité retenus.

E. 14

S'agissant de la naissance du droit à la rente, la Cour de céans observe qu'il ressort clairement des pièces du dossier que l'intimée a décidé d'interrompre l'octroi des indemnités journalières en raison du fait que le recourant avait atteint l'âge de la retraite, et non pas parce qu'elle estimait que son état de santé était stabilisé. En effet, dans son courrier du 16 juin 2016, elle a indiqué que les examens médicaux subis en janvier et juin 2016 avaient révélé que sa situation médicale n'était pas encore entièrement stabilisée, mais qu'une activité adaptée aurait été possible s'il n'avait pas atteint l'âge de la retraite. Dans sa missive du 7 juillet 2016, l'intimée a à nouveau justifié son argumentation en raison de l'âge de la retraite. Lorsqu'elle a sollicité l'avis du Dr F_____ sur l'exigibilité d'une activité adaptée, elle lui a précisé qu'elle devait se prononcer sur cette question, indépendamment de la stabilisation du cas du recourant, ce dernier étant à la retraite. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance des arguments du recourant à l'appui de son complément d'opposition du 8 novembre 2017, qu'elle a soutenu que le cas était stabilisé au 31 juillet 2016. Or, les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de conclure qu'il n'y avait plus lieu, à cette date, d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. Il sied encore de constater avec ce dernier que le Dr F_____ n'a fourni aucun renseignement à ce propos dans son rapport du 6 mars 2017, alors qu'il avait clairement estimé, en juin 2016, que le cas n'était pas stabilisé. Le médecin conseil a d'ailleurs manifestement constaté une amélioration de la situation concernant les atteintes au niveau du poignet, puisqu'il avait considéré, dans son appréciation du 9 juin 2016, que le recourant était apte à exercer une activité monomanuelle, ce qu'il a confirmé le 13 octobre 2016, alors qu'il a mentionné, dans son rapport du 6 mars 2017, que le recourant avait récupéré une mobilité pratiquement complète et que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. L'intimée n'était donc pas fondée, au vu des pièces en sa possession, à mettre un terme au versement des indemnités journalières le 31 juillet 2016. Pour ce motif déjà, la décision entreprise doit être annulée.

A/414/2018 - 26/29 -

E. 15

Concernant l'évaluation du taux d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Cour de céans constate que la situation médicale n'est pas claire. a. En premier lieu, elle relève que les atteintes présentées par le recourant dans les suites immédiates de l'accident de la circulation du 10 janvier 2014 et leur évolution jusqu'au second événement ne sont pas du tout documentées, à l'exception des troubles au niveau du poignet gauche. Pourtant, le rapport de police du 11 janvier 2014 fait expressément mention d'un traumatisme crânien et le recourant a déclaré à plusieurs reprises avoir subi un choc sur la tête, notamment au moment de sa seconde admission aux urgences (il a rappelé avoir été victime d'une chute sur la tête lors de son accident et avoir subi des lésions et plaies au niveau du visage), ou encore, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée, le 16 octobre 2014 (il a relaté

une tuméfaction sur le côté gauche de la tête, au niveau du front, de l'œil et du nez, avec une importante contusion et indiqué avoir ressenti, immédiatement après le sinistre, de forts maux de tête qui ont persisté jusqu'à sa seconde hospitalisation). Dans la lettre de transfert du 28 février 2014, le Dr E _____ a fait mention de cervicalgies depuis l'accident et, dans son rapport du 12 février 2015, ce même médecin a fait état d'un traumatisme cervical et d'une fracture de l'arcade zygomatique à gauche, et confirmé l'existence de cervicalgies intermittentes, avec irradiation dans le trapèze gauche, entre l'accident du 10 janvier 2014 et l'hospitalisation du 11 février 2014. Dans ces circonstances, l'intimée aurait dû se livrer à une instruction médicale approfondie, dès lors que le dossier comportait plusieurs éléments suggérant l'existence d'un traumatisme crânien ou d'un traumatisme à la colonne cervicale, que le recourant a fait état de nombreuses plaintes correspondant au tableau clinique typique d'un tel traumatisme et que divers troubles affectifs et cognitifs ont été mis en évidence dans le cadre du bilan neuropsychologique du 26 mai 2016. Compte tenu de ces éléments, l'intimée aurait dû requérir des informations complémentaires relatives aux premières constatations médicales objectives suite à l'accident du 10 janvier 2014, aux symptômes précis alors signalés et présentés dans les jours qui ont suivi, aux diagnostics retenus et au traitement suivi. Elle ne pouvait en aucun cas se limiter à nier tout rapport de causalité entre les troubles affectifs et cognitifs et l'AVC. b. En deuxième lieu, la Cour de céans relève que l'intimée semble avoir admis l'existence d'une atteinte psychique, puisqu'elle se réfère aux explications du Dr N _____, lequel a relevé que le ralentissement psychomoteur et l'importante apathie étaient compatibles avec le trouble psychique retrouvé chez le recourant lors du bilan neuropsychologique. Or, l'existence d'une atteinte à la santé psychique n'est en l'état pas établie. Aucun des nombreux médecins consultés par le recourant n'a relevé la présence de troubles d'ordre psychique, ni suggéré à l'intéressé de consulter un spécialiste en la matière. Le Dr N _____ a par la suite reconnu, dans son rapport du 27 mars 2018,

A/414/2018 - 27/29 - que les résultats des différents tests réalisés par le recourant lors du bilan neuropsychologique ne pouvaient se substituer à un diagnostic de dépression retenu par un psychiatre. Cela étant, si l'intimée estimait que le recourant était atteint dans sa santé psychique, elle aurait dû se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les dits troubles psychiques et l'accident, lequel ne saurait être qualifié de banal ou de peu de gravité, eu égard aux éléments figurant dans le rapport de police. c. En troisième lieu, la Cour de céans relève que le Dr F _____ a retenu, s'agissant du poignet gauche du recourant, les diagnostics de status après fracture du scaphoïde carpien et traitement conservateur et de « status après » algoneurodystrophie du poignet gauche. Ces diagnostics sont toutefois incomplets, puisque le médecin d'arrondissement a constaté, suite à une radiographie, une arthrose radio-carpienne modérée et une certaine instabilité. Ils sont de surcroît ambigus et insuffisamment motivés, dès lors que le Dr F _____ semble avoir implicitement admis une guérison du SDRC, puisqu'il a diagnostiqué un status après algoneurodystrophie et non une algoneurodystrophie et ce, sans la moindre explication et en dépit des plaintes du recourant qui se plaignait d'une sensation de chaleur du poignet au repos et de douleurs à chaque mobilisation. C'est le lieu de rappeler que le spécialiste qui a suivi le recourant pour ces troubles a attesté de la présence d'un SDRC post-traumatique (cf. rapports des 5 mai 2015 et 28 janvier 2016 du Dr J _____). Par la suite, il n'a plus expressément mentionné ce diagnostic, mais a rapporté la persistance d'un état douloureux nécessitant la prise d'antalgiques et souligné que les plaintes du recourant, lors de sa dernière consultation du 22 juillet 2016, étaient inchangées et que l'état douloureux n'était

pas évolutif (cf. rapport du 5 septembre 2016). En outre, selon les constatations objectives du Dr J_____, la mobilité du poignet gauche était plus restreinte en juillet 2016 qu'en octobre 2015, et la force moindre (cf. rapports des 8 octobre 2015 et 5 septembre 2016), ce qui ne parle pas en faveur d'une amélioration en voie de guérison. En l'absence de toute explication du médecin-conseil, le diagnostic de status « après » algoneurodystrophie du poignet gauche ne saurait à ce stade être confirmé. La Cour de céans relèvera encore que le Dr F_____ n'a pas indiqué si le recourant prenait encore un traitement médicamenteux et qu'il a conclu, de façon surprenante, que l'intéressé avait récupéré une mobilité « pratiquement complète », alors même qu'il avait constaté une flexion dorso-palmaire de 60-0-40 à gauche (contre 70-0-50 à droite) et que le Dr J_____ avait quant à lui mesuré des extension-flexion à 70/0/65 en janvier 2016 et à 70/0/70 en juillet 2016. d. Il ressort de ce qui précède que, compte tenu des pièces à sa disposition, l'intimée ne pouvait tirer de conclusions définitives sur l'état de santé du recourant

A/414/2018 - 28/29 - au moment où elle a rendu sa décision. Elle ne pouvait donc valablement se déterminer sur les droits de l'intéressé à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 16

À toutes fins utiles, la Cour de céans relèvera encore, s'agissant de taux de l'IPAI, que le Dr F_____ n'a pas pris position sur l'existence d'une aggravation prévisible. Pourtant, il a constaté, sur les radiographies du poignet gauche du 8 avril 2014, qu'il n'y avait pas d'image d'instabilité intracarpienne et que l'arthrose radio- carpienne était discrète, alors que, sur la radiographie du 3 mars 2017, il a relevé une instabilité, certes non « majeure », et une arthrose radio-carpienne qualifiée désormais de « modérée ». En outre, le médecin d'arrondissement n'a pas indiqué si l'instabilité, déjà constatée par le Dr H_____ en 2015, devait être indemnisée.

E. 17

Eu égard à tout ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 1er septembre 2017 et la décision sur opposition du 29 décembre 2017 et de renvoyer la cause à l'intimée à charge pour cette dernière de compléter l'instruction en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui font défaut, puis en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, orthopédique et neuropsychologique, voire, au besoin, rhumatologique et psychiatrique. Les experts devront notamment se prononcer sur la date à compter de laquelle il n'y a plus eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant, sur la capacité de travail de ce dernier dans les deux activités habituelles et dans une activité adaptée (taux, rendement, limitations fonctionnelles), compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'800.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/414/2018 - 29/29 - À la forme :

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