

GE_GERICHTE ATAS/44/2018 vom 22. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_44_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/44/2018 du 22 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/44/2018 del 22 gennaio 2018

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

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 du recourant 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. Cela étant dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas que la problématique litigieuse.

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en tant que le recourant conclut à l'annulation de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 5

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). b. En l'espèce, le recourant a attaqué la décision sur opposition du 6 décembre 2016, confirmant la décision du 20 juillet 2016, laquelle, se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée, suite à l'examen du 20 juin 2016, considérait que l'incapacité de travail à 100 % n'était plus justifiée médicalement, pour les seules suites de l'accident du 13 janvier 2016. L'assuré était donc considéré comme capable de travailler à 100 % dès le

14 juillet 2016. L'indemnité journalière lui serait donc allouée jusqu'au 13 juillet inclusivement. Or, il est établi et non contesté que les seules atteintes à la santé résultant de l'accident du 13 janvier 2016 sont une fracture de la deuxième phalange de l'index droit et une entorse du pouce droit ayant notamment justifié une incapacité totale de travail dès le 13 janvier 2016, prolongée à plusieurs reprises par le médecin traitant,

A/15/2017 - 10/18 - puis par le spécialiste en chirurgie de la main, consulté par l'assuré dans le courant du mois de mai 2016, après que le médecin traitant eût conclu dans son rapport médical intermédiaire du 25 avril 2016 que le traitement était terminé et que la reprise du travail à 100 % était prévue dès le 1er mai 2016. c. En tant que le recourant conteste la décision entreprise en raison du fait que, selon lui, il serait totalement incapable de travailler dans l'activité de maçon ou de carreleur à cause des douleurs aux deux genoux et des broches qui lui ont été posées le long d'un tibia, le tout résultant d'autres accidents ayant précédé celui du 13 janvier 2016, - seul en cause dans le présent litige -, ses allégations et les motifs de son recours sont totalement étrangers à l'objet du recours, de sorte que les conclusions qu'il a prises à leur sujet, et en particulier celle qui tend à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de rouvrir les précédents dossiers ayant traité de ces questions sont irrecevables. La chambre de céans remarquera toutefois, par surabondance, que le recourant n'est pas crédible: il n'a invoqué la question de ses douleurs aux genoux, devant la chambre de céans, que pour tenter, maladroitement, de justifier une incapacité de travail persistante, que seule la situation médicale de sa main, respectivement de son doigt de la main droite, paraissait ne pas suffire à convaincre. Lorsqu'il a formé opposition à la décision du 20 juillet au 2016, par courrier du 13 septembre 2016, il n'a, à juste titre, argumenté qu'en fonction de ses douleurs persistantes au doigt de la main droite, et n'a jamais évoqué la question de ses genoux. Ce n'est que dans son « recours contre la décision du 20 juillet 2016 » déposé parallèlement auprès de la chambre de céans (cause A/3682/2016), par courrier du 28 octobre 2016, qu'il a pour la première fois évoqué, en plus de la question de la main droite, qu'ayant une formation de maçon et de carreleur, il doit souvent faire des gestes à genoux, ce qui lui serait impossible en raison de la douleur ressentie comme des brûlures à l'intérieur des deux genoux, concluant à cet égard qu'il soit ordonné à la SUVA de « rouvrir les dossiers précédents concernant les opérations des deux genoux et la pose des trois broches dans le tibia. Lors de l'examen par le médecin d'arrondissement, le 20 juin 2016, c'est dans le cadre de l'anamnèse que l'assuré, interrogé sur ses antécédents, a évoqué ces aspects, mais en précisant pour l'essentiel que les atteintes qu'il avait ainsi subies pendant les années précédant l'accident en cause (13 janvier 2016) ne posaient guère de problèmes. Il résulte en effet du rapport du Dr D_____ que, selon le patient, au niveau du genou gauche, il n'y a pas de problème particulier; et s'agissant du genou droit, l'intéressé déclare que l'évolution est également satisfaisante. Il n'a aucune gêne, ni à la marche, ni pour se déplacer dans les escaliers. Le périmètre de marche était illimité. Du reste, tous les documents médicaux produits sur recours en relation avec ces problèmes de genoux sont tous antérieurs à 2016, aucun document récent ne laissant au demeurant supposer la moindre aggravation à ce niveau, - ce que le recourant n'a d'ailleurs jamais soutenu. Du reste, lorsqu'est survenu l'accident du 13 janvier 2016 il se trouvait au chômage. Or, s'il avait été en incapacité de travail à cette époque-là, en

A/15/2017 - 11/18 - raison de ses genoux, il aurait été déclaré inapte au placement et n'aurait donc pas émargé à cette assurance sociale, ce qui démontre bien qu'il était apte à travailler avant que ne survienne l'accident du 13 janvier 2016.

E. 6

Seule est dès lors litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières à dater du 14 juillet 2016, pour les seules suites de l'accident du 13 janvier 2016, en se fondant en particulier sur le rapport d'examen du Dr D_____ du 20 juin 2016.

E. 7

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 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. 8

Selon 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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). L'indemnité journalière est versée aux personnes au chômage nonobstant les délais d'attente (art. 18, al. 1, LACI) ou les jours de suspension (art. 30 LACI) (al.4). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

E. 9

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'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,

A/15/2017 - 12/18 - le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 10

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). 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). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

A/15/2017 - 13/18 - 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. Etant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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. 3b/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 52; 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).

A/15/2017 - 14/18 - On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 11

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). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être

raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les

A/15/2017 - 15/18 - références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 12

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions

d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 14

En l'espèce, le recourant conteste la décision entreprise au motif que le rapport d'examen sur laquelle elle se fonde, soit le rapport du 20 juin 2016 du Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, selon lequel l'assuré justifie d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 14 juillet 2016 serait absolument fantaisiste au regard des douleurs qu'il subit malgré la prise d'anti-

A/15/2017 - 16/18 - inflammatoires prescrits par son médecin traitant le Dr B_____. Il y a dès lors lieu de déterminer si l'on peut accorder au rapport contesté une pleine valeur probante. La chambre de céans reconnaît au rapport d'examen du 20 juin 2016 du Dr D_____ (cf. ch. 8 en fait) une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb): il est fondé sur une connaissance approfondie du dossier, sur une anamnèse complète, l'examineur ayant pris en compte les plaintes de l'assuré; il a personnellement examiné l'intéressé, prenant en compte les avis exprimés par les médecins traitants et après avoir étudié le dossier radiologique à disposition; il aboutit à des conclusions convaincantes, et aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Du reste, aucun des médecins traitants n'a émis la moindre critique au sujet de ce rapport, qui a d'emblée été adressé en copie au Dr C_____. Certes, le recourant se fonde sur les certificats médicaux de ses médecins traitants, prolongeant successivement la durée de l'incapacité totale de travail, pour y voir un avis divergent de ses médecins traitants, qui selon lui attesteraient de ses douleurs incapacitantes persistantes. Il se trompe. S'agissant de tout d'abord de la position de son médecin traitant généraliste, le Dr B_____, selon son rapport médical du 25 avril 2016 le traitement relatif à la fracture litigieuse est terminé et l'assuré justifie d'une pleine capacité de travail dès le 1er mai 2016. S'agissant du Dr C_____, certes ce médecin a-t-il délivré dès sa première consultation, dans le courant du mois de mai 2016, plusieurs certificats d'arrêts de travail successifs, le premier avec effet au 1er mai 2016, coïncidant avec le jour dès lequel le médecin traitant considérait pour sa part comme acquis le recouvrement d'une pleine capacité de travail. Ces seuls certificats, énonçant une capacité de travail nulle respectivement une incapacité de travail à 100 % ne sont pas susceptibles de se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ils ne réunissent d'évidence pas les exigences posées par la jurisprudence rappelée précédemment. Son rapport du 24 mai 2016 fait état de la persistance d'une raideur au niveau de l'index, mais elle ne donne pas la moindre précision ni justification d'une incapacité totale de travail en raison précisément de cette raideur. Cet avis ne saurait en effet suffire à remettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement, qui, après examen des radiographies de la main réalisées le 2 juin 2016, a constaté que la consolidation apparaît acquise; il ne persiste qu'un minime déplacement au niveau du refend intra-articulaire; sur cette base, il a conclu, au vu de la perspective de la prochaine consultation du patient auprès du Dr C_____ prévue le 27 juin 2016, qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle d'ici au 14 juillet 2016, ce qui signifie bien que la raideur évoquée par le Dr C_____ ne pouvait justifier plus longtemps une incapacité de travail. Du reste, dans son rapport du 7 juillet 2016, le Dr C_____ mentionne toujours la raideur persistante, mais il ne se prononce pas sur la date de reprise de travail,

observant que le patient était actuellement au chômage. Or, à cette date, il disposait d'une copie du rapport

A/15/2017 - 17/18 - d'examen du médecin d'arrondissement du 20 juin 2016; et s'il n'avait pas été d'accord avec les conclusions du Dr D_____, il n'aurait pas manqué de le relever. Le 25 juillet 2016, il a établi un nouveau certificat médical de type fichet: ce document ne saurait non plus remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement : il n'a aucune valeur probante quant à l'incapacité de travail à cette date. Le médecin indique que la capacité de travail est de 0 % dès le 1/5/2016, sans précision quant à sa durée probable. Il mentionne toutefois que cette capacité est de 100 % dès le «INDETERMINE*» (prochain rendez-vous le 12/9/2016) : l'astérisque renvoie au commentaire libellé en ces termes : « certificat établi à la demande du patient car selon décision med-conseil SUVA Incap 0 % 14/7/2016 ». La chambre des assurances sociales considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si ce médecin avait été véritablement convaincu de ce que les conclusions du médecin-conseil quant à la date fixée pour le retour à une pleine capacité de travail était contestables, - sachant évidemment que le certificat qui lui était demandé était destiné à contester cette appréciation, et partant la décision de l'assureur-accidents -, il aurait à l'évidence pris position d'une autre manière: soit il aurait rédigé un rapport médical motivé; et sinon, à tout le moins, aurait-il rempli le certificat médical fichet d'une autre manière: il aurait logiquement fait figurer le terme « indéterminé » sur la ligne relative à la capacité de travail de 0 %, après la mention « durée probable jusqu'au... » mais non pas sur la ligne mentionnant "capacité de travail 100 % dès le....". D'ailleurs, dans sa prise de position du 22 décembre 2016, le Dr C_____ renvoie à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, s'agissant de date de reprise de travail du patient. Ici encore, d'évidence, s'il était convaincu de la persistance d'une incapacité de travail, totale ou partielle à cette date, il n'aurait pas manqué de le relever. Ainsi, au vu de ce qui précède, la contestation du recourant au sujet de la valeur probante du rapport d'examen du Dr D_____ qui a servi de base à la décision de l'intimé de mettre fin au versement des indemnités journalières dès le 14 juillet 2016 ne repose sur aucune justification objective susceptible de jeter le doute au sujet de la pertinence et de la cohérence des conclusions de ce rapport. Ainsi, la décision entreprise n'est pas critiquable.

E. 15

Entièrement mal fondé, le recours est rejeté, et la décision sur opposition confirmant la décision de l'intimé de mettre fin au versement des indemnités journalières dès le 14 juillet 2016 est confirmée.

E. 16

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/15/2017 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

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