

GE_GERICHTE ATAS/522/2024 vom 27. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_522_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/522/2024 du 27 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/522/2024 del 27 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

E. 1.2

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le dernier employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu, pour juger du cas d'espèce.

E. 1.3

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

E. 2

Le litige porte, d'une part, sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 31 août 2021 et, d'autre part, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité ainsi que le taux de l'IPAI.

E. 3

La LPGA s'applique à la présente espèce, par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA.

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

A/3613/2023 - 8/16 - compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2

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). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa). 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). 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.

E. 4

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit

A/3613/2023 - 9/16 - 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 (art. 16 al. 2 LAA).

E. 5.1

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les

références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

E. 5.3

Ainsi, en principe, 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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/3613/2023 - 10/16 -

E. 5.4

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).

E. 5.5

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5.6

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. À 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 6.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

A/3613/2023 - 11/16 - 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 6.2

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires, ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects

médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 7

sur 10 et qu'elle est de 8 sur 10 en fin de séance, à midi. L'expert constate que

A/3613/2023 - 13/16 - « l'expression émotionnelle très mobile chez un assuré souriant en début de séance se fige avec la durée de celle-ci ». Lors du test neuropsychologique, on constate ce qui suit : sur la flexibilité, le temps de réponse est inférieur à la norme ; sur l'attention divisée, l'expert note que les constantes sont très inférieures à la norme en auditif et à la limite de la norme en visuel et mentionne « une difficulté à gérer cette double tâche qu'indique le ralentissement important pour les stimuli auditifs ». S'agissant de l'attention sélective, l'expert note que le rendement est clairement inférieur à la norme et qu'il en résulte un indice de concentration à la limite de la norme. En conclusion, l'expert note au plan attentionnel un rendement très pauvre en attention sélective, avec un indice de concentration à la limite de la norme et une difficulté en attention divisée, qui engendre un ralentissement excessif pour les stimuli auditifs. Au plan mnésique, une reconnaissance faible en apprentissage de liste, alors que les rappels immédiats et différés sont tous dans la norme. L'expert précise que le léger bégaiement de l'assuré n'affecte pas la capacité de communication. Il relève encore qu'il n'y a pas de comportement, souvent associé, d'exagération de symptômes, l'assuré est un peu démonstratif mais il n'est pas exagérément plaintif, ni revendicateur et ne renonce pas indûment à répondre aux tests. L'examen de l'IRM cérébrale du 5 août 2022 met en évidence une minime atrophie cérébrale débutante, sans cicatrice ni de foyer de sidérose leptoméningée secondaire à la petite hémorragie sous-arachnoïdienne frontale antérieure gauche qui avait été mise en évidence lors de l'IRM de l'année 2018. Il n'y a pas d'hydrocéphalie, ni d'autre élément pathologique. Faisant le bilan de la situation actuelle et exposant leurs conclusions, les experts notent que l'examen neurologique proprement dit est sans anomalie significative (rapport, p. 18 in fine) et que le bilan neuropsychologique permet d'objectiver des troubles neuropsychologiques minimaux, sans retentissement sur la capacité de travail (rapport, p. 19, § 2) Cependant, en dépit de ces observations objectives, les experts prennent ensuite des conclusions qui semblent s'éloigner des éléments objectifs puisqu'ils se fondent sur « l'avis de Monsieur A_____ » pour considérer qu'en raison de la persistance de ses plaintes, de la fatigabilité, de la perte de rendement, du besoin accru de sommeil et d'une perte de performance en cas d'activité prolongée, ces éléments doivent être pris en compte et justifient la reconnaissance d'une perte de la capacité de travail de 20% dans le type d'activité professionnelle exercé jusqu'ici par le recourant. Les experts se fondent donc uniquement sur les plaintes subjectives du recourant pour estimer que ce dernier n'a qu'une capacité de travail de 80%, alors même qu'ils ont exposé, avec justesse et de manière convaincante, qu'aucun élément objectif n'était de nature à justifier une diminution de la capacité de travail.

A/3613/2023 - 14/16 - Il résulte de ce qui précède que, comme l'a soulevé l'intimée, le rapport d'expertise contient une contradiction intrinsèque entre les éléments établis objectivement par les experts et leurs conclusions, qui peuvent ainsi être remises en cause (dans le même sens et à propos d'éléments établis objectivement par des médecins traitants et ignorés dans les conclusions des experts, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). Cela ne signifie pas pour autant que l'expertise ne présente pas de valeur probante, notamment quant aux constatations objectives, à l'examen clinique, aux résultats des tests neuropsychologiques et à l'interprétation de l'imagerie

médicale, mais la motivation qui conduit les experts à retenir cette diminution de la capacité de travail de 20% est insuffisante.

E. 7.1

S'agissant de la qualification de l'évaluation L_____/M_____, on rappellera que, par courrier du 18 mai 2022, l'intimée a informé le mandataire de l'assuré qu'elle allait compléter l'instruction en demandant « la prise de position » d'un conseil médical, à savoir le Dr L_____, neurologue. L'assuré était informé qu'il allait bientôt être convoqué pour une « visite de consultation ». En réponse à des questions soulevées par le recourant, l'intimée, par courrier du 29 juin 2022, a précisé qu'il s'agissait d'une « prise de position pour un conseil médical » et non pas d'une « expertise au sens de l'art. 44 LPGA ». On peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'intimée n'a pas suivi les règles prévues lorsqu'on recourt aux services d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA. Ce faisant, l'intimée a matériellement mandaté un expert indépendant, sans respecter les règles de l'art. 44 LPGA destinées à protéger les droits de l'assuré, comme l'a souligné ce dernier dans le courrier de son mandataire du 13 juillet 2022. Évitant la dénomination « expertise », l'intimée a demandé un rapport sous forme « d'évaluation pluridisciplinaire », néanmoins, l'ambivalence de la dénomination du mandat ressort à plusieurs reprises des éléments de langage utilisés dans le rapport : le Dr L_____ et M_____ se présentent, en p. 2 de l'évaluation, comme

A/3613/2023 - 12/16 - « Les experts soussignés », ils mentionnent, p. 8, in fine, « Attente de l'expertisé », terme repris en p. 9, au milieu, « Description par l'expertisé ». AXA semble également avoir considéré qu'il s'agissait d'une expertise, comme cela ressort de l'e-mail du 14 septembre 2022 envoyé par AXA au mandataire de l'assuré, dans lequel il est fait mention « de la consultation de votre mandant à des fins d'expertise qui a eu lieu hier », précisant qu'il y a eu malheureusement « un problème d'ordre technique avec l'enregistrement sonore » et proposant soit de renoncer à cet enregistrement soit de « réaliser une nouvelle consultation ». On voit mal les raisons pour lesquelles une simple « prise de position pour un conseil médical », tel que la démarche est présentée par AXA, devrait être accompagnée d'un enregistrement sonore, comme cela est obligatoire en cas d'expertise. Le médecin-conseil d'AXA, le Dr N_____, qui s'est prononcé sur l'évaluation, a utilisé constamment, dans son rapport médical du 17 mars 2023, les termes « d'expert » et « d'expertise » soit, dans la version originale en allemand, les termes « Die Experten » et « Expertise ». En dépit de ces éléments, AXA maintient dans sa décision querellée qu'il ne s'agissait que d'une « demande de prise de position » (décision, p. 6, ch. 1.30) et que « le rapport du O_____ n'est pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA » (décision, p. 13, premier §, in fine). S'il est vrai qu'AXA n'a pas respecté les règles découlant de l'art. 44 LPGA, il n'en reste pas moins qu'elle a mandaté, sans nul doute possible, des experts indépendants de son service médical, pour se prononcer sur le cas d'espèce. Partant, la chambre de céans considère que le rapport d'évaluation rendu par le Dr L_____ et le neuropsychologue M_____ doit être considéré comme un rapport d'expertise, effectué par un médecin et un neuropsychologue indépendants. Il s'agit, à présent, d'examiner si ledit rapport présente une pleine valeur probante.

E. 7.2

Le rapport a été rendu en connaissance du dossier médical de l'assuré, les différents rapports médicaux et les pièces d'imagerie sont répertoriés dans la partie « Analyse du

dossier », p. 3 à 6. Les plaintes du recourant sont prises en compte dans la partie « Données subjectives », p. 7 et 8. Les données objectives et le status neurologique sont mentionnés en p. 10 et comprennent : un examen en station debout et à la marche, une auscultation des carotides, un examen de la nuque et des paires crâniennes, un examen des membres supérieurs et des membres inférieurs ainsi qu'un examen du tronc. Les résultats de l'examen neuropsychologique du 25 août 2022, d'une durée de trois heures, sont ensuite détaillés ; l'expert mentionne que l'assuré commence à bailler après 1h30 de séance (soit à 10h30), qu'à 10h45, la fatigue est évaluée à

E. 7.3

Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à un complément d'expertise et demande aux experts, notamment, d'exposer avec plus de rigueur et de façon plus détaillée, les raisons pour lesquelles ils ont abouti à la diminution de la capacité de travail de 20%. Pour ce faire, les experts devront prendre connaissance de toutes les pièces reçues postérieurement à leur précédente évaluation, notamment le rapport médical du médecin-conseil N_____ et les appréciations des médecins traitants K_____ et I_____ et motiver soigneusement les raisons pour lesquelles il peut être tenu compte des éléments subjectifs qui les ont conduits à retenir un taux de 20% d'incapacité de travail. Ce complément d'expertise devra, cette fois-ci, respecter formellement la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, et les droits du recourant, notamment en ce qui concerne la possibilité de poser des questions supplémentaires dans le cadre du mandat de complément d'expertise, devront être strictement respectés par l'intimée. Si, par hypothèse, il paraissait vraisemblable que les symptômes ne sont pas d'origine organique, l'intimée devra proposer un expert en psychiatrie, conformément à l'art. 44 LPGA, pour compléter l'expertise par un volet psychiatrique, avec une évaluation consensuelle multidisciplinaire. Dès lors que la capacité de travail du recourant doit faire l'objet d'un complément d'expertise, il n'est pas nécessaire, à ce stade, d'examiner l'éventuel droit à une rente et/ou à une IPAI.

E. 8.1

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle procède conformément aux considérants.

E. 8.2

Le recourant, représenté par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière

A/3613/2023 - 15/16 - administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 3'000.-.

E. 8.3

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3613/2023 - 16/16 - 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.