

GE_GERICHTE ATAS/535/2023 vom 30. Juni 2023

GE Cour de justice, 2023-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_535_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/535/2023 du 30 juin 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/535/2023 del 30 giugno 2023

Erwägungen

E. 1.1

Par arrêt du 15 février 2021, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire et nouvelle décision.

E. 1.2

La modification de la loi sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832.20) du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, n'est pas applicable à la présente procédure dès lors que l'accident est survenu avant cette nouvelle. La loi sera ainsi citée dans sa teneur en force au 31 janvier 2016.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure au taux de 21% et à une IPAI supérieure au taux de 15%.

E. 3.1

La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une

A/2203/2017 - 10/18 - appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non professionnelle. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité

fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1).

E. 3.2

En l'espèce, l'intimée n'est pas liée par l'évaluation de l'OAI, dès lors que ce dernier n'avait pas statué définitivement lorsque la décision dont est recours a été rendue.

E. 4

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

E. 4.1

Aux termes de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

E. 4.2

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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).

A/2203/2017 - 11/18 - A teneur de l'art. 19 al. 1 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005

consid. 2).

E. 4.3

A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, 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, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'IPAI est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LPGA, 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.

E. 5

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

A/2203/2017 - 12/18 -

E. 5.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2 ; 129 V 177 consid. 3.2). En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa) : ■ les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère

particulièrement impressionnant de l'accident ; ■ la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; ■ la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes ; ■ les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; ■ les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; ■ le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021, consid. 3.3).

E. 5.2

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021

A/2203/2017 - 13/18 - consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021, consid. 5.1 et 8C_600/2020 du 3 mai 2021). Ce critère n'est en revanche pas rempli dans le cas d'un assuré qui s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 précité), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020, consid. 5.4.5), pendant vingt mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022, consid. 5.3), pendant 21 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021) ou encore pendant deux ans et quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021).

E. 6.1

En l'occurrence, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 15 février 2021, une surexpertise judiciaire a été ordonnée et confiée aux Drs V_____ et W_____. Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes du recourant, un status clinique, des diagnostics clairs et une évaluation consensuelle convaincante des experts concernant l'exigibilité professionnelle, le rapport d'expertise bidisciplinaire judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 6.2

Les parties admettent la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire, sous réserve, pour l'intimée, de la diminution de rendement de 10% sur la capacité de travail de 100% considérée comme exigible de la part du recourant. L'intimée relève en effet que les experts ont retenu une diminution de rendement due à l'utilisation de cannes, laquelle apparaît incertaine et sollicite un complément d'expertise sur ce point.

E. 6.2.1

A cet égard, les experts ont clairement relevé que le recourant utilise des cannes pour se déplacer (rapport du Dr V_____ pp. 3 et 13 et du Dr W_____ p. 29). Par ailleurs, si l'évaluation consensuelle a effectivement mentionné une diminution de rendement de 10% en raison de l'utilisation de cannes (rapport du Dr V_____ p. 22 et du Dr W_____ p. 50),

le rapport du Dr V_____ est plus précis puisqu'il explique que le recourant n'a pas la mobilité réactive nécessaire pour se déplacer dans un bureau, ne serait-ce que pour aller chercher un document ou rester debout un long moment devant une photocopieuse, ce qui engendre nécessairement une diminution de rendement qu'il est difficile de chiffrer avec exactitude. Il indique que, néanmoins, si on considère que sur une heure de travail il serait amené à se lever entre cinq et dix minutes en tout, on peut estimer la diminution de rendement à 10% (rapport du Dr V_____ p. 12). Les déplacements évoqués par le Dr V_____ sont usuels pour une activité de bureau et peuvent être admis. Ces explications permettent de comprendre que même dans une activité adaptée, de type bureau, en position assise, ne nécessitant pas de déplacement

A/2203/2017 - 14/18 - régulier et sans port de charges même légères, le recourant présente, en raison de ses difficultés de mobilité, une diminution de rendement de 10%. Celle-ci, convaincante et motivée, peut être confirmée.

E. 6.2.2

En conséquence, un taux d'activité exigible de 45% peut être retenu dès le 25 mai et de 90% dès le 22 juin 2009 et, par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à l'ordonnance d'une complément d'expertise auprès des experts judiciaires.

E. 6.3

Enfin, le taux de l'IPAI, fixé à 30% par les experts, est admis par les parties de sorte qu'il sera confirmé.

E. 7

S'agissant du lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident, le Tribunal fédéral a constaté que l'accident était classé dans la catégorie des accidents de catégorie moyenne stricto sensu, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties et que les deux critères déterminants des douleurs physiques persistantes et des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, étaient réalisés. Il a considéré que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être évalué lorsque la surexpertise aurait établi les atteintes somatiques. Enfin, les autres critères n'étaient pas réalisés (durée anormalement longue du traitement médical, erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement important de l'accident ; gravité ou nature particulière des lésions physiques). Il convient en conséquence d'examiner si le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est réalisé, étant relevé que si celui-ci est admis, le lien de causalité adéquate entre l'accident et le trouble psychique doit également être admis.

E. 7.1

Les experts judiciaires ont conclu à une incapacité de travail totale du recourant, dans toute activité, du 18 mai 2007 au 24 mai 2009, soit pendant une durée de presque 24 mois. La capacité de travail était ensuite de 45% jusqu'au 21 juin 2009 et de 90% au-delà.

E. 7.2

Au vu de la jurisprudence précitée, laquelle considère qu'une incapacité de travail totale de près de trois ans permet d'admettre le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail et celle qui refuse d'admettre ce critère sur la base d'une incapacité de travail totale

de 21 mois et de deux ans et quatre mois, l'incapacité de travail totale de 24 mois du recourant est insuffisante pour considérer que ce critère est réalisé. L'arrêt du Tribunal fédéral du 9 juillet 1997 évoqué par le recourant, lequel admet ledit critère sur la base d'une incapacité de travail totale de dix-huit mois est antérieur aux jurisprudences précitées qui se réfèrent à une durée de presque trois ans, de sorte qu'il ne peut l'emporter sur celles-ci. Il en est de même de l'ATAS/849/2012 du 25 juin 2012, lequel admet ce critère sur la base d'une incapacité de travail totale de deux ans. En outre, au vu

A/2203/2017 - 15/18 - de la jurisprudence précitée, le fait que la dernière activité n'est plus exigible n'est pas déterminant, tout comme la diminution de rendement de 10%, même si elle perdure vu qu'elle se rapporte à une capacité de travail totale reconnue au recourant depuis le 22 juin 2009. Partant, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail doit en l'occurrence être nié, ce qui conduit à exclure le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident. La question de la valeur probante de l'expertise du Dr L _____ peut dès lors rester ouverte.

E. 8.1

Il convient de calculer le degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail exigible du recourant de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 1er mars 2016. Les revenus sans et avec invalidité tels que retenus par l'intimé ne sont pas contestés, soit un revenu sans invalidité de CHF 76'909.- et un revenu d'invalidité, pour un taux d'activité de 100%, de CHF 61'094.- Compte tenu d'un taux d'activité exigible du recourant de 90%, le revenu d'invalidité est finalement de CHF 54'984.-. Le taux d'invalidité est ainsi de : $76'909 - 54'984 = 28,5\%$, arrondi à 29% 76'909

E. 8.2

Enfin, le taux de l'IPAI de 30% retenu par les experts est admis par les parties.

E. 9

Au demeurant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29% depuis le 1er mars 2016 ainsi qu'à une IPAI de 30%. Conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA, et comme requis par le recourant, un intérêt moratoire de 5% est dû dès le 1er mars 2018 sur le montant de la rente d'invalidité et sur le montant de l'IPAI non encore perçu.

E. 10.1

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais

A/2203/2017 - 16/18 - relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Dans la mesure où, en principe, les mêmes règles de

procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne la mise en œuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.4). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_333/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

E. 10.2

En l'occurrence, le Tribunal fédéral a estimé que l'expertise judiciaire du Dr U _____ devait être écartée et qu'une surexpertise était nécessaire, les seules appréciations des médecins-conseils de l'intimée n'ayant pas la même valeur

A/2203/2017 - 17/18 - qu'une expertise administrative ou judiciaire. Partant, il convient d'admettre que l'instruction à laquelle a procédé l'intimée était lacunaire, de sorte que les frais d'expertise judiciaire en CHF 11'000.- (rapport d'expertise du Dr W _____ du 7 octobre 2022 - facture du 18 juin 2023) et CHF 18'000.- (rapport d'expertise du Dr V _____ du 19 octobre 2022 - facture du 25 mai 2023) seront mis à sa charge.

E. 10.3

Pour le surplus, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

A/2203/2017 - 18/18 - 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.