

GE_GERICHTE ATAS/617/2020 vom 14. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_617_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/617/2020 du 14 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/617/2020 del 14 luglio 2020

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 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

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié depuis le 1er février 2016, soit sur l'existence d'une rechute ou d'une aggravation de son état de santé dès cette date.

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). 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). 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

E. 5

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

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

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

A/3824/2019 - 17/22 - 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. 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 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 minimale 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. 6

Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). En vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute ou de séquelle tardive d'un accident, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre la rente, les

A/3824/2019 - 18/22 - prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13); si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. En outre, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une

modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2 et 2.3).

L'obligation de prêter en cas de rechute ou de séquelles tardives chez un assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité se détermine ainsi conformément à l'art. 21 al. 1 LAA, tandis que l'assuré dont le cas a été bouclé sans suites peut prétendre aux prestations en vertu de l'art. 11 OLAA (André NABOLD in Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 15 ad art. 21 LAA).

E. 7

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 134 V 131 consid. 3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1). Toute modification dans les faits ne suffit pas pour une révision du droit à la rente. Un diagnostic nouveau ou qui au contraire n'existe plus, n'est donc pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif de l'amélioration ou de la détérioration important de l'état de santé n'est pas nécessairement donné (ATF 141 V 9 consid. 5.2).

E. 8

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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/3824/2019 - 19/22 - (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit

conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

E. 9

En l'espèce, dans son arrêt du 7 février 2017, la chambre de céans a tranché le degré d'invalidité du recourant pour la période du 1er mai 2015 au 31 janvier 2016. Elle l'a fixé à 15 %, en se fondant sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies par le Dr C_____. Le recours interjeté au Tribunal fédéral ayant été rejeté, cet arrêt est devenu définitif, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. La chambre de céans a cependant renvoyé la cause à l'intimée, à charge pour cette dernière de déterminer si une aggravation ou une rechute s'était produite dès le 1er février 2016, date à partir de laquelle le Dr B_____ a attesté une capacité de travail de 50 %. L'intimée a nié la survenance d'une telle aggravation, se fondant notamment sur les appréciations du Dr C_____. Il est vrai que le Dr B_____ n'a pas exposé les motifs dictant une telle diminution du taux d'occupation du recourant dès le 1er février 2016, et la mention dans son rapport d'avril 2016 du souhait de ce dernier de travailler désormais à mi-temps ne plaide a priori pas en faveur de raisons médicales strictes. Les rapports du Dr B_____ versés au dossier sont en outre par trop succincts pour conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à une aggravation de l'état de santé dès février 2016. Toutefois, l'intimée ne l'a jamais invité à motiver la diminution du temps de travail attestée. De plus, le Dr C_____ s'est contenté de reprendre l'exigibilité qu'il avait définie en 2014, sans chercher à connaître les motifs de l'incapacité de travail partielle désormais attestée par le médecin traitant du

A/3824/2019 - 20/22 - recourant, et par conséquent sans discuter la pertinence de l'avis du Dr B_____ ni exposer de manière motivée pour quelles raisons il s'en écartait. Dans ces circonstances, les divergences d'appréciation entre ces deux médecins suffisent à susciter des doutes suffisants sur la force probante des conclusions du Dr C_____, compte tenu de sa fonction de médecin d'arrondissement de l'intimée. On soulignera en outre que les rapports du Dr C_____ ne sont pas dénués de contradictions. En effet, il admettait en novembre 2016 un lien probable entre l'accident et l'incapacité de travail de 50 % dès le 1er février 2016 – ce qui suppose a priori que cette incapacité a une cause médicale – tout en soutenant qu'une activité adaptée restait exigible à plein temps. Le médecin d'arrondissement a une nouvelle fois confirmé une aggravation dès le 1er février 2016 dans son avis du 18 juillet 2017. Il a ensuite exposé que la gonarthrose apparue en septembre 2017 démontrait elle aussi une aggravation. On peine ainsi à comprendre comment ce médecin a pu exclure toute aggravation dans son appréciation de novembre 2018. Le rapport établi à cette date n'est guère convaincant, en tant qu'il affirme que les douleurs n'ont pas évolué depuis le dernier examen complet de 2014, alors que le recourant présente désormais une flexion diminuée que le Dr C_____ impute précisément à la crainte des douleurs, et que des limitations fonctionnelles se sont également ajoutées depuis, soit l'impossibilité de monter sur des toits ou sur une échelle et de travailler agenouillé. C'est ici également le lieu de souligner que la manière de procéder de l'intimée n'est pas exempte de

reproches. En premier lieu, l'intimée n'a pas tranché l'incidence sur le droit aux prestations de l'arthroscopie pratiquée en septembre 2017, qui a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 7 janvier 2018. En outre, elle semble être partie de la prémisse – erronée – que l'arthroplastie totale du genou initialement programmée le 22 août 2019 a bien eu lieu. Or, si tel était le cas, l'intimée aurait dû statuer sur l'incidence de cette intervention dans la décision du

E. 11

septembre 2019, dès lors que la décision sur opposition de l'organe de l'assurance sociale fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2), et non annoncer un réexamen « lors du bouclement de la rechute ». En outre, dans l'hypothèse d'une nouvelle intervention, l'intimée aurait dû se prononcer sur le droit du recourant à des indemnités journalières en vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, puisqu'elle devait savoir à cette époque que celui-ci avait repris une activité lucrative à temps partiel – cette information ressortant non seulement de la feuille d'accident, mais également des renseignements recueillis par le Dr C_____ en novembre 2018. Dès lors que le recourant a été opéré une nouvelle fois en septembre 2017 et qu'il aurait apparemment subi une pose de prothèse totale du genou après l'introduction de la procédure judiciaire, l'intimée doit examiner son droit aux prestations à la suite de ces événements. Il est ainsi opportun que ce soit elle qui instruisse la capacité de gain médico-théorique et l'évolution du degré d'invalidité du 1er février 2016 jusqu'à la stabilisation de l'état après la pose de prothèse, en mettant en œuvre

A/3824/2019 - 21/22 - une expertise par un spécialiste en chirurgie orthopédique. La désignation de l'expert et la définition de sa mission devra se faire dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de dite expertise. Au vu du sort du litige, l'audition du recourant et du Dr B_____ s'avère superflue à ce stade, et la chambre de céans y renoncera. 10. Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

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.