

# **GE\_GERICHTE ATAS/631/2020 vom 3. August 2020**

GE Cour de justice, 2020-08-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_631\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_631_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/631/2020 du 3 août 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/631/2020 del 3 agosto 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 (art. 56ss LPGA), est recevable.

### **E. 3**

Le litige, tel que circonscrit par la décision, porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 30 avril 2019. L'intimée n'ayant pas explicitement tranché le droit à une rente dès le 1er mai 2019, l'octroi d'une telle prestation ne fait pas l'objet de la présente procédure, pas plus qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

A/3136/2019 - 13/19 -

### **E. 4**

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 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. 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.

### **E. 5**

La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 1ère phrase LPGA. Selon cette

disposition, 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, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING in KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA; Markus SCHMID in HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG).

## **E. 6**

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant

A/3136/2019 - 14/19 - 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). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrolyse de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_247/2018 du 1er avril 2019 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à

l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

#### **E. 7**

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent 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 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 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 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,

A/3136/2019 - 15/19 - le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c). 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. Ainsi, 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 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

#### **E. 8**

En l'espèce, c'est sur la base des conclusions des médecins de la CRR et du Dr H\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant serait désormais apte à reprendre son activité habituelle, que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières. Le recourant conteste quant à lui cette décision, principalement en raison de l'inaptitude qu'il allègue à reprendre son métier d'agent commercial. Sans remettre en cause l'appréciation médicale de la situation du recourant par ces praticiens, il n'est cependant pas certain que son activité habituelle soit adaptée à son état de santé. En effet, le recourant affirme qu'il doit se rendre directement sur les toits afin d'y prendre les mesures nécessaires à l'établissement des devis. On notera que ses déclarations sur ce point n'ont jamais varié. Il a ainsi fait part de A/3136/2019 - 16/19 - cette exigence à l'intimée et au Dr E\_\_\_\_\_ en 2016 déjà.

L'employeur a également confirmé la nécessité de cette tâche dans son rapport à l'OAI en septembre 2016, avant de revenir sur ce point dans ses communications avec l'intimée. Or, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2).

Ce principe peut être appliqué mutatis mutandis aux versions contradictoires données par un employeur. En l'espèce, le revirement de l'employeur pourrait s'expliquer par le fait que les relations avec le recourant se sont apparemment envenimées. Le fait que l'employeur ait indiqué que les visites techniques nécessitaient un matériel de sécurité pour prendre les mesures dans son courriel du 21 octobre 2016 à l'intimée, tend du reste également à accréditer la version du recourant sur la nécessité de monter sur les toits. Or, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR et reprises par le Dr H\_\_\_\_\_ consistent à exclure les activités en force répétitives avec le genou droit. Elles sont ainsi décrites de manière trop générale pour déterminer si le fait de monter à l'aide d'une échelle sur un toit pour y prendre des mesures est exigible, à défaut de conclusion explicite quant à cette tâche. Les spécialistes de la CRR et le médecin d'arrondissement ne se sont pas non plus expressément prononcés sur la compatibilité de longs trajets en voiture avec l'état du genou du recourant. La Dresse I\_\_\_\_\_ semblait quant à elle considérer que tant le fait de monter sur les toits que la conduite durant de longues périodes étaient contre- indiqués dans son rapport du 31 décembre 2018. Partant, les éléments versés au dossier ne permettent pas de trancher le point de savoir si le recourant a recouvré sa capacité de travail en tant qu'agent commercial, eu égard à ces deux exigences particulières. Cette question peut toutefois rester ouverte en l'espèce, dès lors que la cessation du versement des indemnités journalières doit être confirmée pour un autre motif, soit la stabilisation de l'état de santé du recourant au 1er mai 2019. En effet, les médecins de la CRR pronostiquaient un délai de stabilisation d'un à deux mois lors du séjour du recourant en mars 2019. Or, leur rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante sur ce point, dès lors qu'il a été établi sur la base d'une anamnèse fouillée et de l'étude du dossier complet, qu'il recense les plaintes du recourant et que ses conclusions ont été émises à l'issue d'examen détaillés complétés par des radiographies. L'admission d'un état stabilisé au 1er mai 2019 est également conforme au pronostic de la Dresse I\_\_\_\_\_, qui exposait en avril 2018 que l'intervention - pratiquée en juillet 2018 - exigerait dans ses suites des séances de physiothérapie durant quatre mois. En l'absence de toute complication qui

A/3136/2019 - 17/19 - justifierait de revenir sur ce pronostic - la scintigraphie réalisée en juin 2019 ayant en particulier exclu une algoneurodystrophie - il n'existe aucun élément suscitant le doute sur cette conclusion. Aucun nouveau traitement permettant d'escompter une amélioration notable n'a du reste été mis en œuvre, ni même recommandé. Le traitement préconisé par le Dr L\_\_\_\_\_ consiste exclusivement en anti-inflammatoires et Controdulf®, soit un médicament visant le traitement symptomatique de l'arthrose (cf. <https://compendium.ch/product/17134-condrosulf-caps-400-mg/mpro>). Le Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas non plus suggéré d'autres options thérapeutiques. Le seul fait de recueillir l'avis d'un nouveau chirurgien orthopédiste ne peut être assimilé à un traitement permettant d'escompter une amélioration notable. Quant à la prescription d'antalgiques et à la poursuite de physiothérapie, elles ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé stabilisé, conformément à la jurisprudence. L'avis du Dr N\_\_\_\_\_, nullement motivé et antérieur au 30 avril 2019, ne permet pas non plus de considérer que l'état du recourant n'était pas stabilisé à cette date. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait non plus tirer argument du fait que l'intimée ait admis la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 avril 2019. Les nouvelles pièces produites par le recourant à l'appui de son écriture du 22 juillet n'amènent pas d'éclairage différent : les traitements recommandés ou administrés selon ces pièces consistent essentiellement en anti-douleurs, anti-inflammatoires ou séances de physiothérapie sous forme d'une méthode isocinétique, ce qui correspond largement aux recommandations thérapeutiques des médecins de la CRR, en particulier du Dr L\_\_\_\_\_. Il ne s'agit pas là d'options thérapeutiques visant une guérison, même partielle, mais uniquement de traitements symptomatiques. Ils ne démontrent ainsi pas que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé. Le fait que l'OAI n'ait pas statué sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation ne lui confère pas non plus un droit à la poursuite du versement d'indemnités journalières. En effet, conformément à l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint: dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. a); avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b); avec la fixation de la rente définitive (let. c). Ainsi, en toute hypothèse, si une incapacité de gain persistait au 1er mai 2019 et que des mesures de réadaptation devaient être mises en œuvre par l'OAI par la suite, le recourant pourrait uniquement prétendre à l'octroi d'une rente transitoire et non d'indemnités journalières.

A/3136/2019 - 18/19 - Compte tenu des éléments qui précèdent, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières au 1er mai 2019, et sa décision doit dès lors être confirmée. Il lui appartiendra toutefois de trancher le droit éventuel du recourant à une rente (transitoire) dès le 1er mai 2019 eu égard à l'incertitude qui persiste quant au caractère adapté de son activité habituelle. Dans ce contexte, l'intimée devra notamment compléter l'instruction au plan médical, afin de déterminer si la capacité de travail est complète en tant qu'agent commercial nonobstant l'obligation de monter sur les toits et la conduite prolongée. Dans la négative, elle devra procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant.

**E. 9**

Le recourant a requis son audition. Cette mesure d'instruction ne s'avère cependant pas indispensable eu égard aux motifs médicaux qui conduisent à la confirmation de la décision de l'intimée, liée à la stabilisation de son état de santé au 30 avril 2019. La chambre de céans n'y donnera ainsi pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). S'agissant de l'expertise requise dans sa dernière écriture, les pièces produites à son appui ne suffisent pas à mettre en doute la stabilisation de son état médical, seul élément déterminant dans la présente procédure. Il n'y a ainsi pas à donner suite à cette requête.

**E. 10**

Le recours est rejeté. L'intimée a conclu à l'octroi de dépens. Les assureurs sociaux n'ont toutefois pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), de sorte qu'il ne lui en sera pas alloué. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3136/2019 - 19/19 - 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.