

GE_GERICHTE ATAS/689/2025 vom 10. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_689_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/689/2025 du 10 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/689/2025 del 10 settembre 2025

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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2.1

L'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont

A/3010/2024 - 11/17 - identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

E. 2.2

En l'espèce, l'intimée fait valoir que le recourant ne s'est opposé que partiellement à la décision du 29 février 2024, en ce sens qu'il n'avait pas contesté l'appréciation médicale du Dr F_____ selon lequel sa situation médicale était stabilisée et qu'il présentait une pleine capacité de travailler dans une activité adaptée moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. La chambre de céans retient, sur la base de la jurisprudence précitée, que l'objet du litige est le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une IPAI de plus de 25%, ce qui correspond à ses conclusions expresses et à l'objet de la décision attaquée. Le fait que le recourant n'ait pas contesté la stabilisation de son état de santé, ni la capacité de travailler et les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée dans sa décision du 23 juillet 2024 ne peut lui être opposé, car il existe un rapport de connexité étroite entre ces

questions et son droit à une rente d'invalidité. En effet, selon 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 santé de l'assuré. De plus le taux d'invalidité dépend de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles (art. 16 LPGA). Ces questions ne peuvent être considérées comme décidées et entrées en force de chose jugée que lorsqu'il a été statué de manière définitive à son sujet par une décision entrée en force de chose jugée sur le rapport juridique litigieux, soit le droit à la rente d'invalidité dans son ensemble (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b p. 416 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_488/2008 consid. 4, in SVR 2009 IV n. 7 p. 13). Il en résulte que les questions de la stabilisation de l'état de santé du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail entrent dans l'objet du litige.

E. 3

Le droit du recourant à une rente d'invalidité sera examiné en premier lieu.

E. 3.1

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. al. 1 des 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

A/3010/2024 - 12/17 - légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3.2

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. 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 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 aLAA). 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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de

A/3010/2024 - 13/17 - plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon 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. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 3.3

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

A/3010/2024 - 14/17 - 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

E. 4

En l'espèce, le recourant conteste la décision sur opposition en tant que celle-ci se fonde sur l'appréciation médicale du 1er février 2024 du Dr F_____, qui avait sous-estimé, selon lui, ses limitations fonctionnelles consécutives à l'accident. Il faut examiner la valeur probante du rapport du Dr F_____.

E. 4.1

Celui-ci a retenu que le cas du recourant était stabilisé dans son appréciation du 1er février 2024. Il a prescrit un scanner pour vérifier la fusion ou non de l'arthrodèse, en précisant que même en cas de pseudarthrose, aucun traitement n'était susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant et que cela ne changerait rien, notamment pas la stabilisation du cas. Le scanner effectué à la demande du Dr F_____ le 7 février 2024 a mis en évidence un aspect de pseudarthrose essentiellement au secteur le plus caudal du montage chirurgical à hauteur de la sixième côte droite et de l'espace intercostal sus-jacent. Il s'agit là d'un fait nouveau puisque le Dr C_____ avait indiqué, le 21 janvier 2022, qu'un scanner avait montré une bonne prise de l'arthrodèse scapulo-thoracique et que la composante de pseudarthrose était actuellement résolue. Sur le plan orthopédique, il n'avait dès lors, selon lui, pas de gestes supplémentaires envisagés.

A/3010/2024 - 15/17 - Si le constat du Dr C_____ du 21 janvier 2022 établissait la stabilisation du cas du recourant, cette conclusion est remise en cause par les résultats du nouveau scanner du 7 février 2024. Il n'apparaît pas exclu qu'une nouvelle cure de pseudarthrose se justifie. Il est contestable que le Dr F_____ ait exclu toute incidence des résultats du scanner qu'il a lui-même ordonné, et donc estimé nécessaire, avant même de prendre connaissance des résultats du scanner, et sans le soumettre à l'appréciation du Dr C_____.

E. 4.2

Par ailleurs, le Dr F_____ a retenu que le diagnostic d'atteinte du nerf long thoracique était établi, sans discussion, alors qu'il ressort des pièces de la procédure que ce diagnostic était encore au stade des investigations, et qu'il n'avait pas pu être posé. En effet, le 5 juillet 2022, le Dr B_____ a indiqué que lors d'une réunion de cas complexes avec les Drs I_____ et C_____, il avait été décidé de demander une évaluation du nerf long thoracique à droite de l'assuré par l'équipe de la chirurgie de la main. Si ce nerf long thoracique droit voire d'autres nerfs périphériques étaient impliqués, un traitement devrait être mis en place par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Le 6 janvier 2023, la Dre K_____ a indiqué qu'en ce qui concernait la chirurgie de la main, elle n'avait pas de prise en charge à proposer à l'assuré. Elle proposait la réalisation par leur ergothérapeute d'une cartographie de la face postérieure de l'épaule de l'assuré et une réévaluation de son cas par l'équipe de la douleur chronique afin de voir si une nouvelle tentative par infiltration pourrait être effectuée. Elle ne se prononçait ainsi pas clairement sur ce diagnostic. Le 21 avril 2023, le Dr L_____ a noté qu'après consensus avec les intervenants (les Drs I_____ et C_____), ils recherchaient encore une compression – souffrance – par lésion du nerf long thoracique, bien que l'allodynie dépassait ce territoire, relevant que l'allodynie datait d'avant la première opération, mais qu'elle avait été aggravée par la suite. Il ajoutait que la douleur thoracique n'était pas prouvée car ce nerf était difficilement explorable. Les pièces au dossier ne permettaient ainsi pas au Dr F_____ de retenir le diagnostic d'atteinte du nerf long thoracique.

E. 4.3

Il faut encore constater que dans son rapport du 7 février 2024, le Dr F_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, se contentant de décrire les limitations fonctionnelles, alors que le gestionnaire du dossier lui avait demandé de se prononcer à ce sujet.

E. 4.4

En conclusion, le rapport du Dr F_____ est suffisamment remis en cause pour qu'il se justifie de faire procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise indépendante.

A/3010/2024 - 16/17 - Au vu de cette conclusion, il ne se justifie pas de traiter des autres griefs du recourant, en particulier la question du taux de l'atteinte à l'intégrité, qui devra être également soumise à l'expert.

E. 5

Le recours doit ainsi être partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, au sens des considérants et nouvelle décision. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/3010/2024 - 17/17 - 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.