

# **GE\_GERICHTE ATAS/699/2017 vom 22. August 2017**

GE Cour de justice, 2017-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_699\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_699_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/699/2017 du 22 août 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/699/2017 del 22 agosto 2017

## **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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

La décision de l'intimé porte uniquement sur le droit à la rente du recourant. C'est ici le lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). Partant, le litige porte en l'espèce uniquement sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur le point de savoir s'il a évolué depuis la décision de l'intimée du 9 août 2005. En revanche, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la prise en charge des traitements médicaux et l'allocation pour impotent auxquelles le recourant a conclu ne font pas l'objet de la décision querellée, de sorte qu'ils sont exorbitants au litige.

### **E. 5**

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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

A/65/2017 - 15/20 - 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).

#### **E. 6**

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon cette disposition. Une rente peut ainsi 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\_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.2).

#### **E. 7**

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3). Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a).

A/65/2017 - 16/20 - Pour être prise en considération dans le cadre d'une révision du droit à la rente, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2).

#### **E. 8**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. 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. 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). c. 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).

A/65/2017 - 17/20 - d. 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. 9**

Il convient en premier lieu d'examiner si, comme l'affirme le recourant, l'expertise permet de statuer sur son degré d'invalidité. Tel n'est pas le cas. Si l'expertise comprend tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence fédérale, puisqu'elle résume le dossier du recourant ainsi que son anamnèse, relate ses plaintes, décrit les constatations objectives

ressortant des examens cliniques et paracliniques et pose des diagnostics précis, il convient de relever ce qui suit au sujet de ses conclusions quant à la capacité de travail et de gain du recourant. Dans leur rapport, les experts ont fait état d'une incapacité de travail totale, en soulignant que cette appréciation portait sur l'activité d'électricien. Sur ce point, leur évaluation concorde avec celle du Dr D\_\_\_\_\_, qui avait conduit à l'octroi d'une rente partielle au recourant dès le 1er avril 2004. En revanche, contrairement à ce que le recourant allègue, ils n'ont nullement considéré que ce dernier était incapable de travailler même dans une activité adaptée. Le Dr L\_\_\_\_\_ et l'ergothérapeute ont en effet admis qu'un travail assis, comprenant peu de déplacements et de ports de charges, était possible, sans toutefois préciser si cette capacité s'entendait à un pourcentage réduit. Le Dr M\_\_\_\_\_ a également retenu « qu'il semblait » qu'une activité adaptée – qu'il n'a au demeurant pas définie – fût possible à 50 %, sans indiquer pour quels motifs le taux d'activité était limité ni sur quels éléments il se fondait. En conclusion à leur rapport, le Pr I\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_ ont déclaré admettre une capacité de travail dans une activité adaptée à « au moins » 50 %. Or, une telle évaluation n'est ni suffisamment précise, ni suffisamment motivée. De plus, les limitations fonctionnelles auxquelles se réfèrent les experts sont qualifiées d'anamnestiques, et on ignore ainsi si elles sont étayées par des constats objectifs. Enfin, les experts n'ont pas différencié entre la part de l'incapacité de travail dans une activité adaptée résultant des troubles en lien de causalité naturelle avec l'accident, dont répond l'intimée, et la part imputable aux problèmes du rachis et de l'épaule, qu'ils ont considérés sans rapport établi au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident.

A/65/2017 - 18/20 - Par ailleurs, il est impossible d'ignorer la contradiction majeure entre les conclusions des experts sur la capacité de travail telles qu'elles ressortent du rapport écrit et celles émises par le Pr I\_\_\_\_\_ lors de son audition. Ce dernier, après avoir d'abord repris les conclusions du rapport, les a dans un premier temps tempérées, en retenant que cette capacité pourrait être moindre en raison du manque d'endurance, avant d'affirmer que le recourant ne pouvait plus travailler en raison du syndrome douloureux, et ce même dans une activité adaptée. Au vu de leur manque de clarté et de leurs contradictions intrinsèques, ces déclarations ne sauraient être suivies. Il n'est du reste pas inutile de souligner que ce n'est pas le Pr I\_\_\_\_\_, mais le Dr J\_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré dans le cadre de l'expertise. Il est par ailleurs d'autant plus incompréhensible que l'expert revienne sur l'appréciation ressortant du rapport du 26 mai 2015 que les explications qu'il a données lors de son audition n'emportent pas la conviction. Il s'est en effet fondé sur les douleurs qui empêcheraient le recourant de travailler, même assis. Or, il ressort du rapport d'expertise que l'estimation de la capacité de travail dans une activité sédentaire se fonde notamment sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_, émise à l'issue d'épreuves fonctionnelles qui ne l'ont pas conduit à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée en raison de douleurs. En d'autres termes, la dernière estimation du Pr I\_\_\_\_\_ contraste avec les constatations objectives de son confrère. Enfin, s'agissant de l'incidence négative du manque d'endurance et du déconditionnement sur une reprise du travail, il convient de rappeler que le déconditionnement est en lien avec la problématique rachidienne, comme cela ressort des diagnostics posés. Partant, l'intimée n'aurait en toute hypothèse pas à en répondre, puisqu'il ne s'agit pas là d'une atteinte en lien de causalité naturelle avec l'accident. Compte tenu de ces éléments, l'expertise mise en œuvre par le Tribunal de première instance et l'audition du Pr I\_\_\_\_\_ ne permettent pas à la chambre de céans de statuer sur l'évolution de la capacité de travail et de gain du recourant, et de son degré d'invalidité. Cela étant, l'intimée a admis la survenance d'une aggravation de la chondropathie du genou gauche du recourant. Elle a

conclu au renvoi de la cause afin de déterminer l'incidence de cet élément sur le degré d'invalidité. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimée n'a pas examiné la capacité résiduelle de travail du recourant après la dégradation de l'état de son genou du point de vue médico-théorique, ni l'incidence économique de cette aggravation. Il lui appartiendra dès lors de recueillir les

A/65/2017 - 19/20 - éléments médicaux pertinents, avant de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité et de rendre une nouvelle décision. Compte tenu du renvoi à l'intimée, il ne sera pas fait droit à la requête du recourant tendant à l'apport de la cause pendante devant le Tribunal de première instance.

#### **E. 10**

Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis. Le recourant, qui est représenté, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'200.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/65/2017 - 20/20 - 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.