

GE_GERICHTE ATAS/763/2018 vom 3. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_763_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/763/2018 du 3 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/763/2018 del 3 settembre 2018

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

A/473/2018 - 13/18 - 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 force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le recours, déposé dans les délais et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige, tel que circonscrit par la décision litigieuse, porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1er décembre 2017.

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. 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), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le dommage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_867/2014 du 28 décembre 2015 consid. 4.2).

E. 6

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

A/473/2018 - 14/18 - 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. 7

a) Pour trancher le droit aux prestations 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne

A/473/2018 - 15/18 - suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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). 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. 8

Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction

A/473/2018 - 16/18 - (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

E. 9

En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur l'expertise du Dr F_____, laquelle n'a pas été diligentée dans le respect des exigences rappelées ci-dessus en matière de droit d'être entendu, puisque le recourant n'a pas été invité à se déterminer sur l'expert choisi et les questions qui lui seraient soumises. Conformément à la jurisprudence et à la doctrine citées, ce seul élément suffit à justifier l'annulation de la décision et le renvoi à l'intimée. Par surabondance, il convient de souligner l'expertise du Dr F_____ ne satisfait pas entièrement les réquisits jurisprudentiels permettant d'accorder une pleine force probante aux rapports médicaux. Au plan formel, il semble que ce médecin n'ait pas eu accès à l'intégralité du dossier, comme cela ressort des explications du Dr E_____. Partant, l'expert orthopédiste n'a pu établir ses conclusions en parfaite connaissance du dossier. Force est en outre de constater qu'il ne s'est pas déterminé sur l'échec de la reprise professionnelle, alors qu'il s'agit d'un aspect essentiel de l'évaluation de la capacité de gain, en particulier eu égard au fait qu'aucun défaut de collaboration n'a été reproché au recourant dont la motivation et les efforts ont été soulignés par plusieurs intervenants. Le rapport de l'expert est en outre émaillé de formulations hypothétiques, lesquelles ne permettent pas d'admettre le caractère probant des conclusions qu'elles fondent. Le Dr F_____ a ainsi évoqué la possible existence de discopathies, qui pourraient expliquer les douleurs du recourant, apparemment sans être en mesure de la vérifier. Compte tenu de l'incidence capitale de cet élément dans l'appréciation de la capacité de gain du recourant, on ne peut se satisfaire d'une simple hypothèse, qui paraît du reste en contradiction avec le fait que ces pathologies figurent dans les diagnostics retenus par l'expert. Le fait que l'assurance-accidents ne réponde en règle générale pas de discopathies d'origine dégénérative, faute de lien de causalité naturelle avec l'événement assuré, ne permet pas à un expert d'éluder l'analyse des répercussions de telles pathologies, fût-ce au titre de facteurs étrangers à l'accident. Le Dr F_____ a en outre retenu « très vraisemblablement » une capacité de travail « de l'ordre de deux tiers », en précisant que l'activité d'informaticien était « a priori » compatible avec les limitations fonctionnelles. Ainsi formulées, les conclusions du Dr F_____ ne sont pas suffisamment précises pour retenir que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Elles ne sont par ailleurs guère motivées. De plus, le rapport du Dr E_____ et les critiques qu'il émet à l'encontre de l'expertise du Dr F_____ suscitent également des doutes suffisants pour nier sa valeur probante. Il convient toutefois de préciser dans ce cadre que contrairement à ce que le Dr E_____ a affirmé, la date du bilan des capacités fonctionnelles mentionnée par l'expert est correcte.

A/473/2018 - 17/18 - Enfin, contrairement à ce que l'intimée allègue, il paraît essentiel, au vu de la nature particulière de la lésion du recourant et des circonstances, que l'expert appelé à trancher la question de sa capacité de gain soit un spécialiste de la mécanique de la colonne vertébrale. Au demeurant, il paraît incertain au vu des propositions thérapeutiques émanant tant de l'expert que du Dr D_____ que l'état de l'assuré soit stabilisé dans une mesure permettant de mettre un terme au versement des indemnités journalières et de calculer le degré d'invalidité du recourant – ce que l'intimée semble du reste admettre, à tout le moins partiellement. Il appartiendra à l'expert qui sera désigné de se prononcer également sur ce point.

E. 10

Au vu des éléments qui précèdent, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise conformément aux

exigences jurisprudentielles et nouvelle décision. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/473/2018 - 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.