

GE_GERICHTE ATAS/79/2019 vom 31. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_79_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/79/2019 du 31 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/79/2019 del 31 gennaio 2019

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (à l'exception des conclusions relevées au consid. 3 ci-dessous), en vertu des art. 56 ss LPGA, compte tenu de la période de suspension des délais courant du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

E. 3

Il convient au préalable de déterminer l'objet du litige. a. Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). b. 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état

A/2153/2017 - 12/20 - de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). c. En l'espèce, la décision attaquée confirme la décision du 7 mars

2016 qui maintient, suite à la rechute annoncée en septembre 2015, le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA au taux de 12%. Ainsi, seul le degré d'incapacité de gain fait partie du litige soumis à la chambre de céans. Le recourant a pris de nombreuses conclusions excédant l'objet du litige tel que défini par la décision querellée et rappelé ci-dessus. On notera que la conclusion tendant à l'octroi d'une rente transitoire à compter du 30 juin 2014, prévue à l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ■ RS 832.202), est devenue sans objet, dès lors que le recourant perçoit une rente d'invalidité LAA, fondée sur un taux d'incapacité de gain de 12%, depuis le 1er juillet 2014. S'agissant de la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières versées jusqu'au 30 juin 2014, il y a lieu de relever que celles-ci ont été allouées jusqu'au versement de la rente d'invalidité précitée sur la base de simples décomptes selon la procédure dite simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA (Valérie DÉFAGO GAUDIN, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 1 ad art. 51 LPGA). En l'absence d'une décision formelle demandée par le recourant, lesdits décomptes sont entrés en force et déploient leurs effets au même titre qu'une décision (cf. DÉFAGO GAUDIN, op cit., n. 2 ad art. 51 LPGA). Il s'ensuit que cette conclusion a trait à la reconsidération d'une décision entrée en force. Or, selon la jurisprudence, si l'administration peut en tout temps revenir sur une décision formellement passée en force (aux conditions posées la jurisprudence: voir ATF 127 V 469 consid. 2c et les références), le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer pareille décision (cf. ATF 119 V 479 consid. 1b/cc ; 117 V 12 consid. 2a). En outre, compte tenu du fait que l'intimée ne s'est pas exprimée à ce sujet dans le cadre de la présente procédure (le recourant n'ayant du reste à aucun moment adressé une demande de reconsidération à l'intimée), l'objet du litige ne peut être étendu au montant desdites indemnités journalières. Cette conclusion doit dès lors être déclarée irrecevable. Pour les mêmes motifs, la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières perçues du 4 septembre 2015 au 31 mars 2017 doit également être déclarée irrecevable. Bien que celles-ci aient fait l'objet d'une contestation, suite à laquelle l'intimée a rendu la décision du 4 avril 2016, cette dernière est entrée en force, puisque le recourant n'a pas formé opposition (art. 52 al. 1 LPGA). Or, la procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours subséquente. À défaut d'une décision susceptible de recours, à savoir une décision sur opposition, le juge

A/2153/2017 - 13/20 - n'est pas autorisé à se saisir de l'affaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 63/06 du 14 mars 2007 consid. 4.2.1). Quant à la conclusion tendant au réexamen du montant des indemnités journalières perçues depuis le 23 novembre 2018, suite à la rechute annoncée en novembre 2018, elle sera également déclarée irrecevable, car elle est prématurée. Comme on le verra ci-après, cette rechute fait l'objet d'une instruction distincte et à ce stade le recourant n'a pas contesté les décomptes d'indemnités journalières y afférents. L'intimée n'a donc pas rendu de décision pouvant faire l'objet d'une opposition. En définitive, le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, octroyée au recourant depuis le 1er juillet 2014, suite à la rechute annoncée en septembre 2015.

E. 4

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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 5

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, 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. Il sied de préciser que la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance- invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d). 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).

E. 6

Selon l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est,

A/2153/2017 - 14/20 - d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre 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 examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 1008 consid. 5.4).

E. 7

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu

de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 importe 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

A/2153/2017 - 15/20 - 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 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). 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 8

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF

126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 9

a. En l'espèce, il convient d'examiner si une modification de l'état de santé du recourant justifiant une révision du taux de sa rente d'invalidité s'est produite. Pour ce faire, il y a lieu de comparer l'état de fait prévalant lors de la dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision sur opposition du 29 septembre 2015, qui a été confirmée par la chambre de céans (ATAS/668/2016 du 25 août 2016), avec la situation existant au moment de la décision litigieuse du 19 avril 2017.

A/2153/2017 - 16/20 - b. À l'appui de sa décision du 29 septembre 2015, l'intimée s'est basée sur le rapport final du Dr J_____ du 28 février 2013 pour arrêter le degré d'invalidité à 12%, rapport dont la valeur probante a été reconnue par la chambre de céans par arrêt ATAS/145/2015 du 25 février 2015, lequel n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, de sorte qu'il est définitif. Il ressort de ce rapport que le recourant, qui ne peut plus exercer son activité habituelle de maçon (suite à l'accident dont il a été victime le 1er février 2011 ayant provoqué une atteinte à son épaule gauche), pourrait effectuer un travail adapté à plein temps ne sollicitant pas le bras gauche au-dessus de l'horizontale ni le port de charges supérieures à 10 kg. Au demeurant, on relèvera que, suite à l'opération réalisée le 8 février 2012, le Dr H_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, avait examiné le recourant le 31 juillet 2012, et était parvenu, déjà à ce moment, à une conclusion sensiblement identique (soit une capacité de travail résiduelle dans une activité ne requérant ni manutention de charges dépassant les 5 kg ni élévation du bras au-dessus de l'horizontale). c. La décision litigieuse, quant à elle, se fonde sur le rapport du Dr L_____ du 25 janvier 2017, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui considère que le recourant, inapte à exercer son activité habituelle, pourrait exercer un travail adapté à plein temps moyennant un port de charges ponctuel et limité à 5 kg du côté gauche, en évitant les mouvements de rotation répétés de l'épaule gauche et les gestes en hauteur. Cette décision a été prise suite à la rechute annoncée formellement par le recourant en septembre 2015. Il ressort des rapports médicaux se rapportant à cette rechute que l'épaule gauche du recourant présentait des fissurations de la face profonde associées à un amincissement de l'insertion distale du tendon du muscle supra-spinatus et à une dissection lamellaire du tendon infra-spinatus sans composante transfixiante ni opacification de la bourse sous-acromio-détoïdienne, une omarthrose débutante associée à une intégrité du complexe labro-ligamentaire ainsi qu'une arthropathie débutante de l'interligne acromio-claviculaire (cf. arthroscanner de l'épaule gauche du 21 juillet 2015). Se référant à cet examen, dans son rapport du 4 septembre 2014, le Dr G_____, médecin traitant, a fait état de douleurs importantes, mais relevé que, cliniquement, les mobilités étaient bonnes et la coiffe compétente. Si l'arthro-IRM montrait un amincissement des tendons, il n'existait en revanche pas de rupture itérative. Dans son rapport du 5 novembre 2015, la CRR, qui a notamment pris en compte les résultats de l'arthroscanner du 21 juillet 2015, a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans travail prolongé au-dessus du plan des épaules, sans port de charges lourdes et moyennes de manière répétée et sans travail prolongé avec les bras en porte-à-faux. La CRR a relevé que, lors des ateliers professionnels, le recourant avait pu effectuer des activités légères (5-10 kg) avec une vitesse de travail dans la norme. Les résultats réalisés au cours de l'évaluation

des capacités fonctionnelles révélaiet que le recourant sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Dans son rapport du 15 janvier 2016,

A/2153/2017 - 17/20 - le Dr G_____ a, bien qu'il ait retenu un syndrome douloureux chronique à l'effort résiduel, considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir une limitation faible des amplitudes articulaires de 160° en élévation et abduction, 60° en rotation externe coude au corps et huitième vertèbre dorsale en rotation interne). Au vu de l'arthroscanner de l'épaule gauche réalisée le 14 mars 2016, mettant en évidence une lésion transfixiante du tendon supra-épineux et une minuscule lésion partielle de l'infra-épineux, le médecin traitant a effectué ensuite, le 15 juin 2016, une arthroscopie, une excision de l'insertion distale du sus-épineux, une acromioplastie antéro-externe et une résection du centimètre distal de la clavicule. L'appréciation du Dr L_____ du 25 janvier 2017 repose sur l'examen personnel du recourant, sur son dossier médical, y compris son dossier radiologique (le médecin d'arrondissement a résumé les rapports médicaux susvisés) et prend en considération les plaintes du recourant. Il y a par conséquent lieu d'accorder une pleine valeur probante à ladite appréciation, ce d'autant plus que l'échographie de l'épaule gauche du 12 janvier 2017 conclut à l'absence de déchirure transfixiante significative, et que, dans son rapport du 11 avril 2017, le Dr G_____, qui a rappelé qu'un amincissement des tissus avait été excisé et suturé lors de l'opération en juin 2016, a souligné que la nouvelle échographie ne montrait pas de récurrence de rupture. En outre, le fait que l'examen effectué par le Dr L_____ fût court, selon le recourant, n'est pas de nature à justifier que l'on s'écarte de son appréciation, puisque la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2). Celles-ci ne sauraient en effet être proportionnelles au temps consacré, dès lors que le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais qu'il consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du Tribunal fédéral I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Au vu de ces éléments, c'est à tort que le recourant focalise son argumentation sur l'appréciation du Dr J_____ du 28 février 2013 pour contester que son état de santé était stabilisé à ce moment. Outre le fait que, par arrêt ATAS/145/2015 du 25 février 2015 ■ devenu définitif, celui-ci n'ayant pas été remis en cause ■, la chambre de céans avait accordé pleine valeur probante au rapport du Dr J_____, on relèvera que, contrairement aux allégations du recourant, les rapports médicaux relatifs à la rechute annoncée en septembre 2015 ■ objet du présent litige ■, concluent, après l'opération de juin 2016, à l'absence de déchirure. Aussi les rapports de la Dresse K_____, médecin traitant, des 24 octobre 2018 et

E. 10

Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté.

E. 11

Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), la chambre de céans renonce à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise, requises par le recourant. Il sied de relever à cet égard que les dires du recourant doivent être étayés par des documents médicaux (rapport des médecins, examens radiologiques etc.), de sorte qu'on ne voit pas en quoi son audition permettrait de compléter l'instruction, les faits étant connus et les pièces médicales figurant dans le

dossier. Le recourant a enfin eu à maintes reprises l'occasion de s'exprimer par écrit.

E. 12

Quand bien même l'intimée obtient gain de cause, elle conclut à tort à l'octroi de dépens, dès lors qu'elle n'est pas représentée par un avocat indépendant.

E. 13

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2153/2017 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.