

## **GE\_GERICHTE ATAS/7/2018 vom 8. Januar 2018**

GE Cour de justice, 2018-01-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_7\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_7_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/7/2018 du 8 janvier 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/7/2018 del 8 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

Le principe du renvoi du dossier à l'intimée, pour complément d'instruction étant acquis, il y a lieu de fixer un cadre au sens du renvoi ainsi prononcé, en fonction du résultat de l'examen des griefs formulés par le recourant. Ainsi : a. En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant, des suites de l'accident du 18 octobre 2010, il convient d'observer que la décision entreprise ne se fonde, en ce qui concerne les troubles psychiques, pour l'essentiel que sur un rapport médical succinct du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 10 novembre 2014, indiquant que l'assuré avait développé, suite à l'accident susmentionné, un état de stress post-traumatique. Mais l'intimé avait en définitive laissé ouverte la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques, dans la mesure où elle aboutissait à la conclusion que le lien de causalité adéquate devait être nié: si la classification de l'accident en cause ne fait pas l'objet de contestation entre les parties, - toutes deux admettant qu'il faut considérer celui-ci comme étant de gravité moyenne, dans ce cas, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, trois critères sur les sept retenus par la jurisprudence doivent être réunis pour que l'on puisse admettre un lien de causalité adéquate. C'est précisément cet aspect qui divise les parties. Au moment de rendre sa décision sur opposition (du 18 novembre 2016) l'intimée a considéré que le critère des douleurs persistantes pourrait être retenu, voire éventuellement aussi celui de la durée de l'incapacité de travail, considérant, pour l'un et pour l'autre de ces critères, que l'on ne pouvait admettre une intensité particulière, de sorte que ces deux critères ne pouvaient pas à eux seuls emporter la causalité adéquate. Quant au recourant, il considère que quatre critères au moins sont réunis; mais force est de constater qu'au-delà de cette simple affirmation (recours page 18 § 4), le recourant n'en évoque tout au plus que trois (les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant, les douleurs physiques persistantes et enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques). Le recourant a toutefois produit un certain nombre de documents médicaux dont l'intimée n'avait pas connaissance, respectivement n'avait pas pris en compte, au stade de la décision sur opposition. C'est en particulier le cas du témoignage du Dr E\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure de recours AI (14 mars 2016) et son rapport complémentaire (18 mars 2016) adressé à la chambre de céans, ainsi que les avis médicaux des 25 avril et 17 mai 2016 du SMR prenant en compte non seulement l'avis du psychiatre, mais également celui de la Dresse G\_\_\_\_\_, interniste et rhumatologue traitante du recourant. Or, c'est notamment sur ces bases que la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée dans son appréciation chirurgicale du 23 février 2017, a considéré que la SUVA n'était pas en mesure, en l'état du dossier, de statuer sur la capacité de travail du recourant, sans la mise sur pied d'une instruction complémentaire. La chambre de céans

A/69/2017 - 30/34 - observe que le psychiatre traitant a retenu l'existence persistante d'un syndrome de stress post-traumatique, décrivant les réminiscences, souvenirs et cauchemars qui doivent être présents pour que l'on puisse admettre l'existence de ce syndrome. Le médecin a mentionné notamment les phénomènes de flash-back revenant fréquemment et actuellement encore, - le recourant se revoyant pris entre le wagon et la barrière, sa jambe déchirée par la poignée de la porte, et devant alors se jeter de côté pour éviter que la roue du wagon ne lui passe dessus, et évoquant également ses « blessures en étoile »; ce qui était significatif, pour le psychiatre traitant, pour expliquer les autres symptômes liés au syndrome post-traumatique, soit la fatigue, le sentiment dépressif, l'anxiété et la peur, le retrait social, la perte de plaisir, la méfiance, la perte d'initiative... Le psychiatre a également expliqué comment, en présence de ces mêmes symptômes, on distingue la dépression grave du syndrome post-traumatique. Il a également décrit de façon précise - et posé le diagnostic y relatif - de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0), constatations d'ailleurs confirmées, en ce qui concerne ce dernier diagnostic, par le témoignage de la fille du recourant, devant la chambre de céans (1er février 2016). A ces éléments s'ajoute l'audition de la Dresse G\_\_\_\_\_, devant la chambre de céans, dans le cadre de la présente procédure. Ce médecin a confirmé que l'état de son patient s'était péjoré depuis trois ans: il est plus raide, il a plus de douleurs musculaires et plus de rétractions musculaires pendant l'examen, et moins de force dans le membre inférieur gauche. Il travaille toujours à L\_\_\_\_\_, théoriquement à 50 %, mais en pratique elle est obligée de le mettre en arrêt de travail tous les deux mois environ, car les douleurs sont devenues insupportables. Elle aboutit à un taux effectif de travail d'environ 34% sur les deux dernières années environ (204 jours d'incapacité de travail sur 636 jours) : son patient n'arrive plus à marcher comme avant; il marche beaucoup plus lentement, doit s'arrêter plus fréquemment. En janvier 2014, lors des examens de l'époque, il pouvait marcher pendant trois heures, même si c'était déjà difficile à supporter à ce moment-là ; à l'heure actuelle il doit s'arrêter au bout d'une demi-heure. Les raideurs et limitations consécutives à celles-ci sont de plus en plus importantes: elles sont objectivables et elle a d'ailleurs mesuré celle-ci, tenant à disposition les résultats auxquels elle est parvenue. Il y aura lieu, à ce sujet, que l'intimée, respectivement son service médical, sollicite au besoin ces éléments complémentaires du médecin traitant, dans le cadre du complément d'instruction médicale auquel il devra procéder. Enfin, l'intimé devra également prendre en considération les avis médicaux du SMR, en ce qui concerne les conclusions auxquelles ce service médical est parvenu. En dépit du fait que certains critères d'appréciation ne sont pas les mêmes dans le cadre de l'assurance-invalidité et dans le cadre de l'assurance-accidents, tel étant notamment le cas des incidences éventuelles des aspects dégénératifs (par exemple la gonarthrose gauche récemment apparue - dont la Dresse G\_\_\_\_\_ ne pense pas que ce diagnostic puisse être mis en lien avec la situation algique ou hyper-algique

A/69/2017 - 31/34 - de la jambe gauche -) ; les conclusions du SMR ne devraient pas être très différentes de celles que devra retenir l'intimée: en effet, le SMR n'évoque pas la gonarthrose, apparemment d'apparition plus récente, et considère que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques est acquise depuis le mois de mai 2011. b. En ce qui concerne le calcul du taux d'invalidité, une fois déterminée la capacité résiduelle de travail, l'intimée devra procéder à un nouveau calcul. A cet égard, elle devra se fonder sur les principes rappelés ci-dessus (consid. 14), aux termes desquels, selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu

effectivement réalisé, que la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La chambre de céans considère, comme le soutient le recourant, que le revenu avec invalidité devra en effet se fonder, non pas sur les salaires statistiques de l'enquête suisse sur les salaires (ESS), mais sur la base de l'activité de réviseur de relais qu'il exerce à 50 %, de façon stable, depuis qu'il a pu reprendre une activité après l'accident, cette activité de réviseur étant considérée comme la mieux adaptée à sa situation actuelle et, comme le rappelle le recourant, qui ne contient aucun élément de salaire social. Le poste qu'il occupe actuellement représente un salaire annuel à 100 % de CHF 65'498.- qui, réduit à 50 %, s'élève à CHF 32'749.-. C'est donc sur cette base (sous réserve d'un pourcentage différent retenu par l'intimée après instruction complémentaire) que devrait s'établir la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 89'232.-), et avec invalidité (CHF 32'749.-). c. S'agissant enfin du taux servant de base à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), celui-ci devra être recalculé par l'intimée, après le complément d'instruction. Ce taux devra prendre en compte l'atteinte psychique évoquée ci-dessus, conformément aux principes dégagés par la jurisprudence (notamment ATF 124 V 209 consid. 4b, ATF 124 V 29) et, sur les éléments ressortant de l'avis du psychiatre traitant, le Dr E\_\_\_\_\_, ce qui a été relevé précédemment valant également pour ce qui est de l'établissement du taux servant de base à la fixation de l'IPAI. Il découle en effet des explications du psychiatre traitant que l'on doit considérer les atteintes psychiques dont le recourant est affecté, comme des atteintes durables dont on doit s'attendre qu'elles persistent pour toute sa vie. La fixation de ce taux devrait également tenir compte des principes rappelés ci-dessus (consid. 15), en ce qui concerne en particulier le rappel des règles à observer en cas de pluralité d'atteintes, ou si celle(s)-ci ne figure(nt) pas sur la liste des tables, de procéder par analogie avec les rubriques existantes dans les tables spécifiques, tenant compte de la gravité de l'atteinte.

A/69/2017 - 32/34 - La décision entreprise relève que, selon l'estimation du Dr H\_\_\_\_\_ du 23 avril 2013, et l'appréciation médicale du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2015, observant que le Dr H\_\_\_\_\_, tenait compte d'une cicatrice avec des séquelles à type d'allodynie ainsi que le taux de 5 % selon la table n° 18 pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions de la peau, était adapté aux séquelles rencontrées par l'assuré; l'intimée avait donc retenu ce taux, relevant qu'aucun avis divergent médicalement motivé ne mettait en doute l'avis des médecins d'arrondissement fondé sur le seul dommage organique important et durable résultant de l'accident assuré. Force est toutefois de retenir les explications convaincantes de la Dresse G\_\_\_\_\_; selon ce médecin, les raideurs et les limitations consécutives à celles-ci sont de plus en plus importantes. Les douleurs ressenties par son patient sont d'origine nerveuse : elle explique que la plaie subie à la jambe gauche a été très profonde et surtout délabrante, ce qui a provoqué une cicatrisation anarchique, faite d'entremêlements de muscles et de fibres. Ainsi la nature de la cicatrice provoque, quasiment chaque fois que le patient produit le moindre effort, des tiraillements et dans cette mesure, des douleurs musculaires et nerveuses, décrites dans de précédents rapports et autres documents médicaux du dossier. Lié à cela, le testing de la force est beaucoup plus douloureux et la force moins bien tenue qu'il y a trois ans, car ses douleurs le font lâcher plus tôt. Le peu de force qu'il arrive à mettre, en plus, avant de lâcher, est faible. On la situe au 4/5 de la force normale. Il y a trois ans il tenait la résistance un petit moment, mais aujourd'hui il ne la tient pratiquement plus; ceci étant variable d'un muscle à l'autre, étant précisé que l'on a

aujourd'hui plus de muscles faibles qu'il y a trois ans. Il convient d'observer que d'une part les explications détaillées de la Dresse G \_\_\_\_\_ n'ont pas encore été portées à la connaissance du service médical de l'intimée. D'autre part, selon les explications de cette dernière, les séquelles actuelles et durables du recourant, au membre inférieur gauche en particulier, ne tiennent pas seulement aux douleurs de type allodynique au niveau de la peau, à l'endroit de la cicatrice (fondement de l'appréciation médicale des médecins d'arrondissement de l'intimée et de l'évaluation de l'IPAI de 5 %, rappelé ci-dessus), mais bien plutôt d'une atteinte beaucoup plus importante, résultant précisément de cette cicatrisation anarchique ayant provoqué des enchevêtrements de muscles et de fibres, avec les conséquences décrites ci-dessus. A quoi s'ajoute l'impossibilité de résoudre cette situation par la chirurgie, sauf à risquer de provoquer des dégâts plus conséquents encore, comme elle le décrivait dans un précédent rapport, du 27 janvier 2016. Certes, le Dr K \_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé sur ce rapport (voir à ce sujet l'évaluation de la Dresse I \_\_\_\_\_ du 28 février 2017 p. 8). Il n'empêche que cette dernière, invitée à se prononcer sur cette question, en février 2017, reprenant les considérations du Dr K \_\_\_\_\_, a remarqué que, dans le cas présent, il ne s'agissait pas d'une plaie réalisée par un chirurgien, mais d'une plaie traumatique profonde allant jusqu'à l'os, s'accompagne de pertes musculaires, s'étant compliquées de douleurs de type allodynique. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la question du taux de l'IPAI comme cela lui était demandé, mais elle a conclu sur ce point que « nous (SUVA) ne sommes pas en

A/69/2017 - 33/34 - droit de minimiser les plaintes de (l'assuré) ». Or, dans la mesure où les explications du médecin traitant, entendu lors des enquêtes, vont plus loin que la description de simples douleurs allodyniques, la chambre de céans considère que l'intimée, aux termes de l'instruction complémentaire, devra réexaminer l'évaluation du taux de l'IPAI, comprenant également pour base la table 2 régissant l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, appliquée par analogie.

#### **E. 20**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 18 novembre 2016 sera annulée. La cause est ainsi renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède au complément d'instruction sur le plan médical, au sens de ce qui précède, avant de rendre une nouvelle décision.

#### **E. 21**

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 22**

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

A/69/2017 - 34/34 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :