

GE_GERICHTE ATAS/822/2020 vom 30. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_822_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/822/2020 du 30 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/822/2020 del 30 settembre 2020

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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant au versement de l'indemnité journalière par l'intimée jusqu'au 21 octobre 2019 inclus.

E. 5

a. 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. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b. 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 5).

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA).

E. 6

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). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou

A/4555/2019 - 10/16 - 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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 dans l'assurance sociale. 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 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 7

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3).

A/4555/2019 - 11/16 - En vertu de l'art. 6 phr. 1 LPGa, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Est déterminante pour la fixation du degré d'incapacité de travail non l'estimation médico-théorique mais la limitation, dans la profession de l'assuré, résultant réellement de l'empêchement (ATF 111 V 239).

Selon l'art. 6 phr. 2 LPGA, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le taux d'incapacité de travail s'apprécie alors sur l'ensemble du marché du travail, compte tenu, cas échéant, d'une période d'adaptation. L'assuré qui s'abstient d'utiliser sa capacité résiduelle, alors qu'il a l'obligation d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à sa santé, et juger sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il mettait de la bonne volonté (ATF 115 V 133; RAMA 1987 394).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt 8C_861/2008).

A/4555/2019 - 12/16 -

E. 8

L'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales dans la conduite de la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Malgré ce qui précède, il n'est pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve et doit veiller à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (Jacques Olivier PIGUET in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 10 ad art. 43 LPGA). Le

devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (second opinion) sur les faits déjà établis par une expertise lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1). Notre Haute Cour a du reste précisé que la mise en œuvre d'une deuxième expertise qui n'est pas indispensable peut relever d'un retard injustifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3.).

E. 9

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 (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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR

A/4555/2019 - 13/16 - 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 10

a. En l'espèce, l'intimée a reconnu un droit à l'indemnité journalière au recourant jusqu'au 30 avril 2018, en application des art. 10 al. 1 et 16 al. 1 LAA, dès lors que celui-ci a été totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de son accident du 8 août 2017. b. Il convient d'examiner l'extinction du droit à l'indemnité journalière du recourant sous l'angle de l'art. 16 al. 2 LAA, en prenant en compte la date à laquelle il a recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité telle qu'elle était avant l'accident et non telle qu'elle pourrait être sur le plan médico-théorique dans une activité adaptée. On ne

se trouve en effet pas dans le cas de l'art. 6 al. 2 LPGA, qui permet, en cas d'incapacité de travail de longue durée, d'exiger de l'assuré une activité relevant d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité, dès lors que l'incapacité de travail n'a pas été durable, le recourant ayant repris son ancienne activité à plein temps le 22 octobre 2019, soit un peu plus de deux ans après l'accident. c. Il convient de déterminer quelle était l'activité du recourant avant son accident. Dans son rapport du 18 juin 2018, le Dr E_____ a indiqué, sous anamnèse professionnelle, que le recourant s'occupait surtout du bar et travaillait comme serveur. Dans son rapport du 30 octobre 2018, le Dr F_____ a indiqué que le recourant avait repris son travail de barman avec de fortes difficultés, notamment lorsqu'il devait déplacer des meubles, des tabourets et installer sa terrasse ou changer des fûts de bière. Le recourant a indiqué à la chambre de céans que son travail était essentiellement dans le service et qu'il devait, dans ce cadre, porter des lourdes charges. Au vu des rapports précités, on peut retenir comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'activité de serveur constituait l'essentiel des tâches du recourant avant son accident. Le Dr H_____ a uniquement mentionné dans son rapport d'expertise, sous anamnèse professionnelle, que l'assuré était tenancier d'une salle de jeux depuis le 1er novembre 2005. Il a précisé, dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail et sur la base de la description du poste de travail figurant au dossier, qu'en tant que tenancier de salle de jeux, la direction du personnel occupait de 34 à 66% du temps de travail du recourant, que le travail se faisait en équipe avec l'aide de

A/4555/2019 - 14/16 - trois collaborateurs et que le port de charges pouvait être attribué au personnel du recourant. Le Dr H_____ s'en est ainsi tenu au descriptif des activités du recourant, sans questionner le recourant à ce sujet. Son rapport ne remet pas en cause la conclusion selon laquelle le recourant exerçait avant son accident essentiellement une activité de serveur, plus physique qu'administrative. d. On ne peut reprocher à l'intimé d'avoir fait procéder à un nouvel examen du recourant par le Dr H_____, car celui-ci était nécessaire pour déterminer sa capacité de travail actualisée, même si on peut s'étonner qu'il n'ait pas simplement demandé un complément d'expertise au Dr E_____, dont l'expertise n'apparaît pas critiquable, ce qui aurait permis de gagner du temps. e. Les conclusions du Dr H_____ reposent toutefois sur une anamnèse lacunaire sur l'activité habituelle du recourant, point qui était pourtant déterminant pour fixer la capacité de travail de celui-ci. De plus, le Dr H_____ a fixé la capacité de travail résiduelle du recourant en tenant compte d'une activité exigible, à savoir une activité sans ports de charges, soit une activité qui ne correspondait pas à celle qu'il exerçait avant son accident. Son appréciation de la capacité de travail n'est donc pas pertinente dans le cadre de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque s'agissant d'une incapacité de travail qui n'est pas durable, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une activité exigible dans un autre domaine d'activité au sens de l'art. 6 phr. 2 LPGA. En conséquence, l'expertise du Dr H_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. f. Le Dr E_____ a, quant à lui, pris en compte l'activité réellement exercée par le recourant, de sorte que ses conclusions sont convaincantes. Cela étant, elles ne permettent pas de dire jusqu'à quand le recourant a été incapable de travailler. g. Il y a lieu de se fonder pour répondre à cette question sur l'appréciation des médecins des HUG qui ont suivi le cas du recourant, lesquelles ne sont pas remises en cause par une appréciation médicale probante. Ainsi, il sera retenu que le recourant a été capable de travailler à 25% jusqu'au 21 octobre, puis à 100% depuis lors, conformément aux certificats médicaux établis par le Dr G_____ les 7 janvier, 7 mars, 8 avril, 16 mai et 20 juin et 21 octobre 2019. Il en résulte que le recourant a droit au versement des indemnités journalières

jusqu'au 21 octobre 2019 inclus.

E. 11

Le recours doit ainsi être admis et la décision querellée réformée dans le sens précité.

E. 12

Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

E. 13

La procédure est gratuite.

A/4555/2019 - 15/16 -

A/4555/2019 - 16/16 -

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.