

# **GE\_GERICHTE ATAS/833/2020 vom 6. Oktober 2020**

GE Cour de justice, 2020-10-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_833\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_833_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/833/2020 del 6 ottobre 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant au 7ème jour après Pâques inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA ; art. 89B et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement

A/1869/2019 - 15/22 - attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son degré d'invalidité. En revanche, le recourant ne conteste plus, au stade du recours, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée (10 %).

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec

l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

#### **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). 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 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 (art. 19 al. 1 LAA).

#### **E. 7**

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

A/1869/2019 - 16/22 - peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

#### **E. 8**

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). 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). 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).

#### **E. 9**

Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du

#### **E. 14**

juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur

A/1869/2019 - 17/22 - l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 10. 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). Il n'existe 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). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire

A/1869/2019 - 18/22 - (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 11. En l'espèce, la décision attaquée retient que l'assuré ne peut plus travailler comme staffeur, mais qu'il est pleinement capable d'exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité inférieur à 10 %, partant insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Cette décision repose sur le rapport établi le 17 octobre 2018 par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr N\_\_\_\_\_. Après avoir retenu les diagnostics de luxation antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique. À cet égard, le Dr N\_\_\_\_\_ a jugé douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 % comme plâtrier, en raison de ses limitations fonctionnelles. En revanche, il a estimé qu'une activité à temps complet « pourrait » être exigible, moyennant le respect de limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, dans une profession permettant d'alterner les positions assise/debout, de changer régulièrement de positions et d'éviter les montées répétées de pentes ou d'escaliers, ainsi que les élévations au niveau du plan des épaules « en force » au-delà de 10 kg. Constatant en outre que l'assuré semblait présenter une dégradation sur le plan psychologique, le Dr N\_\_\_\_\_ a préconisé une évaluation par le « psychiatre d'arrondissement » et une prise en charge psychiatrique-psychologique. Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie, a conclu, sur la base des constatations effectuées par les médecins de la CRR et le Dr N\_\_\_\_\_, qu'il n'existait pas de problématique psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2016. Il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur cette appréciation du Dr O\_\_\_\_\_, que le recourant ne remet pas en question. En revanche, le recourant conteste implicitement la valeur probante du rapport du Dr N\_\_\_\_\_. Il soutient que, selon ses médecins, les Drs E\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, sa capacité de travail s'élève tout au plus à 30 %, avec un rendement très faible estimé à 30 %, ce qui ne lui ne permettrait de ne travailler qu'à un taux de 10 %, y compris dans une activité adaptée. Le recourant dit ne pas concevoir comment il pourrait concrètement retrouver un emploi, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles attestées par le Dr P\_\_\_\_\_ (amplitude d'élévation significativement réduite de l'épaule gauche, incapacité à occuper un poste assis plus de dix minutes ou debout en raison de douleurs du pli inguinal gauche). Enfin, le recourant rappelle qu'en présence de rapports émanant de médecins internes à l'assurance, des éclaircissements complémentaires sont nécessaires lorsqu'il existe des doutes, même légers, au sujet de la fiabilité desdits rapports et de leurs conclusions. Le recourant conclut à

l'octroi d'une rente calculée en fonction d'un taux d'invalidité

A/1869/2019 - 19/22 - de 91 %, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. 12. Comme cela ressort des considérants qui précèdent, les rapports de médecins employés d'une assurance peuvent être pris en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (cf. supra consid. 8). La chambre de céans constate que si le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ satisfait à certains réquisits jurisprudentiels, sa conclusion selon laquelle une activité adaptée aux limitations fonctionnelles « pourrait » être exigible à 100 %, est sujette à caution. Hormis le fait qu'il a formulé sa conclusion au conditionnel, se montrant ainsi peu affirmatif, ce médecin n'a pas véritablement justifié pourquoi l'exercice d'une activité lucrative (adaptée) lui paraissait exigible à un taux de 100 %, ceci sans diminution de rendement, malgré les nombreuses restrictions qu'il a consignées dans son rapport (douleurs permanentes de la fesse et de l'aîne aussi bien en position assise que debout, amplitudes articulaires diminuées de la hanche et de l'épaule, boiterie, impossibilité de lever les bras au-dessus du plan des épaules, etc.) et dont certaines semblent, à première vue, difficilement conciliables avec l'exercice d'une quelconque profession à plein temps, comme le font remarquer les médecins du recourant. En lien avec ces douleurs permanentes, le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé que le traitement antalgique restait « toujours très présent » et que le recourant absorbait quotidiennement plusieurs médicaments (Tramal, Dafalgan, Ibuprofène, Pantoprazole). Par ailleurs, il convient de relever que les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ concernant l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 % sont mises en doute par d'autres pièces médicales versées au dossier. En effet, dans son rapport du 10 décembre 2019, le Dr P\_\_\_\_\_ a jugé le recourant incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, en raison notamment de douleurs du pli inguinal gauche, d'amplitudes d'élévation diminuées de l'épaule gauche et d'un manque de ressources. De son côté, le Dr Q\_\_\_\_\_, dans son rapport du

#### **E. 17**

décembre 2019, n'a pas été en mesure de dire si le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, mais il a suggéré qu'une expertise soit mise en œuvre en vue de clarifier la question, proposition à laquelle le Dr P\_\_\_\_\_ s'est ensuite rallié. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 octobre 2018 qu'il ne voyait pas quel type de reconversion professionnelle pourrait convenir à l'assuré, étant donné que les douleurs étaient présentes tant en position assise que debout. Ce médecin a donc lui aussi exprimé sa perplexité quant à l'exercice d'une profession autre que celle de staffeur, même si la pertinence de son appréciation doit être relativisée, puisque dans d'autres rapports, il a justifié sa difficulté à envisager une reconversion professionnelle non seulement par les douleurs du recourant, mais aussi par un manque de formation, à savoir par un facteur étranger à l'invalidité, dont l'assurance n'a pas à répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Il

A/1869/2019 - 20/22 - n'en demeure pas moins qu'en définitive, les avis exprimés par la plupart des médecins consultés par le recourant ne confirment pas celui du médecin d'arrondissement. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ sur lesquelles repose la décision attaquée. S'agissant des deux rapports de la CRR, il en ressort que les médecins de cet établissement ont renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité adaptée, dans la mesure où la situation ne leur paraissait pas médicalement stabilisée en juillet 2018, à l'issue du second séjour du

recourant (l'intéressé devait alors discuter avec ses médecins d'une nouvelle intervention chirurgicale et subir un complément d'imagerie ainsi qu'une infiltration dans la hanche gauche). Les médecins de la CRR ont toutefois indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée leur paraissait « limité ». Par ailleurs, le résumé des ateliers professionnels que le recourant a suivis à la CRR (ateliers « cube » ; « mini pixels » et « création de dossiers ») démontre que l'intéressé a déploré des douleurs lors de chaque atelier, ce qui, là encore, éveille certains doutes sur son aptitude à exercer une activité lucrative à 100 %. Pour terminer, on relèvera que l'appréciation de la Dresse S\_\_\_\_\_ ne suffit pas à lever les doutes qui viennent d'être évoqués. En particulier, si comme le relève cette praticienne, le recourant ne s'est fait rembourser « que » 50 comprimés de Tramal entre septembre et novembre 2019, cela ne signifie pas pour autant qu'il ne souffrirait plus, ce d'autant qu'il n'exerce plus d'activité lucrative. D'ailleurs, le recourant pourrait s'être procuré des antalgiques de palier 1 – qui sont délivrés sans ordonnance – sans que cela ne ressorte du dossier, comme le fait remarquer le Dr P\_\_\_\_\_. 13. Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il existe une divergence entre le point de vue des médecins d'arrondissement et celui des autres médecins qui se sont exprimés, notamment en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée et son étendue, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier toute valeur probante à leurs avis respectifs. Il existe un doute suffisant pour qu'il soit fait appel à un expert en vue de départager ces opinions, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise, à tout le moins rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 avril 2019 annulée, dans la mesure où elle porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ;

A/1869/2019 - 21/22 - art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée. 15. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). \*\*\*\*\*

A/1869/2019 - 22/22 - 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.