

GE_GERICHTE ATAS/949/2011 vom 12. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_949_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/949/2011 du 12 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/949/2011 del 12 ottobre 2011

Erwägungen

E. 17

Par décision sur opposition du 4 mai 2011, la SUVA a confirmé sa position, considérant que dans son rapport de 1998, le Dr A_____ avait pris en compte les aggravations futures prévisibles. Par ailleurs, la récente analyse effectuée par le Dr E_____ - résumant le dossier, relatant les plaintes de l'assuré et procédant à un examen clinique complet - avait, de ce fait, pleine valeur probante. L'analyse du Dr C_____, au contraire, n'expliquait pas en quoi l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité dans les limites de la rente d'invalidité en vigueur. Selon la SUVA, le médecin traitant de l'assuré ne s'était pas non plus penché sur le taux de l'atteinte à l'intégrité ni avait rendu vraisemblable qu'il y avait eu une aggravation importante et imprévisible de l'état de santé. À ce titre, le radiologue qui avait pratiqué le bilan d'arthrose le 23 novembre 2010 avait certifié qu'il n'y avait pas de changement significatif par rapport à septembre 2009 ce qui permettait d'infirmier l'existence d'une évolution défavorable depuis le 18 mars 2010. La thèse d'une aggravation était également contredite par le médecin traitant lui-même puisqu'il avait annoncé, dans un rapport du 18 mars 2010, que les plaintes de l'assuré étaient les mêmes que précédemment, de sorte que pour cette raison encore il se justifiait de rejeter la demande de révision de la rente.

E. 18

Le 1er juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision par l'intermédiaire de son conseil et a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour déterminer son taux d'invalidité. Principalement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 4 mai 2011, à la constatation de son droit à une rente d'invalidité totale ainsi qu'à l'allocation de frais et dépens de procédure. À l'appui de son écriture, le recourant a exposé que depuis les accidents dont il avait été victime en 1992 et 1994 notamment, il avait consulté divers médecins dont le Dr C_____ qui, dès le début de l'année 2010, avaient constaté une aggravation de son état de santé. Une augmentation des douleurs au niveau des deux genoux, notamment à droite, ainsi que l'apparition d'épanchements et de blocages avaient été confirmés par de nombreux examens. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait également constaté, à l'instar du Dr C_____, qu'il y avait une péjoration de son état de santé de même qu'un nouvel examen radiologique, effectué le 31 mars 2011, avait permis de mettre en évidence, au niveau du genou droit, une gonarthrose fémoro-tibiale prédominant au

A/1655/2011 - 7/12 - niveau externe en schuss avec pincement encore incomplet et une réaction ostéophytaire marginale. L'aggravation de son état de santé était également confirmée par les deux IRM pratiquées le 13 avril 2011. Il fallait en conclure qu'il se justifiait de procéder à une révision de la rente complémentaire allouée jusqu'alors par l'intimée au titre de rente invalidité. Dans la mesure où l'objectivité de l'analyse médicale du

Dr C _____ était remise en question par l'intimée, du simple fait que ce dernier était son médecin traitant, il se justifiait, à titre préalable, d'ordonner une expertise médicale permettant de déterminer son réel taux d'invalidité. Enfin, il indiquait être privé de sa rente-invalidité, servie par l'assurance-invalidité, depuis le mois d'octobre 2007, de sorte que sa rente LAA ne devait plus être complémentaire, mais pleine et entière. Les allocations de renchérissement devaient également lui être allouées.

E. 19

Dans sa détermination du 1er septembre 2011, l'intimée a confirmé sa position, précisant qu'elle ne contestait pas que les affections des genoux du recourant s'étaient péjorées mais plutôt que cette détérioration justifiait de revoir l'exigibilité de la rente et la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. À ce titre, l'intimée rappelait que le Dr A _____ avait déjà pris en compte l'aggravation probable de l'état des genoux, dans son estimation du 3 février 1998, de sorte qu'il ne se justifiait pas de modifier le taux d'invalidité, pas plus que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité déjà alloué. L'appréciation du Dr C _____ du 18 avril 2011 n'apportait d'ailleurs aucun élément médical permettant d'admettre le contraire. L'intimée précisait enfin que dès le 1er janvier 2008, elle versait au recourant une rente complète et non pas complémentaire. Ne sachant néanmoins pas à quelle date l'assurance-invalidité avait supprimé le droit du recourant à sa rente invalidité, elle s'était adressée à l'institution précitée et procéderait aux adaptations nécessaires, une fois les renseignements requis obtenus.

E. 20

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 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.

A/1655/2011 - 8/12 - 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA). 3. a) 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). b) 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 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). c) En l'occurrence, la question de la révision du taux d'atteinte à l'intégrité n'est pas litigieuse. En effet, le recourant demande uniquement la modification de sa rente d'invalidité, calculée sur la base d'une invalidité totale, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Ainsi, l'objet du litige porte sur l'éventuel droit du recourant à la révision de la rente d'invalidité servie par l'intimée. 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. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA, RS 832.202). 5. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux

A/1655/2011 - 9/12 - 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). 6. Le revenu d'invalide doit être évalué en tenant compte de la perte de gain effective si, dans le cas de rapports de travail particulièrement stables, on peut considérer que l'assuré utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu correspond à la prestation de travail fournie (RAMA 1991 no U 130, p. 130). 7. Selon l'art. 17 al. 1er 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. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 8. 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 158 consid. 1b; ATF A non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 9. 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. A cet égard, il importe que les points

A/1655/2011 - 10/12 - 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). 10. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut d'ailleurs avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n°U 438 p. 346 consid. 3d). 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. cc). 11. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de nier une péjoration de son état de santé suffisante à la révision de son taux d'invalidité. Se basant sur le rapport du Dr C_____, le recourant considère au contraire que sa situation s'est aggravée de manière significative, de sorte qu'il convient d'augmenter sa rente. En l'occurrence, la Cour de céans relève que les parties se sont basées, dans leur appréciation, sur des avis médicaux contradictoires. Le médecin traitant de l'assuré considère pour sa part que la situation de son patient s'est péjorée au niveau des deux hanches et genoux, de sorte qu'au vu notamment des examens radiologiques - mettant en évidence une gonarthrose tricompartmentale, une chondropathie rotulienne de grade III touchant le versant externe associée à une gonarthrose fémoro-tibiale externe et une dégénérescence mucoïde à prédominance proximale du LCA qui avaient augmenté -, une modification de la rente paraît indiquée.

A/1655/2011 - 11/12 - Le Dr E_____ admet que, par rapport à l'examen clinique effectué douze ans plus tôt, il y a une aggravation modérée des gonarthroses fémoro-tibiale droite et gauche. Il constate une discrète diminution de la mobilité du genou droit, par rapport à l'examen clinique de février 1998, ainsi que, sur le plan subjectif, des douleurs et gênes plus importantes. La plainte du recourant relative à une sensation d'instabilité du genou avec lâchage n'a cependant pas pu être confirmée à l'examen clinique. Ce médecin

signale par ailleurs que le recourant évoque également une marche sur la pointe des pieds à droite depuis plusieurs mois, mais qu'aucune altération de la mobilité de la cheville ni amyotrophie du mollet ne peut être mise en évidence, alors même qu'une modification de l'appui pendant une telle durée devrait s'accompagner d'une diminution de diamètre du mollet par amyotrophie et/ou de la mobilité de la cheville droite par enraidissement. Cela étant, il estime que l'aggravation ne justifie pas une révision de l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle adaptée, en l'absence d'instabilité des genoux. Un travail à temps complet avec un rendement total en limitant les sollicitations des deux genoux - notamment la marche, la montée et la descente des escaliers et le port de charges importantes - reste ainsi exigible. L'expertise du Dr E _____ a été établie en pleine connaissance du dossier, se fonde sur un examen médical complet, tient compte de plaintes de l'expertisé ainsi que des radiographies effectuées. Son rapport revêt ainsi en principe une pleine valeur probante. L'appréciation du Dr C _____ ne permet pas de mettre en cause les conclusions du Dr E _____. En effet, le médecin traitant se contente de faire état d'une péjoration de l'état de santé de son patient, sans expliquer pourquoi le recourant ne pourrait pas travailler dans une activité sédentaire malgré l'aggravation des atteintes aux genoux. Il semble par ailleurs prendre en considération des atteintes à l'épaule et aux hanches qui sont sans rapport de causalité avec les problèmes aux genoux. Il convient également de relever que le Dr C _____ ne fait pas non plus état d'une instabilité du genou droit. A l'instar de l'intimée, la Cour de céans parvient ainsi à la conclusion que l'aggravation de l'état de santé du recourant ne justifie pas une révision de sa rente, ce dernier pouvant encore exercer une activité que celle adaptée à ses limitations fonctionnelles avec la même diminution de rendement constatée précédemment. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

A/1655/2011 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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