

GE_GERICHTE ATAS/979/2014 vom 3. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_979_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/979/2014 du 3 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/979/2014 del 3 settembre 2014

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; 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.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA), sauf toutefois les conclusions de nature constatatoire qui sont irrecevables, dès lors que le recourant/intimé peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore ou une décision formatrice (ATF 135 I 119 consid. 4 p. 122; 132 V 18 consid. 2.1 p. 21).

E. 3

L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé du recourant est stabilisé, cas échéant le degré d'invalidité et l'ampleur de la prise en charge des frais médicaux en relation avec l'événement accidentel, ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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. 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). 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).

E. 5

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé

éventuellement à d'autres facteurs, ait

A/3430/2013 - 13/20 - provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. b. 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. 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 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 6

En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. A teneur 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. 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

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). 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 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

A/3430/2013 - 14/20 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. Etant 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 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. A 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 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_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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

A/3430/2013 - 15/20 - 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, le recourant a séjourné pendant deux semaines à la CRR et a fait l'objet d'examen très approfondis. Dans leur rapport de synthèse du 22 mai 2013, les médecins de cette clinique émettent les diagnostics de post-status fracture multi-fragmentaire de l'épine tibiale du genou droit, de mise en place d'une prothèse totale du genou droit et probable Complex Regional Pain Syndrome (CRPS; aussi connu sous maladie de Sudeck) du genou droit, actuellement en décours, d'antécédents de bursites péritrochantériennes bilatérales

infiltrées, de hernies crurales bilatérales et de diabète de type II. Selon les médecins, la situation est stabilisée du point de vue médical, un an après la mise en place de la prothèse, sans amélioration des douleurs ou de la mobilité du genou. En effet, aucune thérapie n'est susceptible d'améliorer significativement la situation. Cela étant, il n'y a plus d'incapacité de travail dès le 9 juin 2013 dans la profession actuelle de bijoutier en horlogerie.

L'expertise de la CRR remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, étant fondé sur des examens approfondis pluridisciplinaires, prenant en compte les plaintes du recourant et arrivant à des conclusions convaincantes. Sur la base de ce rapport, ainsi que de l'ensemble du dossier médical, le Dr O _____ considère également que le cas est stabilisé. Sur le plan théorique, la capacité de travail est de 100 % dans l'activité exercée au moment de l'accident, après une période de réadaptation de trois à six mois à 50 %. Le recourant met en cause l'appréciation du Dr O _____. Il sied toutefois de constater que le médecin de l'intimée arrive aux mêmes conclusions que les médecins de la CRR dont l'impartialité n'est pas contestée. Par conséquent, il n'y a aucun élément pour douter de l'évaluation du Dr O _____, même si celui-ci a mentionné une pathologie, à savoir les problèmes de prostate, qui semble-t-il n'existe pas. Il est toutefois à noter à cet égard que le Dr O _____ a dû se prononcer dans le passé sur le rapport de causalité de tels problèmes avec l'accident, dès lors que l'intimée a reçu une ordonnance médicale pour le traitement de troubles de la prostate. Il ne s'agit donc pas d'une pure invention de la part du médecin de l'intimée. Sur la base du rapport de la CRR, il sied de constater que la situation est stabilisée, aucun traitement n'étant susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant. De surcroît, selon les constatations du Dr R _____, l'implant est bien en place et une

A/3430/2013 - 16/20 - révision de la prothèse est exclue, dès lors qu'elle n'améliora vraisemblablement pas la situation. En ce que ce médecin constate une raideur articulaire persistante et douloureuse, avec une mobilité réduite, des épanchements sporadiques et une boiterie à la marche avec des répercussions sur tout l'axe du membre inférieur droit, ainsi qu'une zone d'hyposensibilité de la face antérieure du tibia et une importante dysesthésie, ses constatations ne diffèrent pas de celles de la CRR. Il est vrai qu'il fait aussi état d'une bursite bilatérale des hanches et d'un lumbago, alors que la CRR ne retient que des antécédents de bursite bilatérale. Cependant, le rapport relatif à l'IRM du bassin du 31 mai 2014 ne révèle que des mini-bursites bilatérales du petit fessier et une fine lame dans la bourse du grand fessier, sans caractère pathologique, ainsi que l'absence d'évidence de tendinopathie, en particulier du moyen fessier. Par ailleurs, dès lors que ces pathologies découlent des difficultés à la marche du recourant, il ne peut être considéré pour autant que l'état ne soit pas stabilisé, s'agissant d'un problème récurrent, qui ne pourra pas être amélioré, le recourant présentant une importante boiterie définitive. b. L'état devant être considéré comme stabilisé, au vu de ce qui précède, il sied de déterminer la capacité de travail du recourant. Selon les médecins de la CRR, des limitations fonctionnelles existent pour la marche en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers ou d'échelles répétées et les positions accroupies ou à genoux. La capacité de travail est entière dans l'activité exercée précédemment, celle-ci étant adaptée aux limitations précitées. Le pronostic de réinsertion dans une activité professionnelle adaptée est néanmoins défavorable, essentiellement en raison de facteurs personnels (perception élevée du handicap fonctionnel, peur du mouvement, focalisation sur les douleurs) et contextuels (absence d'activité professionnelle depuis plus de six ans et de contrat de travail, conflit avec ses assurances) chez un patient centré sur les douleurs et qui ne se projette pas dans une activité professionnelle. A cet égard, il convient de relever que déjà le Dr D _____ a

émis l'hypothèse d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale chronique, dans son expertise du 10 juin 2010. Les tests psychométriques suggéraient une tendance à la dramatisation. Selon le rapport du 5 novembre 2010 des médecins de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, l'intensité des douleurs du recourant ne pouvait pas non plus être entièrement expliquée par une composante mécanique. Il n'y a par ailleurs pas d'aggravation notable de l'état de santé depuis l'expertise de la CRR, même si le recourant ne semblait pas souffrir au moment de celle-ci d'une bursite bilatérale, l'importance de cette affection devant être relativisée comme relevé ci-dessus. Du reste, les plaintes du recourant au moment de l'expertise de la CRR correspondaient déjà aux bursites, le recourant se plaignant de douleurs permanentes sur le bord externe des hanches, augmentées au moindre mouvement (p. 4 du rapport de synthèse).

A/3430/2013 - 17/20 - Cela étant, la chambre de céans se rallie aux conclusions de l'expertise de la CRR et admet ainsi une capacité de travail entière dans l'ancien métier du recourant dans l'horlogerie. Le recourant étant théoriquement toujours capable de travailler dans l'activité habituelle, il n'y a pas de perte de gain. Partant, la décision de l'intimée, par laquelle elle a mis fin au versement des indemnités journalières au 18 août 2013 et octroyé une demi-rente d'invalidité au recourant dès cette date jusqu'au 31 décembre 2013, est conforme au droit.

E. 10

Se pose ensuite la question de la prise en charge des frais médicaux en relation avec l'événement accidentel. a. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En principe, le traitement médical est appliqué et accordé à l'assuré jusqu'à la fixation de la rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA, a contrario). Lorsque la rente a été fixée, l'assuré n'a généralement plus droit aux prestations pour soins et remboursement de frais selon l'art. 19 al. 1 LAA. Exceptionnellement, elles peuvent lui être accordées aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c), lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Selon la jurisprudence, l'assuré ne peut prétendre à la prise en charge du traitement médical lorsqu'il n'a pas droit à une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.3). b. En l'occurrence, comme relevé ci-dessus, le recourant n'a pas droit à une rente. Partant, il n'a en principe pas non plus droit aux prestations pour soins. Il est ainsi sans importance si le diabète, les bursites, les troubles lombaires et cervicaux sont dans un rapport de causalité avec l'accident.

E. 11

Reste à examiner le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie

A/3430/2013 - 18/20 - professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF non publié 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) (al. 2). Pour les atteintes à l'intégrité désignées dans cette annexe, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Il est procédé de la même façon lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème de cet annexe ne donnent droit à aucune indemnité. (ch. 1 al. 2). La Suva a élaboré d'autres documents d'évaluation sous forme de tables, lesquelles ont été considérées

A/3430/2013 - 19/20 - compatibles avec l'annexe 3 OLAA, en tant qu'elles comprennent des barèmes destinés à assurer l'égalité de traitement de tous les assurés (ATF 116 V 157 consid. 3a) Selon la table 2 de la Suva relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, un genou bloqué en flexion à 30 degrés représente un taux d'atteinte à

l'intégrité de 35 %. 50 % est le taux applicable en cas de blocage des deux côtés. La table 5 relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses prévoit un taux maximal de 40% pour une endoprothèse avec un résultat mauvais. En cas d'arthrose et d'instabilité de l'articulation, le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé est retenu et il n'y a pas de cumul en règle générale. La table 6 retient pour les problèmes d'instabilité du genou un taux maximal de 30%. c. En l'occurrence, l'intimée a attribué au recourant une indemnité correspondant à 40 % d'atteinte à l'intégrité, soit le barème maximal pour une endoprothèse, en application de la table 5. Il n'y pas de cumul avec des éventuelles atteintes résultant d'une instabilité du genou, étant rappelé que les taux retenus pour de telles atteintes sont en tout état de cause inférieurs à ceux résultant d'une endoprothèse avec un mauvais résultat. Le recourant ne se prévaut enfin pas d'autres atteintes pouvant donner droit à une indemnité selon les tables élaborées par la Suva. Par conséquent, le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'intimée n'est pas critiquable.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

E. 13

La procédure est gratuite.

A/3430/2013 - 20/20 - 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.