

GE_GERICHTE ATAS/980/2014 vom 8. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_980_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/980/2014 du 8 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/980/2014 del 8 settembre 2014

Erwägungen

E. 42

Par communication du 9 mai 2011, l'OAI a pris en charge un stage de formation en entreprise comme polymécanicien à 50 % sur trois ans, dans le cadre d'un reclassement professionnel.

E. 43

Le 17 mai 2011, le Dr F_____ a précisé que malgré la cicatrisation des structures lésées vue à l'IRM du 13 octobre 2010, l'assuré avait présenté des plaintes, ce qui était connu dans la littérature scientifique car il n'y avait pas toujours une corrélation claire entre les trouvailles radiologiques et les plaintes. Il s'agissait plutôt que d'une algoneurodystrophie, d'une contusion au niveau du côté interne de l'astragale, mis en évidence par la première IRM. Il n'y avait pas de lien particulier entre l'allodynie et l'algoneurodystrophie. Une douleur modérée d'un membre pouvait permettre une charge partielle excluant la constatation d'une amyotrophie ou déminéralisation osseuse. L'évolution radiologique était plutôt bonne mais l'évolution de l'assuré dans son ensemble était peu favorable et ne pouvait aboutir à une capacité de travail dès le 27 octobre 2010.

E. 44

Le 25 mai 2011, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès du tribunal cantonal des assurances à Sion.

E. 45

Le 29 juin 2011, la SUVA a conclu au rejet du recours.

E. 46

Le 16 août 2011, l'assuré a répliqué en relevant que le Dr O_____, du Swiss médical service, lui avait refusé le 10 mars 2011 un certificat médical pour obtenir une licence de pilote vu les problèmes à la cheville gauche. L'avis du Dr O_____ relève qu'il existe une atteinte à la santé relevante avec des plaintes considérables à la cheville gauche, qu'une nouvelle évaluation est nécessaire, et que l'exercice des droits liés à la licence est interdite.

A/94/2014 - 8/20 -

E. 47

Par communication du 16 août 2011, l'OAI a prise en charge une formation de polymécanicien du 15 août 2011 au 15 août 2012, avec cours d'appui en mathématiques.

E. 48

Le 23 août 2011, la SUVA a dupliqué en maintenant ses conclusions, malgré l'avis du SMR du 20 janvier 2011.

E. 49

Le 5 septembre 2011, l'assuré a observé que le rapport SMR du 20 janvier 2011 retenait de nombreuses limitations fonctionnelles empêchant une reprise de son activité de peintre.

E. 50

Par communication du 25 janvier 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure de soutien (thérapie du lien). 51. Le 13 février 2012, la division de l'apprentissage du canton de Vaud a confirmé à l'employeur la rupture du contrat d'apprentissage de l'assuré comme polymécanicien. 52. Par jugement du 20 février 2012, le tribunal cantonal des assurances sociales du canton du Valais a rejeté le recours. Il a considéré que l'état de santé était stabilisé et que l'assuré était à même, dès le 27 octobre 2010, d'exercer une activité simple et répétitive en évitant la marche en terrain irrégulier. 53. Par communication du 14 mars 2012, l'OAI a pris en charge un cours d'appuis de mathématique. 54. Le 20 avril 2012, l'assuré s'est tordu la cheville gauche sur son lieu de travail ; le Dr F_____ a attesté d'un arrêt de travail jusqu'au 14 juin 2012. 55. Le 29 mai 2012, la réadaptation professionnelle a considéré qu'une réorientation était nécessaire avec une position assise prioritaire, compte tenu des douleurs importantes de l'assuré après déjà deux heures de travail. 56. Le 14 juin 2012, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré présentait une capacité de travail de 50-75 % dans un travail de force et de 100 % dans une activité assise. 57. Par communication du 25 juin 2012, l'OAI a pris en charge un atelier d'intégration professionnelle du 25 juin au 14 octobre 2012. 58. L'assuré a été en incapacité de travail du 27 juin au 2 juillet 2012 et du 15 au 19 août 2012 puis du 12 au 14 septembre 2012. 59. Par arrêt du 27 août 2012, le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'assuré, annulé l'arrêt du tribunal cantonal des assurances sociales du Valais du 20 février 2012 et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise, étant constaté que les médecins avaient des opinions divergentes quant à la capacité de travail de l'assuré et que la SUVA n'avait pas évalué l'éventuelle perte de gain, suite à la constatation qu'une activité adaptée était possible.

A/94/2014 - 9/20 - 60. Par communication du 3 septembre 2012, l'OAI a pris en charge les frais de déplacement de l'assuré pour se rendre au stage du 3 au 21 septembre 2012 à l'ORIT à Morges. 61. Par communication du 15 octobre 2012, l'OAI a pris en charge une prolongation d'orientation professionnelle du 15 au 28 octobre 2012. 62. Le 24 octobre 2012, l'employeur a indiqué qu'un salaire horaire de CHF 35,70 était versé en 2012. 63. Par communication du 29 octobre 2012, l'OAI a pris en charge une formation AUTOCAD du 19 novembre 2012 au 4 mars 2013. 64. Par communication du 8 février 2013, l'OAI a pris en charge un stage de perfectionnement en entreprise et portfolio du 25 février au 31 mai 2013. 65. Le 27 février 2013, la SUVA a requis du Dr P_____, médecin chef du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, de réaliser une expertise orthopédique. 66. Les Drs P_____, Q_____ et R_____, respectivement médecin assistant et chef de clinique adjoint, ont rendu un rapport d'expertise le 2 juillet 2013. L'assuré se plaignait de douleurs constantes à la cheville gauche, qu'il ne pouvait ni courir ni sauter. Il suivait une reconversion professionnelle comme dessinateur industriel. Ils ont posé les diagnostics de séquelle d'entorse des deux chevilles (sévère à gauche) du 23 novembre 2009 avec status post-lésion (probablement stade 2) du faisceau antérieur du LLE gauche ; status post-lésion (probablement stade 1) des fibres profondes du ligament deltoïde gauche ; status post contusion du bord médial du talus gauche ; arthrose débutante de la sous-talienne gauche et syndrome douloureux chronique de la cheville gauche. Status post-entorse de la cheville

droite en 1993 et de la cheville gauche en 2004 avec probables déchirures ligamentaires. Il existait une absence de corrélation significative entre les plaintes et le substrat radio-clinique ; il n'y avait pas d'élément objectif expliquant l'ampleur de la situation médicale ; l'assuré était démonstratif. Il était apte à reprendre son travail de peintre un an après l'accident au regard de l'IRM du 13 octobre 2010 ; le rapport de la CRR pouvait être confirmé ; il n'était pas possible d'objectiver les plaintes en 2010 ni les souffrances actuelles de l'assuré. 67. Par communication du 31 mai 2013, l'OAI a pris en charge un stage en entreprise comme assistant dessinateur industriel du 1er juin au 11 août 2013. 68. Le 9 août 2013, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise car le rapport du Dr O_____ n'avait pas été soumis aux experts. 69. Par décision du 21 août 2013, la SUVA a maintenu le terme du versement de l'indemnité journalière au 26 octobre 2010.

A/94/2014 - 10/20 - 70. Par communication du 26 août 2013, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel en qualité de dessinateur industriel à 100 % du 12 août 2013 au 31 janvier 2014. 71. Le 20 septembre 2013, l'assuré, représenté par les SCV, a fait opposition à la décision de la SUVA en relevant que l'expertise ne se basait pas sur son dossier complet et que ses conclusions n'étaient pas si claires, les experts ayant déclaré qu'il était difficile de statuer sur l'état de l'assuré en 2009 et 2010 et que seul le dossier radiologique avait été pris en compte pour évaluer à l'époque la capacité de travail alors qu'ils reconnaissaient, en même temps que la capacité de travail ne pouvait être évaluée sur la seule base des radios. 72. Par communication du 11 octobre 2013, l'OAI a pris en charge la poursuite du reclassement à l'ORP de Morges du 21 octobre 2013 au 31 janvier 2014. 73. Par décision du 29 novembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que l'expertise du 2 juillet 2013 était probante en concluant à une capacité de travail de 100 % dans son ancienne profession. Le rapport du Dr O_____ figurait au dossier des experts mais n'avait pas été cité par ceux-ci ; il était succinct et ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré ; les conclusions des experts se fondaient sur le dossier radiologique mais aussi sur leurs constatations cliniques en relevant qu'elles rejoignaient celles des médecins de la CRR. 74. Le 13 janvier 2014, l'assuré, représenté par les SCV, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi des diverses prestations LAA depuis le 27 octobre 2010, après une nouvelle expertise judiciaire, par exemple aux HUG. Il fait valoir que plusieurs médecins lui avaient signifié des arrêts de travail en raison des douleurs et de la limitation de mouvements et que la reprise d'une activité de peintre le 27 octobre 2010 était prématurée. 75. Par communication du 20 janvier 2014, l'OAI a pris en charge un stage d'observation au sein de l'atelier d'horlogerie des EPI du 1er au 16 février 2014. 76. Le 28 janvier 2014, le Dr T_____ de l'Hôpital de la Tour a attesté qu'il suivait l'assuré depuis le 20 septembre 2013 pour un problème lombaire. 77. Par communication du 14 février 2014, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel de l'assuré comme opérateur en horlogerie à 100 % du 17 février 2014 au 15 février 2015 au sein de l'atelier d'horlogerie des EPI. 78. Le 7 mars 2014, la SUVA, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours en relevant que le rapport du Dr O_____, succinct, ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assuré et que les experts avaient pris leurs conclusions également sur la base d'un examen clinique.

A/94/2014 - 11/20 - 79. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 31 mars 2014. Le recourant a déclaré : « L'état de mes chevilles s'est un peu amélioré, mais j'ai toujours des douleurs constantes que je qualifie de 5 à 6,

voire 7, sur une échelle de 10. Je suis également très souvent fatigué en raison des douleurs. Je prends quotidiennement des antidouleurs. Je suis suivi pour mes chevilles par le Dr F_____. J'ai dû le voir pour la dernière fois en 2012, après l'accident du 20 avril 2012. Alors que je soulevais un poids, ma cheville gauche s'est tordue. Le Dr F_____ m'a prescrit des antidouleurs, une chevillière et des séances de physio. J'ai aussi une hyperlaxité de la cheville gauche, déjà présente avant le 20 avril 2012, ayant pour conséquence que ma cheville lâche parfois, notamment lorsque je suis sur terrain instable. Ce deuxième accident a été pris en charge par la SUVA. J'ai suivi trois reclassements ordonnés par l'AI, d'abord comme mécanicien de production, que j'ai abandonné suite à mon accident de 2012, puis comme dessinateur industriel, formation que j'ai également abandonnée car je n'avais pas le niveau adéquat, et je suis actuellement en formation depuis février 2014 pour devenir opérateur en horlogerie. L'AI a considéré que je ne pouvais plus travailler sur sol instable, donc dans mon ancienne activité. Mon séjour à la CRR s'est mal passé. Les médecins n'ont pas écouté mon avis. On m'a d'ailleurs forcé à faire une infiltration à l'hôpital cantonal de Sion alors que je n'étais pas favorable à une telle intervention. J'ai fait une réaction allergique suite à l'infiltration, soit un choc anaphylactique. S'agissant de l'expertise du CHUV, j'ai été surpris de constater que les experts n'avaient pas en main tout mon dossier, mais seulement une feuille. Ils m'ont demandé de leur envoyer une copie, ce que j'ai fait. J'ai été reçu par les trois experts qui ont signé le rapport. Je précise que mes douleurs sont apparues après l'accident de chantier et n'existaient pas avant même si j'avais été victime d'accidents des chevilles en 1993 et en 2004. J'ai reçu des indemnités journalières AI pendant toute la durée de mes reclassements. Je me suis inscrit au chômage en sortant de la CRR, mais je n'ai pas été indemnisé. J'ai été examiné par le Dr O_____ en mars 2011, lequel a considéré qu'en raison de l'état de mes chevilles, je ne pouvais pas passer un brevet de pilote. L'AI a pris sa décision sur la base de mon dossier médical, je n'ai pas été examiné par l'un de leurs médecins. Je précise que j'ai donné l'entier de mon dossier aux experts du CHUV et que le rapport du Dr O_____ figurait au dossier ». Son avocat a déclaré : « Le rapport du Dr O_____ est essentiel et les experts ont indiqué qu'ils n'en avaient pas eu connaissance. Par ailleurs, l'expertise n'est pas précise : elle n'indique pas la date à laquelle la reprise de l'ancienne activité est possible. Enfin, les experts sont contradictoires car ils semblent dire que l'ancienne activité n'est plus exigible ». Le représentant de la SUVA a déclaré :

A/94/2014 - 12/20 - « La SUVA n'a pas jugé utile de demander le dossier, ce qu'elle ne fait d'ailleurs pas systématiquement ». 80. Le 31 mars 2014, l'assuré a répliqué en relevant que l'expertise n'avait pas valeur probante. Elle semblait admettre une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité, mais n'était pas claire à ce sujet ; elle fixait une exigibilité sans précision temporelle en se basant sur le dossier radiologique alors même que l'expert avait reconnu qu'il n'était pas possible de juger de la capacité de travail sur la seule base de radios. Elle admettait que l'origine des douleurs pouvait être multifactorielle. Elle ne pouvait écarter l'avis du Dr O_____, lequel retenait un dommage significatif et l'avait examiné personnellement. 81. Le 7 avril 2014, l'OAI, à la demande de la chambre de céans, a versé une copie de son dossier à la procédure. 82. Le 8 avril 2014, la SUVA a dupliqué en relevant que l'expertise était probante et que ses conclusions étaient superposables aux autres avis médicaux au dossier, notamment celui de la CRR ; l'assuré était reconnu capable d'exercer son ancienne profession dès le 27 octobre 2010. 83. A la demande de la chambre de céans, le F_____ a indiqué le 22 avril 2014 qu'il suivait l'assuré depuis le 28 janvier 2010, qu'il était dans l'ensemble d'accord avec l'expertise du 2 juillet 2013 mais qu'une

capacité de travail dans l'ancienne profession dépendait du contexte, le travail sur échafaudage ou échelles était contre-indiqué, qu'il existait au-delà du 27 octobre 2010 une certaine fragilité et instabilité de la cheville, qu'il était peu recommandable qu'il prenne une activité de peintre mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était indiquée, que seule une discrète laxité au niveau du tiroir de la cheville gauche et des douleurs dans la région périmalléolaire étaient objectivables, que le pronostic était bon moyennant une activité ménageant la cheville. 84. Le 13 mai 2014, la SUVA a observé que le Dr F_____ se ralliait à la constatation d'une capacité de travail totale dans l'ancienne profession, sous réserve du contexte dès le 27 octobre 2010, ainsi que dans une activité adaptée, de sorte que la capacité de gain de l'assuré était entière dès le 27 octobre 2010. 85. Le 19 mai 2014, l'assuré a observé que selon le Dr F_____, l'ancienne activité n'était plus exigible, que si une activité adaptée était exigible, il devait bénéficier d'un délai de trois à cinq mois pour se reconverter. 86. A la demande de la chambre de céans, le Dr P_____ a précisé le 2 juin 2014 qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant d'affirmer que l'assuré était inapte à reprendre son travail habituel de peintre dès le 27 octobre 2010 et que cette conclusion corroborait celle de la CRR. Il maintenait en conséquence sa conclusion, ce d'autant qu'il existait une discrétance marquée entre l'examen clinique et les plaintes présentées par l'assuré. Le Dr F_____ et le SMR avaient pris en compte des éléments qui n'étaient pas purement objectifs pour écarter l'exigibilité du travail de peintre.

A/94/2014 - 13/20 - 87. Le 25 août 2014, le recourant a communiqué le rapport du Dr O_____ du 14 juillet 2014. Celui-ci relève qu'il a examiné l'assuré le 8 mai 2011 dans le cadre d'une demande de certificat d'aptitude au vol. L'assuré avait indiqué qu'il souffrait de douleurs continues à la cheville gauche le limitant considérablement ; l'assuré présentait une capacité de charge réduite de la cheville avec troubles fonctionnels importants ; en raison des dommages corporels importants et des douleurs considérables à la cheville gauche, un certificat médical d'aptitude n'avait pas pu être délivré ; il ne pouvait se prononcer sur l'aptitude au travail de l'assuré ; selon l'examen, les plaintes et les rapports au dossier, la marche en terrain irrégulier était limitée. Le recourant a observé que le Dr O_____ avait dû lui refuser, en 2011, après de nombreux examens, un certificat médical d'aptitude en raison des lésions et douleurs de sa cheville et qu'il subissait des limitations fonctionnelles en terrain irrégulier ; par ailleurs le complément d'expertise du 2 juin 2014 n'était signé que par le Dr S_____ de sorte qu'il n'avait pas de valeur probante. 88. 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. 2. A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée

au-delà du 26 octobre 2010. 5. 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

A/94/2014 - 14/20 - 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). 6. 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 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. 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance

A/94/2014 - 15/20 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 8. 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). 9. 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 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

A/94/2014 - 16/20 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 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; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). 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). 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. 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

A/94/2014 - 17/20 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). 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). 11. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en

œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). 13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

A/94/2014 - 18/20 - n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 14. En l'espèce, la chambre de céans constate que la plupart des avis médicaux au dossier convergent pour admettre une capacité de travail totale du recourant dès le 27 octobre 2010, dans toute activité. En effet, la CRR a relevé le 9 décembre 2010 que le status clinique et le bilan radiologique n'expliquaient pas l'impotence fonctionnelle et que le recourant présentait une capacité de travail totale dans toute activité dès le 27 octobre 2010 ; Le Dr N_____, dans son appréciation médicale sur dossier du 7 avril 2011, a indiqué que la décision de remettre le recourant au travail était correcte ; par la suite, les Drs P_____, Q_____ et R_____ ont, dans leur rapport d'expertise du 2 juillet 2013, estimé qu'aucun élément objectif n'expliquait l'ampleur de la situation médicale et que le recourant était, comme admis par la CRR, apte à reprendre son travail de peintre dès le 27 octobre 2010. Le Dr P_____ a confirmé ses conclusions le 2 juin 2014, après avoir pris connaissance des avis du SMR du 20 janvier 2011 et du Dr F_____ du 22 avril 2014, en précisant que ses conclusions n'étaient pas remises en question par le SMR et le Dr F_____ car elles se basaient sur des critères purement objectifs, ce qui n'était pas le cas des deux avis précités. S'agissant des avis médicaux invoqués par le recourant à l'appui de ses conclusions, la chambre de céans relève que le médecin-traitant de celui-ci, le Dr F_____, a, cependant, reconnu le 22 avril 2014 que le recourant était apte à reprendre une activité à temps complet dès le 27 octobre 2010 ; il a confirmé le rapport d'expertise du 2 juillet 2013 ; il a seulement émis des doutes quant à une capacité de travail du recourant dans l'ancienne profession, en relevant qu'un travail sur échafaudage ou échelle était contre-indiqué en raison d'une certaine fragilité et instabilité de la cheville ; le Dr F_____ a néanmoins admis que seules une discrète laxité au niveau du tiroir de la cheville gauche et des douleurs dans la région périmalléolaire étaient objectivables et s'est rallié aux conclusions du rapport d'expertise du 2 juillet 2013 ; les restrictions émises par le Dr F_____ ne permettent pas, dans ces conditions, de remettre en cause les conclusions de l'expertise de la CRR, reprises par le Dr N_____, ni celles des Drs P_____, Q_____ et R_____. Quant à l'avis du SMR du 20 janvier 2011, il est très succinct puisqu'il relève seulement que la fragilité des chevilles du recourant entraîne un risque d'invalidité à moyen terme de sorte qu'une incapacité de travail de 20 % peut être retenue dans l'activité de peintre. Le fait que l'OAI a, sur cette base, décidé d'allouer au recourant des mesures professionnelles, ne permet pas encore de remettre en cause, du point de vue médical, les avis précités. Enfin, l'avis du Dr O_____ du 10 mars 2011, très succinct, ne se prononce pas du tout sur la capacité de travail du recourant ; il fait état des importantes plaintes du recourant en lien avec la cheville gauche et estime qu'une évaluation est

A/94/2014 - 19/20 - nécessaire ; le rapport plus complet de ce médecin du 14 juillet ne permet cependant pas non plus de remettre en question les autres avis des médecins précités. Il n'évalue d'ailleurs pas l'aptitude au travail du recourant et se fonde principalement sur les plaintes douloureuses de ce dernier ; s'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr O_____ relève une capacité de charge réduite de la cheville, un mobilité en terrain irrégulier réduite ainsi qu'au pas de course ; ces limitations ne sont pas toutes en contradiction avec la reprise de l'ancienne activité et, surtout, ne sont pas objectivées par le Dr O_____ ; enfin, les nombreux examens prodigués par le Dr O_____, dont fait état le recourant, sortent pour la plupart, sauf l'examen physique, du champ orthopédique (taille/poids/tension/sang/urine/ECG/audiométrie/poumons/yeux). Cet avis ne saurait, en conséquence, remettre en question les conclusions des expertises précitées. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant était apte à retravailler dans son ancienne activité à 100% dès le 27 octobre 2010 ; la décision litigieuse, qui met fin aux prestations de l'intimée au 26 octobre 2010, ne peut ainsi qu'être confirmée. Il convient encore de préciser que l'avis complémentaire du Dr P_____ du 2 juin 2014 ne saurait être écarté, contrairement à l'avis du recourant, au motif qu'il n'a pas été cosigné par les Drs Q_____ et R_____. En effet, le Dr P_____ est, en tant que médecin chef du service d'orthopédie et traumatologie, apte à répondre à des questions complémentaires de la chambre de céans relatives aux lésions orthopédiques du recourant et c'est d'ailleurs à lui que l'intimée a confié personnellement la mission d'effectuer l'expertise du recourant (courrier de l'intimée au Dr P_____ du 27 février 2013), même si le Dr Q_____ médecin assistant et R_____, chef de clinique adjoint, ont cosigné l'expertise. 15. Partant, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/94/2014 - 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.