

GE_GERICHTE A/2375/2012 vom 9. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2375_2012

FR: GE_GERICHTE A/2375/2012 du 9 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/2375/2012 del 9 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Roman SEITENFUS recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après l'assuré), ressortissant somalien né en 1969, a travaillé en tant que nettoyeur dès le 1^{er} juin 2008. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA). Le 17 janvier 2010, l'assuré a glissé sur son lieu de travail et s'est blessé au pied droit, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale. Dans son rapport du 16 février 2010, le Dr L _____, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'assuré s'était tordu la cheville droite lors de l'accident. Il a diagnostiqué une entorse moyenne de la cheville droite. L'assuré présentait une boiterie et un œdème des malléoles interne et externe mais les documents radiologiques ne révélaient pas de fracture. Dans son rapport du 6 avril 2010, le Dr L _____ a repris le diagnostic d'entorse moyenne de la cheville droite en signalant une laxité en varus et un renforcement péronier. Le 20 avril 2010, le Dr M _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'IRM de la cheville droite de l'assuré. Il a conclu à une formation ovalaire bilobée au sein de la partie antérieure et supérieure de l'astragale, bordée par une sclérose traduisant des kystes synoviaux intra-spongieux, ainsi qu'à une lame de liquide sous la malléole externe évoquant un discret conflit externe. La SUVA a confié l'examen de l'assuré à la Dresse N _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 3 mai 2010, celle-ci a établi une brève anamnèse et indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs après 15 minutes de marche, d'avoir le pied fatigué et de développer des douleurs avec œdème s'il marchait plus. Il n'avait sinon pas de douleurs. Une IRM pratiquée le 20 avril 2010 avait mis en évidence une formation kystique de l'astragale. A l'examen clinique, cette spécialiste a constaté que l'assuré, démonstratif, marchait sans dérouler le pied. Il n'avait pas d'œdème mais ne parvenait pas à marcher sur la pointe des pieds. La palpation des malléoles interne et externe était décrite comme très douloureuse, la mobilisation en inversion et éversion était également très douloureuse mais sans laxité particulière. La Dresse N _____ a posé les diagnostics d'entorse de la cheville droite et de kyste de l'astragale. L'examen clinique n'était pas contributif. Les plaintes douloureuses étaient des éléments subjectifs et un deuxième avis d'un chirurgien orthopédiste spécialiste du pied sur la lésion kystique de l'astragale était nécessaire. En attendant cet avis spécialisé, la capacité de travail était nulle. La Dresse N _____ a cependant relevé que l'image kystique avec sclérose en bordure du kyste évoquait plutôt une lésion ancienne, qui ne justifiait pas d'arrêt de travail en soi. La Dresse O _____, spécialiste FMH en chirurgie

orthopédique, a examiné l'assuré le 8 juin 2010. Après avoir rappelé les circonstances de l'accident et l'évolution depuis lors, elle a noté que l'assuré présentait une boiterie à droite. En décubitus ventral, genoux fléchis, l'articulation sous-astragaliennne était libre et semblait symétrique. Le status local était calme et sans tuméfaction. Le reste de l'examen n'était pas interprétable car l'assuré se raidissait et évoquait des douleurs à chaque tentative de mobilisation ou de palpation. Sur le podoscope, il n'y avait pas d'appui sur le versant interne du pied. Partant, sur la base de l'examen clinique, hormis une mobilité de la sous-astragaliennne semblant normale, il était impossible d'émettre des conclusions. L'assuré l'avait informée qu'une opération de l'astragale était prévue prochainement. De l'avis de la Dresse O_____, en raison de la sclérose évoquant une lésion ancienne, il n'y avait pas de lien de cause à effet entre le traumatisme et les kystes. Un spect-CT du tarse était cependant proposé afin de confirmer ce point. Le 25 juin 2010, les Drs P_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, et Q_____, spécialiste FMH en radiologie, ont réalisé une tomoscintigraphie SPECT osseuse partielle avec tomодensitométrie. Cet examen a révélé une fracture traumatique d'un kyste osseux préexistant de la partie antérieure et dorsale du talus. Cette lésion préexistante évoquait un kyste banal, voire anévrisimal. La lésion était purement kystique et bordée de sclérose. En présence d'un kyste géant sous-chondral, le diagnostic différentiel de cette lésion kystique préexistante pourrait aussi être celui de goutte ou de polyarthrite rhumatoïde, bien qu'il n'y ait pas d'érosion articulaire des structures environnantes. Les employeurs de l'assuré ont résilié les rapports de travail au 30 juin 2010. Par certificat du 30 juin 2010, le Dr L_____ a attesté d'une incapacité de travail d'une durée indéterminée. Il a régulièrement prolongé l'arrêt de travail par la suite. Le 20 août 2010, l'assuré a consulté le Dr R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a noté un kyste idiopathique particulièrement volumineux au niveau de la partie dorsale de la tête du talus à droite, en relevant qu'il avait rarement vu un kyste osseux aussi gros à cet endroit. Il y avait par ailleurs une effraction dans l'articulation tardo-naviculaire mais ce spécialiste était d'avis que l'articulation pouvait être préservée. Il proposait une biopsie et un comblement du kyste par greffe autologue prélevée au niveau du tibia proximal. Compte tenu des importantes douleurs générées par ce kyste, l'intervention était prioritaire. Le 14 octobre 2010, le Dr R_____ a procédé à une intervention chirurgicale consistant en un curetage, un prélèvement et une greffe du tibia distal. Dans son rapport du 20 octobre 2010, il a noté une évolution post-opératoire favorable. La plaie était propre et calme. L'assuré devrait se déplacer avec des cannes pendant huit semaines et porter une attelle jambière. Par certificat établi à la même date, le Dr S_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 13 octobre 2010 pour une durée indéterminée. Le 30 octobre 2010, l'assuré a eu un entretien avec une collaboratrice de la SUVA. Il a notamment signalé qu'il avait beaucoup moins de douleurs depuis l'intervention chirurgicale. Lors d'un deuxième entretien avec une collaboratrice de la SUVA en date du 28 janvier 2011, l'assuré s'est dit insatisfait de l'opération car il avait toujours mal. Les douleurs n'étaient pas localisées à l'endroit de l'ablation du kyste mais sur le côté. Il marchait toujours avec des béquilles et faisait également un peu de rétention d'eau. Il ressentait des craquements à la marche sur le côté extérieur. La physiothérapie se poursuivait. Un nouvel entretien entre l'assuré et une collaboratrice de la SUVA a eu lieu le 6 avril 2011. L'assuré marchait avec une béquille et signalait toujours les mêmes douleurs, qui tiraient parfois jusque dans le dos. Il souffrait plus qu'avant l'opération. Il se plaignait d'avoir la cheville toujours enflée mais la collaboratrice n'a observé aucune différence entre les articulations droite et gauche. Dans son rapport du 26 mai 2011, le Dr R_____ a

relevé que l'intervention pratiquée avait permis de combler la lacune osseuse qui menaçait l'intégrité et l'architecture du talus mais l'effet sur les douleurs était mitigé. L'assuré avait certes un peu moins mal, puisqu'il ne marchait plus sur le bord externe du pied, qu'il déroulait pratiquement normalement. Une évaluation socioprofessionnelle était nécessaire au vu de la situation médico-sociale assez contraignante. Le Dr T_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM de la cheville de l'assuré le 6 juin 2011. Il a constaté un status après prélèvement pour greffe au niveau du tibia distal, un remaniement du versant dorsal de la tête et du col du talus en rapport avec le status post-excision et probable greffe, un remaniement des tissus mous localisé en regard de la zone opératoire s'étendant jusque dans le tissu sous-cutané et passant entre le long extenseur de l'hallux et le tendon tibial antérieur, compatible avec des remaniements séquellaires post-opératoires avec une composante inflammatoire, sans autre anomalie décelable. Lors de l'entretien du 26 juillet 2011 avec une collaboratrice de la SUVA, l'assuré a indiqué que le Dr R_____ lui avait conseillé de changer de profession et d'éviter les activités debout. Il ressentait une légère amélioration car il pouvait poser le pied à plat et boitait moins. La physiothérapie se poursuivait. L'assuré a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) du 7 au 28 septembre 2011. Dans leur rapport du 24 octobre 2011, les Drs U_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et V_____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et limitation fonctionnelle du pied droit et les diagnostics supplémentaires de traumatisme du pied droit avec fracture traumatique d'un kyste osseux préexistant du talus droit et de curetage, prélèvement et greffe osseuse d'un kyste idiopathique massif de la tête du col du talus droit. Durant son séjour, l'assuré a également fait l'objet d'un consilium psychiatrique par la Dresse W_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il a en outre suivi des séances de physiothérapie avec une évaluation des fonctions organiques et a été soumis à une évaluation des capacités fonctionnelles ainsi qu'à une évaluation dans les ateliers professionnels de la CRR. Après avoir procédé à l'anamnèse et à plusieurs examens cliniques, les médecins ont relevé que l'assuré se plaignait lors de son admission de douleurs au pied et à la cheville droite lors de la marche. La douleur était plutôt localisée au cou-de-pied de la face latérale de la cheville droite irradiant en latéral et proximement. Au status, les Drs U_____ et V_____ ont constaté que la marche s'effectuait avec une boiterie, un appui plantigrade et un mauvais déroulement du pas. L'assuré était très démonstratif. Il annonçait des douleurs diffuses de toute la cheville et du pied droits à la palpation, avec une légère raideur de la 1^{ère} métatarso-phalangienne. La sous-talienne droite était légèrement enraidie. Une hypomyotrophie globale du membre inférieur droit était constatée. Les importantes auto-limitations rendaient l'examen difficile. Un bilan radiologique réalisé le 8 septembre 2011 révélait une zone de curage-bourrage du col du talus à droite pratiquement normale et une zone de prise de greffe tibiale calme, tous les rapports articulaires étant conservés. Au plan psychiatrique, aucune psychopathologie décompensée ni tendance au catastrophisme n'était mise en évidence. L'assuré paraissait plutôt lisse et insaisissable et il refusait de s'engager dans un processus de reconversion professionnelle, dès lors qu'il considérait que les choses s'arrangeraient d'elles-mêmes d'ici à la fin de l'année. Pendant les séances de physiothérapie, l'assuré a déclaré percevoir une amélioration de la mobilité de la cheville droite et lors de la marche grâce aux chaussures orthopédiques fournies. En fin de séjour, une amélioration de la marche spontanée avec un comportement moins démonstratif avait été observée mais aucune progression n'était notée au plan fonctionnel. Certains des tests réalisés à l'entrée étaient extrêmement bas et

montraient une forte auto-limitation qui ne s'était pas améliorée avec la prise en charge. De plus, la force imprimée lors du testing isométrique du quadriceps de 0.6 kg au status d'entrée était difficilement compatible avec le fait que l'assuré marchait sans canne. Les hypoextensibilités musculaires, la puissance et l'endurance musculaire n'étaient pas évaluables de manière fiable en raison du comportement douloureux et des contre-pulsions musculaires de l'assuré. Une légère amélioration était toutefois notée au test des 6 minutes de marche. Les médecins de la CRR relevaient également des discordances s'agissant du rythme de déplacement pendant les situations d'évaluation et en dehors de celles-ci. Il n'avait pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle chez l'assuré, très centré sur la douleur. Au plan socioprofessionnel, le score à l'évaluation des capacités fonctionnelles était extrêmement bas au questionnaire d'appréciation par l'assuré de ses capacités physiques, et celui-ci n'obtenait pas le niveau de performance minimal à trois épreuves sur quatre. Ces résultats démontraient des auto-limitations et un engagement insuffisant lors des différents tests. Le rendement de l'assuré en atelier professionnel était plus faible que la moyenne et celui-ci entrecoupait ses travaux de nombreuses pauses. L'évaluation permettait d'observer que des facteurs non médicaux plutôt que lésionnels limitaient le rendement et la possibilité d'une reprise professionnelle. On pouvait toutefois reconnaître quelques limitations pour garder la position accroupie, pour s'agenouiller, pour marcher en terrain accidenté ou glissant et monter ou descendre des escaliers. Une reprise progressive d'une activité professionnelle devait être possible début 2012 au plus tard en l'absence d'éléments bio-médicaux objectifs permettant de justifier une incapacité de travail à long terme dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail en tant que nettoyeur était totale du 7 septembre au 30 octobre 2011 et devait être réévaluée par le Dr R _____. Par certificat du 28 octobre 2011, le Dr L _____ a une nouvelle fois prolongé l'arrêt de travail pour une durée indéterminée. Il l'a par la suite renouvelé par certificats du 6 décembre 2011 et du 6 janvier 2012. Dans son appréciation du 11 janvier 2012, la Dresse N _____ a repris les conclusions des médecins de la CRR en soulignant qu'il n'existait aucun argument pour s'en écarter et qu'une reprise progressive d'une activité respectant les limitations fonctionnelles était exigible. Par décision du 24 janvier 2012, la SUVA a indiqué qu'elle réduirait les indemnités journalières à 50 % du 1^{er} au 29 février 2012. Dès le lendemain, elle mettrait un terme à leur versement et à la prise en charge du traitement médical. Elle a relevé que selon les médecins de la CRR, il n'y avait pas lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré. Celui-ci était apte à exercer sa profession de nettoyeur à 50 % dès le 1^{er} février 2012 et à 100 % dès le 1^{er} mars 2012. Le 21 février 2012, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a adressé un projet de décision à l'assuré, intitulé "Projet d'acceptation de rente et refus de mesures professionnelles". Il a retenu que la capacité de travail était nulle à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 17 janvier 2011. La capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2012. Dès cette date, l'assuré ne présentait plus d'invalidité, le salaire sans invalidité s'élevant à 47'018 fr. alors que le revenu d'invalidité était de 55'478 fr. selon le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ENQUÊTE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS, TA1) après abattement de 10 %. L'assuré avait dès lors droit à une rente entière du 1^{er} avril 2011, soit six mois après le dépôt de la demande, jusqu'au 31 mars 2012. Par courrier du 23 février 2012, l'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la SUVA. Il a relevé que son opération n'avait amené aucune amélioration sensible et que sa mobilité restait très limitée. Il a précisé qu'il était dans

l'attente d'un rapport médical et a sollicité un délai pour compléter son opposition. Après avoir prolongé trois fois le délai imparti à l'assuré pour produire un nouveau rapport médical, la SUVA a écarté l'opposition par décision du 2 juillet 2012. Elle a rappelé que les spécialistes de la CRR avaient noté que des facteurs non médicaux faisaient obstacle à la reprise d'une activité professionnelle, et que la Dresse N_____ s'était ralliée à leurs conclusions dans son appréciation. En l'absence de tout élément permettant de remettre en doute ces conclusions médicales, c'était à juste titre qu'elle avait déclaré l'assuré apte au placement en tant que nettoyeur à 50 % dès le 1^{er} février et à plein temps dès le 1^{er} mars 2012. Par acte du 31 juillet 2012, l'assuré interjette recours contre la décision de la SUVA. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières entières. Il sollicite un délai pour compléter son recours en précisant avoir consulté un spécialiste du pied et de la cheville dont il attend le rapport. Il soutient ne pas être en mesure de reprendre une activité professionnelle. L'assuré a complété son recours par écriture du 11 septembre 2012. Il allègue qu'il a consulté le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et que ce médecin a constaté une mobilité réduite en raison des douleurs sans pouvoir se déterminer sur les causes de ces douleurs, raison pour laquelle un bilan radiologique complémentaire doit être réalisé. Il requiert un nouveau délai afin de se soumettre à ces examens, sur la base desquels le Dr A_____ rendra un nouveau rapport. Il joint à son écriture un certificat établi le 31 août 2012 par le Dr A_____. Celui-ci y rappelle brièvement l'accident et l'intervention pratiquée et indique que l'assuré s'est plaint lors de la consultation du 21 mars 2012 de douleurs sous-malléolaires externes à droite, apparaissant après 10 minutes de marche mais absentes au repos et la nuit. L'examen clinique a montré une cicatrice calme, une mobilité tibio-tarsienne et sous-astragaliennne légèrement diminuée mais pas d'instabilité à la cheville. Les divers tendons testés autour de la cheville étaient fonctionnellement normaux mais très douloureux à la palpation. Le Dr A_____ a constaté une hyperpathie nette. En conclusion, l'assuré présente un status après curetage et greffe d'un kyste du talus droit avec des douleurs résiduelles, sans que le status clinique ne montre de pathologie objectivable si bien qu'un nouveau bilan radiologique pourrait être envisagé pour les investiguer. Dans sa réponse du 26 septembre 2012, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle allègue que l'assuré ne se prévaut d'aucun élément médical permettant d'admettre que la gêne éprouvée à sa cheville droite et l'éventuelle incapacité de travail qui en découle doivent être prises en charge par ses soins. Il ressort au contraire des éléments du dossier que des facteurs non médicaux limitent la capacité de travail de l'assuré, et que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR ne faisaient pas obstacle à une reprise de l'activité professionnelle dans une activité adaptée dès le début de l'année 2012. Rien ne permet de conclure au caractère erroné de la décision querellée, de sorte que celle-ci doit être confirmée. L'assuré n'ayant pas produit le rapport du Dr A_____ dans le délai prolongé par deux fois à cet effet, la Cour de céans a invité ce spécialiste à le lui faire parvenir par courrier du 7 décembre 2012. Le Dr A_____ s'est exécuté par courrier du 10 décembre 2012. Il a précisé qu'il avait revu l'assuré le 7 octobre 2012 et avait fait réaliser un bilan radiologique. Il était convenu que l'assuré le recontacte par la suite, mais celui-ci ne l'avait pas fait. Le Dr A_____ pouvait cependant compléter son certificat du 31 août 2012 sur la base des examens radiologiques en précisant que la cause exacte des douleurs présentées par l'assuré pouvait difficilement être déterminée. Les seuls éléments objectivables étaient des remaniements de la zone de greffe du talus droit, associés à une arthrose active talo-naviculaire contigüe. Il a joint à son envoi les documents suivants: bilan de dystrophie

osseuse réalisé le 8 octobre 2012 par le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une géode en demi-teinte ovulaire, centro-tibiale, diaphyso-métaphysaire et discrètement cernée, à l'absence de réaction des corticales, à un bon respect des interlignes tibio-fibulo-taliens, à une apparence normale du valgus de l'arrière-pied, à un profil correct de l'arche interne, à un aspect hétérogène du col du talus et à une déminéralisation sous-corticale très localisée avec respect de l'interligne talo-naviculaire; rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 8 octobre 2012 par les Drs C _____, spécialiste FMH en médecine nucléaire et LL _____, spécialiste FMH en radiologie, objectivant des remaniements osseux ostéoblastiques hyperactifs de la tête de l'astragale du pied droit a priori au niveau du site de greffe à 24 mois évoquant une déposition encore active d'os néoformé, une arthrose active astragalo-naviculaire droite, une fasciite plantaire droite, une chondro-calcinose de l'articulation tibio-astragaliennne droite, sans arguments scintigraphiques en faveur d'une infection aiguë. Le 13 décembre 2012, la SUVA s'est déterminée sur ces rapports en soulignant qu'ils ne modifient pas son appréciation. Le Dr A _____ a en effet indiqué que la cause des douleurs était difficile à déterminer. Partant, elle persiste dans ses conclusions. Par courrier du 18 décembre 2012, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture à l'assuré en lui impartissant un délai au 23 janvier 2013 pour d'éventuelles observations. A l'expiration de ce délai, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). 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 345 consid. 3). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières à partir du 1 er mars 2012. La SUVA n'ayant pas formellement statué sur l'éventuel degré d'invalidité de l'assuré à cette date et sur le droit à la rente, ce point ne fait en revanche pas l'objet du litige. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, 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; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF non publié 8C_268/2008 du 16 février

2009, consid. 2.3). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA 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 LPGGA). 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 peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATFA non publié I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1). L'assureur-accidents n'est cependant pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre (ATFA non publié U 119/00 du 6 octobre 2000, consid. 4). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des

contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). 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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATF non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). En l'espèce, le rapport des médecins de la CRR correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Il a en effet été établi en pleine connaissance du dossier médical, contient une anamnèse complète, repose sur des status cliniques détaillés, complétés par un consilium psychiatrique, des examens radiologiques ainsi que des évaluations en atelier professionnel et par le physiothérapeute. Les diagnostics posés par les Drs U_____ et V_____ sont en outre clairs et précis et leurs conclusions sont motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport et de se rallier aux constatations des médecins de la CRR, qui ne font état d'aucun traitement ou mesure médicale qui permettrait d'améliorer l'état de l'assuré. Il n'existe d'ailleurs aucun élément médical permettant de remettre en cause les conclusions des Drs U_____ et V_____. Le Dr L_____ a certes attesté d'une capacité de travail nulle pour une durée indéterminée dans ses certificats du 6 décembre 2011 et du 6 janvier 2012 ; ces certificats ne sont toutefois nullement motivés, il ne fait état d'aucune

thérapie et ne mentionne aucun diagnostic nouveau. Dès lors, ces documents ne suffisent manifestement pas à remettre en cause les conclusions des médecins de la CRR. Quant au Dr A _____, il semble rejoindre l'appréciation des Drs U _____ et V _____ puisqu'il a souligné l'absence de pathologie objectivable et la présence d'une hyperpathie dans son premier rapport, et qu'il a confirmé dans son rapport du 10 décembre 2012 que les examens radiologiques n'avaient pas permis de déterminer la cause des douleurs de l'assuré. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA non publié I 131/07 du 17 décembre 2007, consid. 3.1). Enfin, le Dr A _____, à l'instar des médecins de la CRR et de la Dresse N _____, ne préconise aucune mesure médicale ni traitement qui serait susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré. On soulignera pour le surplus que l'assuré ne produit aucun rapport attestant qu'il suit un traitement médical. Il ne s'est d'ailleurs pas représenté chez le Dr A _____ après les examens radiologiques diligentés par ce dernier. Compte tenu de ces éléments, il y a lieu d'admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 1^{er} mars 2012 et qu'il n'existait à cette date aucun traitement susceptible de l'améliorer, ce qui suffit à sceller le sort du droit aux indemnités journalières comme cela ressort des dispositions légales et de la jurisprudence citée. Partant, c'est à bon droit que la SUVA a mis un terme à la prise en charge des indemnités journalières et des soins médicaux à cette date. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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