

GE_GERICHTE A/2456/2017 vom 20. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2456_2017

FR: GE_GERICHTE A/2456/2017 du 20 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/2456/2017 del 20 aprile 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VANDOEUVRES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre ZÜRICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sis Division sinistres-Litigation, ZÜRICH intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, divorcé depuis 1999, père de trois enfants nés respectivement en 1985, 1988 et 1990, domicilié dans le canton de Genève depuis octobre 2009, cuisinier de formation, a exercé des activités à plein temps dans le domaine de la restauration depuis 1981, en dernier lieu, depuis 1998, comme cuisinier dans un établissement médico-social à B_____, en étant à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée). [endif]>![if> 2. Le 12 février 2008, à Grimentz (VS), l'assuré a été victime d'un accident lors d'un vol en parapente en tandem, qu'un flux d'air défavorable a rabattu contre une paroi rocheuse, que son corps a percutée à plusieurs reprises au cours de cette chute avant de tomber au sol. Il a été admis le même jour à l'hôpital de Sion (VS), où ont été diagnostiquées une fracture du pouce gauche, une fracture bimalléolaire de la cheville gauche, une fracture intercondylienne comminutive du fémur distal gauche, un traumatisme crânien simple et une entorse moyenne de la cheville gauche. Le 28 février 2008, après une réduction de la fracture du fémur distal gauche, l'assuré a été transféré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où ont été pratiquées les interventions nécessitées par les lésions subies et lui ont été prodigués les soins appropriés à son état de santé. [endif]>![if> 3. Sous réserve d'une tentative de reprise de son activité à 50 % du 1^{er} septembre au 30 octobre 2008, l'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le jour de l'accident précité. Ses rapports de travail avec son employeur ont pris fin le 31 octobre 2009. L'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 28 février 2009. Sur délégation de l'office AI du canton de Saint-Gall, l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI) a mis sur pied en sa faveur un stage d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 26 septembre 2011 au 26 août 2012, dans les domaines de l'horlogerie et comme maître socio-professionnel dans la restauration, orientations qui se sont révélées inadaptées aux limitations de l'assuré. L'OAI a octroyé à ce dernier un reclassement professionnel, prévu du 27 août 2012 au 31 août 2014, comme assistant socio-éducatif aux EPI, formation qui a fait l'objet d'une rupture au 31 août 2013 et a été remplacée par un engagement aux EPI dès le 1^{er} septembre 2013 comme travailleur au sein du service socioprofessionnel des EPI à un taux de 50 %, sur la base d'un rapport du docteur C_____, psychiatre que l'assuré consultait depuis mai 2013, évaluant la capacité de travail de ce dernier à 50 % dans une activités adaptée à ses limitations physiques. [endif]>![if> 4. Dans le cadre de l'instruction du droit de l'assuré aux prestations de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA -

RS 832.20), l'assureur a appris que l'assuré avait consulté plusieurs médecins pour des problèmes n'apparaissant pas tous être en lien avec l'accident précité, à savoir :

- le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, pour une faiblesse et des troubles sensitifs distaux du membre supérieur droit et des acouphènes gauches ;
- la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour des épisodes d'arthrite récidivante au niveau des mains, suite à une goutte oligo-articulaire, dont la proposition thérapeutique était la poursuite d'une abstinence à l'alcool mise en place depuis mai 2014 ;
- le docteur F_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, pour une surdité brusque à gauche ;
- la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour l'ensemble de ces troubles ;
- le Dr C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, pour de la tension, de l'angoisse, avec un ralentissement psychomoteur et un sentiment de dévalorisation ;
- les HUG, pour un spondylodiscarthrose L5-S1.

L'assureur a alors mis sur pied une expertise pluridisciplinaire, confiée à la clinique Corela et dans le cadre de laquelle ont eu lieu, respectivement :

- le 2 juin 2015, une consultation de l'appareil locomoteur, membres supérieurs, auprès du docteur H_____, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur ;
- le 13 juin 2015, une consultation de l'appareil locomoteur, membres inférieurs, auprès du docteur I_____, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur ;
- le 13 juin 2015, une consultation de neurochirurgie, auprès du docteur J_____, neurochirurgien ;
- le 20 juillet 2015, une consultation de psychiatrie, auprès du docteur K_____, psychiatre.

Le rapport d'expertise, comportant 302 pages et signé par les quatre médecins précités, a été établi le 30 septembre 2015.

Les limitations somatiques retenues par les experts étaient, pour le dernier emploi de cuisinier, la station debout prolongée, la marche prolongée, la préhension manuelle fine ou forcée, l'utilisation fréquente du pouce contre résistance, le port de charges très légères (< 5 kg occasionnellement) à très lourdes (> 50 kg occasionnellement) et/ou > 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence près du corps, la marche en escaliers et la position accroupie, et en plus, pour un emploi adapté, le travail en hauteur sur échafaudage, l'exposition au froid et la conduite d'un véhicule professionnel. Les experts ne retenaient pas de limitations psychiques en lien de causalité avec l'accident, mais relevaient qu'en raison d'un syndrome de dépendance à l'éthyle, la reprise d'un emploi de cuisinier était contre-indiquée, de même que l'exercice de tout métier impliquant un contact avec les boissons éthanolées. Dans la profession de cuisinier, il fallait retenir une totale incapacité de travail, pas uniquement en lien avec les seules conséquences de l'accident, bien que le seul plan accidentel contre-indiquât à lui seul la poursuite de l'activité de cuisinier (des pathologies dégénératives cervicales et lombaires étagées, sans lien avec l'accident, amenaient aussi à elles seules à attester une totale incapacité de travail dans ladite activité).

Dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail était de 100 % du 12 février 2008 au 21 avril 2010, de 0 % sans baisse de rendement du 22 avril 2010 au 24 mars 2011, de 100 % du 25 mars au 24 juin 2011 (en raison d'une arthroplastie de la hanche gauche), et de 0 % dès le 25 juin 2011. Sur le plan psychiatrique, aucun des diagnostics annoncés par les médecins traitants ne pouvaient être retenus. Il existait par ailleurs un syndrome de dépendance à l'éthyle, sans lien de causalité avec l'accident du 12 février 2008 ; ancienne d'après l'anamnèse, la prise d'éthyle restait actuelle, ayant été confirmée par les résultats d'examen biologique lors des rendez-vous d'expertise. L'assuré subissait une atteinte à l'intégrité physique, que les experts évaluaient à 80 %.

Le 14 janvier 2016, l'assuré s'est plaint de ce que l'expertise de la clinique Corela ne retenait pas

le diagnostic de dépression, se référant à ce propos à un rapport du Dr C_____ du 8 décembre 2015 faisant état du fait qu'il souffrait depuis l'accident du 12 février 2008 d'un épisode dépressif, alors de degré moyen, dans le cadre d'un trouble de l'humeur récurrent. Prenant position à ce propos par courrier du 16 février 2016 (Z 226), signé « sous dictée » par le docteur L_____, « _____ » de la clinique Corela, cette dernière a objecté que le psychiatre traitant de l'assuré ne discutait pas le diagnostic de troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance active, retenu par l'expertise, alors que les prises d'éthyle pouvaient se poursuivre et être responsables de troubles d'allure psychiatrique, en particulier de plaintes de fatigue, troubles de la concentration, troubles de la mémoire et difficultés d'apprentissage. Un trouble de l'humeur évoluant depuis 2008 n'était pas retenu, en l'absence des critères nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic et d'un traitement adapté à un tel trouble (absence de prise en charge avant 2013, fréquence mensuelle du suivi, absence d'une médication psychotrope durable et significative). Par courrier du 8 mars 2016 (Z 231), l'assuré a contesté ce point de vue, s'étonnant qu'il émane d'un médecin dont il n'apparaissait pas qu'il avait participé à l'expertise. Il a relevé qu'une expertise multidisciplinaire allait être mise sur pied dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'AI. Le 5 avril 2016, le Dr L_____ de la clinique Corela a indiqué que le courrier précité du 16 février 2016 avait été dicté par le Dr K_____ et, en l'absence de ce dernier, visé par ses soins, et que le Dr K_____ restait à disposition pour le contresigner si nécessaire. Par courrier du 11 mai 2016, l'assuré a mis en doute que le Dr K_____ avait dicté ledit courrier, ajoutant qu'il ne semblait pas être spécialiste FMH en psychiatrie et demandant à savoir qui avait préparé et rédigé le rapport d'expertise avant sa signature et à connaître la date du consilium intervenu entre les experts. Il contestait toute force probante à l'expertise de la clinique Corela. Il a produit un rapport d'expertise psychiatrique établi le 9 mai 2016 à sa demande par le docteur M_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Il estimait avoir droit aux prestations de la LAA sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, avec effet rétroactif au jour de l'accident. Le 14 juin 2016, la clinique Corela a indiqué à l'assuré que le titre de spécialiste FMH n'était pas une condition sine qua non pour pouvoir rendre une expertise médicale, et, le 27 juin 2016, elle a transmis à l'assureur le courrier précité du 16 février 2016, signé par le Dr K_____ (Z 243). 7. À teneur du rapport d'expertise précité du Dr M_____ du 9 mai 2016, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et de traits de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ces deux diagnostics avaient une influence directe sur la capacité de travail de l'assuré, rendant ce dernier inapte à exercer une activité professionnelle dans un milieu non protégé, ce depuis l'accident du 12 février 2008. Le Dr M_____ ne retenait pas de syndrome de dépendance à l'alcool, même si l'assuré décrivait une période d'alcoolisation en 2013, période correspondant à une aggravation de son trouble psychique et en étant directement la conséquence. Tous les diagnostics retenus étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident précité. Il n'y avait pas d'élément permettant de penser que l'assuré présentait avant l'accident un problème psychique quelconque. Le traitement que suivait l'assuré était approprié, pas anormalement long mais pénible ; plusieurs éléments avaient entravé le processus de récupération psychique (durée du traitement orthopédique, nombre d'opérations, progressive désinsertion sociale et professionnelle, douleurs chroniques, démarches administratives et juridiques). D'un point de vue psychique, le pronostic était réservé, et le risque suicidaire important. 8. Par décision du 12 décembre 2016, contre laquelle une opposition n'aurait pas d'effet suspensif,

l'assureur a mis fin au 31 août 2013 à la prise en charge du traitement médical et au versement d'une indemnité journalière, et il a alloué à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de CHF 1'772.- dès le 1^{er} septembre 2013 sur la base d'un gain assuré de CHF 85'721.26 et d'un degré d'invalidité de 31 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 % représentant CHF 100'800.-. [endif]> [if> Le Dr K_____ – auquel l'assureur disait que l'expertise du Dr M_____ avait été soumise – avait confirmé sa position précédemment exprimée. L'assureur relevait que si le Dr C_____ n'évoquait pas la prise d'éthyle (mais une consommation dans les limites de la norme), la Dresse E_____ avait proposé, contre l'arthrite goutteuse, la poursuite de l'abstinence à l'alcool mise en place depuis mai 2014 et les examens biologiques pratiqués par les experts de la clinique Corela avaient démontré que l'assuré n'était pas abstinent et consommait de l'alcool au-delà des limites de la norme. Il n'y avait pas de motif d'écarter les conclusions des experts de ladite clinique. L'assuré n'était plus en mesure d'exercer sa profession de cuisinier, mais avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par projet de décision du 15 mars 2016, l'AI prévoyait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, retenant un degré d'invalidité de 18 % (ce que l'office AI du canton de Saint-Gall fera par décision du 17 janvier 2017, contre laquelle l'assuré recourra le 10 février 2017 auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall). L'assuré travaillait aux EPI à un taux de 50 %, sans exploiter la part restante de sa capacité de gain. Son revenu d'invalidité, déterminé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2012, adapté au salaire 2013 et à un temps de travail hebdomadaire de 41.7 heures, et compte tenu d'un abattement de 15 % en raison des séquelles présentées par l'assuré, était de CHF 60'369.68. Son revenu sans invalidité en 2013 aurait été de CHF 87'978.30. Sa perte de gain, de CHF 27'608.62, représentait le 31 % de son revenu sans invalidité. Appliqué au 80 % de son gain assuré de CHF 85'721.26 (donc à CHF 68'577.-), qui serait dû en cas d'invalidité totale, ce taux de 31 % donnait une rente de base annuelle de CHF 21'258.87, donc une rente de base mensuelle de CHF 1'772.-, dès le 1^{er} septembre 2013. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité représentait le 80 % de CHF 126'000.-, soit du montant du salaire maximum assuré appliqué le 12 février 2008 ; elle était ainsi de CHF 100'800.-. 9. Le 20 décembre 2016, l'assuré a demandé à l'assureur de lui transmettre par retour de courrier la détermination de la clinique Corela sur le rapport d'expertise du Dr M_____, indiquant envisager de faire opposition à la décision précitée. Il disait en revanche accepter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 100'800.-. [endif]> [if> Le 28 décembre 2016, l'assureur a indiqué à l'assuré que la détermination de la clinique Corela sur ledit rapport d'expertise était constituée par le renvoi du 27 juin 2016, signé cette fois-ci par le Dr K_____, de la prise de position (non modifiée) de ce dernier du 16 février 2016. 10. Par recommandé du 11 janvier 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée du 12 décembre 2016. [endif]> [if> Il fallait retenir un syndrome dépressif moyen (F33.1) ainsi qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), conformément au rapport d'expertise du Dr M_____, ayant pleine valeur probante et sur lequel la clinique Corela ne s'était en réalité par prononcée. Le Dr M_____ avait mentionné que l'assuré avait eu une période d'excès d'alcool en 2013, à mettre en lien de causalité avec son trouble psychique (dépression) dû à l'accident considéré. Le lien de causalité naturelle entre ce dernier et les affections psychiques de l'assuré était établi, et il fallait retenir également un lien de causalité adéquate, compte tenu du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques (multitude de fractures), de la durée anormalement longue du traitement

médical, des douleurs physiques persistantes, et du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. La capacité de travail de l'assuré était nulle en dehors d'un milieu protégé en raison de l'état dépressif moyen de ce dernier et de la modification durable de sa personnalité après une expérience de catastrophe. L'assuré concluait principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité maximale (80 % du salaire assuré), et subsidiairement (si une capacité de travail résiduelle était retenue) à l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 89 %, compte tenu d'un revenu avec invalidité à 50 % de CHF 12'000.-, ramené à CHF 9'600.- par application d'un taux d'abattement de 20 % au regard de ses multiples limitations, donc d'une perte de gain de CHF 78'378.30 (CHF 87'978.30 – CHF 9'600.-). 11. Par décision sur opposition du 4 mai 2017, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 12 décembre 2016. [endif]>![if> Seul était litigieux le taux d'invalidité, en particulier le revenu d'invalidité retenu. Le rapport d'expertise de la clinique Corela avait pleine valeur probante, contrairement à celui du Dr M_____. Ce dernier, mandaté par l'assuré, ne relevait rien de particulier dans les constatations objectives, mais posait un diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et relevait des traits (et non des troubles) de la personnalité après une expérience de catastrophe, traits qui n'influençaient pas la capacité de travail ; le rapport du Dr M_____ se basait sur les indications fournies par l'assuré, et non sur des examens complets. Une divergence importante concernait la dépendance à l'alcool ; celle-ci était établie (y compris par des tests), mais n'était pas en lien de causalité avec l'accident ; il était peu vraisemblable que les consommations problématiques n'avaient commencé qu'après l'accident, compte tenu d'un faisceau d'indices rétrospectifs de conséquences courantes d'une dépendance (rupture affective initiée par l'ex-épouse de l'assuré ; première crise de goutte en 1985, maladie associée à une consommation éthylique abusive ; terrain familial prédisposant avec un frère cadet décédé des suites d'un abus d'éthyle et de drogues) ; l'accident considéré n'avait pas pu engendrer un tel trouble secondaire (traumatisme crânien bénin, indirect, sans lésion cérébrale séquellaire ; aucun signe comportemental de labilité, d'impulsivité, de désinhibition, ni aucune modification émotionnelle ; pas de trouble psychiatrique en lien avec ledit traumatisme ayant pu conduire à une dépendance éthylique). L'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations somatiques ; les éventuels critères justifiant un emploi comme auxiliaire dans un milieu protégé n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Le revenu d'invalidité devait être déterminé sur la base de l'ESS (table statistique TA1 2012, total, niveau de compétence 2), en adaptant ce revenu au temps de travail hebdomadaire et à l'évolution du salaire pour 2013. Un abattement de 15 % était correct, seules les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré entrant à cet égard en considération. 12. Par acte du 6 juin 2017, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant préalablement à l'audition des Drs M_____ et K_____ (subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire), et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents (d'une rente d'invalidité) fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, sous suite de frais et dépens. [endif]>![if> C'était à tort que le rapport d'expertise de la clinique Corela ne retenait pas un syndrome dépressif moyen à sévère et que, dans son courrier du 16 février 2016, ladite clinique estimait que la prise d'éthyle serait responsable des affections psychiatriques de l'assuré. Comme le Dr M_____ l'avait retenu, l'excès de consommation d'alcool n'avait existé qu'après l'accident considéré ; il avait correspondu à une aggravation de son trouble psychique et en

avait été directement la conséquence ; le trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et les traits de la personnalité après une expérience de catastrophe étaient la conséquence directe de l'accident, et ils rendaient l'assuré inapte à exercer une activité professionnelle dans un milieu non protégé. Ce n'était que pure spéculation que d'affirmer que la prise excessive et temporaire d'alcool était corroborée par une rupture affective, une crise de goutte remontant à plus de vingt ans et une prédisposition familiale. L'assuré n'avait pas été conscient de son état dépressif, si bien qu'il n'avait consulté un psychiatre qu'en 2013 sous l'impulsion de son médecin généraliste traitant (la Dresse G_____). La clinique Corela relevait que l'assuré avait subi un accident grave et impressionnant ; le lien de causalité adéquate devait être admis, au demeurant également en cas de gravité moyenne à la limite de l'accident grave, compte tenu du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques (multitude de fractures), de la durée anormalement longue du traitement médical, des douleurs physiques persistantes, et du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. L'affection psychiatrique de l'assuré devait être prise en considération dans la détermination de sa capacité de travail. Celle-ci était nulle, ou uniquement de 50 % dans un milieu protégé ; un abattement de 25 % sur un revenu d'invalidé se justifiait au regard des nombreuses limitations somatiques de l'assuré ; le degré d'invalidité serait alors de 90 %.

13. Par mémoire du 30 juin 2017, l'assureur a conclu au rejet du recours. [endif]>![if> Il y avait divergence quant à l'existence d'une affection psychique et, en cas d'affirmation de cette dernière, quant à son lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident considéré. Il ne pouvait être retenu de diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent, car – ainsi que la clinique Corela l'avait expliqué dans son courrier du 16 février 2016 – la prise concomitante d'éthyle excluait un tel diagnostic, et la symptomatologie décrite pour la période 2012-2013 ne démontrait pas les critères majeurs et mineurs permettant de retenir un épisode dépressif ; le suivi auprès d'un psychiatre avait commencé plus de cinq ans après l'apparition annoncée par le psychiatre traitant ; aucune médication psychotrope durable et significative n'avait été prescrite. Le cas échéant, une affection psychique telle que décrite par l'assuré ne pouvait être due à l'accident considéré ; l'expert psychiatre K_____ relevait comme seuls troubles psychiques des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance qui persistait, sans que n'existent d'éléments devant amener à considérer la consommation éthylique excessive comme un trouble secondaire. En l'absence de causalité naturelle, il n'y avait pas matière à évoquer une causalité adéquate. L'assuré devait se voir reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Un abattement de 15 % du revenu d'invalidé se justifiait au regard des séquelles physiques, mais pas des autres critères susceptibles d'entrer en considération dans d'autres cas (âge, nationalité, années de service, catégorie d'autorisation de séjour).

14. Par réplique du 14 août 2017, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours. [endif]>![if> Il fallait confronter les Drs M_____ et K_____. C'était à tort que l'assureur considérait, subsidiairement, qu'une affection psychique serait en relation avec la consommation d'éthyle et non avec l'accident considéré. Le trouble dépressif était en lien avec ledit accident.

15. Le 29 août 2017, l'assureur a renoncé à présenter une duplique. [endif]>![if>

16. Par courrier du 5 février 2018, l'assuré a produit, dans une version anonymisée, un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 22 décembre 2017 dans la cause 2C_32/2017, confirmant pour l'essentiel un retrait de l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois, que le département genevois de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : DEASS) avait infligé le 25 juin 2015 à un

centre de traitement et d'expertise médicale inscrite au registre du commerce du canton de Genève (dont il pensait qu'il s'agissait de la clinique Corela), pour des faits graves survenus dans des dizaines de cas (modifications d'expertises, y compris de diagnostics, apportées par le responsable de la clinique, qui n'avait procédé à aucun examen clinique des expertisés, sans même en avoir toujours informé le médecin chargé de l'expertise, et rédaction par ledit responsable de la première version d'expertises, non communiquée aux parties). S'il se confirmait que le centre d'expertise médicale concerné par cet arrêt était la clinique Corela, il faudrait écarter du dossier le rapport d'expertise établi par cette clinique dans le cas de l'assuré et ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, d'autant plus que le responsable de ladite clinique était intervenu en l'espèce dans des conditions troubles.

17. Le 22 février 2018, la CJCAS a convoqué, pour le 13 mars 2018, une audience de comparution personnelle des parties ainsi que d'audition, à titre de témoins des Drs L_____ (ayant fait savoir au greffe qu'il pourrait renseigner la CJCAS sur ledit dossier, étant précisé que le Dr K_____ ne travaillait plus pour la clinique Corela et était installé comme psychiatre au sud de la France), M_____, C_____ et E_____, et, le 23 février 2018, elle a posé au Dr K_____ diverses questions par écrit, et lui faire part de sa réponse écrite pour le matin du 12 mars 2018.

18. Par courrier du 27 février 2018, l'assuré a produit un extrait de la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève (ci-après : FAO) du 21 février 2018 désignant la clinique Corela (devenue Medlex SA) comme la clinique ayant fait l'objet de l'arrêt précité 2C_32/2017 du Tribunal fédéral, de même que des articles de presse des 24 et 25 février 2018 (faisant mention de modifications par des personnes inconnues exerçant à Madagascar d'expertises effectuées par la clinique Corela).

19. Par fax du 12 mars 2018 en fin d'après-midi, le Dr L_____ a informé la CJCAS que n'ayant pu se faire expliquer ce cas complexe en détail par le Dr K_____, il n'était pas en mesure de la renseigner valablement et ne viendrait donc pas à l'audience du lendemain. Il n'avait été lui-même ni expert ni témoin dans ce dossier ; il n'avait fait qu'expédier des courriers préparés par le Dr K_____, s'étant installé progressivement au sud de la France entre 2014 et juin 2016, répondant à des expertises que celui-ci avait effectuées pour la clinique Corela. Le Dr K_____ serait d'accord de se déplacer à Genève pour audition en mai, aux dates que celui-ci communiquerait à la CJCAS.

20. Le 13 mars 2018, en audience de comparution personnelle, l'assuré a déclaré que l'AI avait renoncé à faire une expertise multidisciplinaire et lui avait refusé, par décision du 17 janvier 2017, des prestations de l'AI, en particulier toute rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 19 %. Il avait recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall, qui n'avait pas encore statué sur ce recours. Aujourd'hui, l'assuré éprouvait des doutes sur la force probante de l'intégralité de l'expertise de la clinique Corela, donc également sur les volets somatiques, alors que l'objet litigieux se limitait jusque-là à la reconnaissance ou non d'une invalidité psychiatrique due à l'accident de parapente du 12 février 2008, question qui – d'après l'assureur – constituait l'objet du litige, au-delà duquel il n'y avait pas lieu de faire porter d'éventuelles nouvelles investigations.

21. Lors de son audition, le 13 mars 2018, le Dr M_____ a expliqué que l'avocat de l'assuré avait fait appel à lui pour une expertise psychiatrique (le volet somatique n'étant pas contesté), en sa qualité de spécialiste en psycho-traumatologie. Il avait travaillé notamment sur la base des 250 premières pages du rapport d'expertise de la clinique Corela, mais n'avait pas disposé des pages suivantes concernant le volet psychiatrique de cette expertise (donc des quelque 50 pages dudit rapport consacrées à ce volet psychiatrique) ; il

avait eu un contact avec le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr C _____, et avait eu un entretien d'évaluation d'environ soixante minutes avec l'assuré, qui avait par ailleurs rencontré aussi une fois la psychologue O _____ travaillant avec lui. ![endif]>![if>

L'expert M _____ avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1 de la CIM-10) d'intensité moyenne, compte tenu des déclarations de l'assuré révélant des signes caractérisant ledit diagnostic – soit en l'occurrence la fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'attention, un abaissement de l'humeur avec ruminations et par moments, anciennement, des idées suicidaires –, de façon durable avec des périodes de mieux-être. Il avait aussi posé le diagnostic de traits de personnalité après une expérience de catastrophe (moins grave que celui de trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe), qui se manifestaient, pour l'assuré, surtout dans la communication avec autrui (méfiance prononcée par rapport au monde et à l'entourage, forte irritabilité, hyper vigilance). Des propos de l'assuré mais aussi de son expérience professionnelle, le témoin avait acquis la conviction que l'assuré avait subi, du fait de son accident de février 2008, une transformation de sa vision du monde et de sa personnalité, dans le sens d'un repli social et d'une perte d'espoir. Il n'était pas exceptionnel qu'il ait fallu cinq ans pour que cela ressorte, tant pour l'assuré lui-même que pour les médecins somaticiens qui le suivaient. L'assuré lui avait dit qu'il avait consommé en 2013 de l'alcool de manière excessive, peut-être même auparavant mais pas antérieurement à l'accident ; en 2016, lors de l'entretien d'évaluation, il ne présentait pas de signe d'alcoolisme. Un tel problème n'avait rien de surprenant ; 50 % des personnes souffrant de séquelles d'un traumatisme psychique (le fait d'avoir littéralement vu la mort en face dans le cas de l'assuré) présentaient une addiction à un produit psychotrope ; la consommation d'alcool, à comprendre comme une automédication, était en lien de causalité avec l'accident. Les deux pathologies diagnostiquées étaient la conséquence directe du traumatisme du 12 février 2008 ; il n'y avait aucun élément permettant de penser que l'assuré présentait un trouble psychique avant son traumatisme. C'est ce dernier qui avait entraîné une modification du psychisme de l'assuré, y compris la problématique de la consommation d'alcool, qui était de nature secondaire (et non primaire). L'assuré avait une capacité de travail de 50 % dans un milieu protégé, mais nulle sur un marché équilibré du travail, que ce soit comme cuisinier ou dans n'importe quelle autre activité, compte tenu de son caractère forgé par le traumatisme (référence étant faite à son hyper vigilance, son irritabilité, son incapacité à accepter une quelconque injustice). L'expert M _____ était disposé à prendre position sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise de la clinique Corela (ce qui lui a été demandé dans le prolongement de son audition, par courrier du 13 mars 2018). 22. Également entendu le 13 mars 2018, le Dr C _____, psychiatre traitant de l'assuré depuis 2013, a déclaré qu'il avait diagnostiqué chez ce dernier une dépression d'intensité moyenne, pouvant être qualifiée de récurrente dans la mesure où l'assuré avait eu un autre épisode dépressif bien antérieurement, dans le cadre de son divorce. En 2013, le témoin avait retrouvé les signes caractéristiques des troubles du sommeil, de l'appétit, de la tristesse, du découragement, de la culpabilité, avec des cauchemars et par moments des idées noires, un sentiment de dévalorisation et d'humiliation. Il n'avait pas constaté de dépendance à l'éthyle ; sa consommation d'alcool, dans la norme (deux à trois verres par jour), n'était révélatrice d'aucun trouble psychique. Depuis 2013, l'assuré restait dans un état constant de dépression, d'intensité moyenne, qui était la conséquence de l'accident du 12 février 2008 et n'était pas tributaire du premier épisode dépressif remontant à l'époque du divorce de l'assuré. Le traitement n'avait pas été médicamenteux, mais avait tenu et tenait en une

psychothérapie. Le témoin n'avait pas diagnostiqué d'autre trouble psychique (en particulier pas celui de trouble ou de traits de personnalité après une expérience de catastrophe). Le trouble dépressif récurrent dont souffrait l'assuré affectait de façon importante sa capacité de travail, de façon intriquée avec les séquelles physiques et neurologiques de l'accident. Pour son activité habituelle de responsable de cuisine, l'assuré présentait une totale incapacité de travail, pour des raisons tant physiques que psychiques. Dans une activité adaptée à ses limitations, sa capacité de travail était au maximum de 50 % dans un milieu adapté, mais nulle sur un marché équilibré du travail. D'un point de vue psychiatrique, ses limitations consistaient en une fatigabilité, un manque de concentration, un manque d'énergie, des ruminations, un sentiment de découragement. !

23. Lors de son audition le 13 mars 2018, la Dresse E_____ a indiqué avoir vu l'assuré pour des problèmes de rhumatologie, six fois en 2014, trois fois en 2015, trois fois en 2016 et une fois en 2017, dans un premier temps pour un problème de goutte oligo-articulaire, sans qu'il n'apparaisse (y compris au travers du suivi biologique, dont le témoin a versé les rapports d'analyse au dossier) que l'assuré consommait de l'alcool de façon excessive, puis, dès 2015, essentiellement pour des problèmes mécaniques (périarthrites de hanche) en partie liés à l'accident du 12 février 2008, ayant été résolu par le biais d'une opération.

24. Par courrier daté du 7 mars 2018, reçu le 14 mars 2018, le Dr K_____ a écrit à la CJCAS qu'il prévoyait de venir à Genève le 25 mai ou le 15 juin 2018, et il répondait aux questions écrites lui ayant été posées. !

Il disposait d'une formation complète de psychiatre, reconnue par l'office fédéral de la santé publique, ainsi que d'un droit de pratique dans le canton de Genève. Il avait travaillé pour la clinique Corela pendant des années, jusqu'en 2016. C'était bien lui qui avait, personnellement et effectivement, participé comme expert psychiatre à l'expertise de l'assuré. Il y avait eu un concilium entre les quatre experts ayant participé à cette expertise. Lui-même était bien personnellement l'auteur de toute la partie du rapport d'expertise abordant le volet psychiatrique, et personne ne modifiait ses rapports sans son consentement. C'était bien lui qui avait dicté le courrier du 16 février 2016 visé par le Dr L_____, à la suite d'un courrier du mandant de l'assuré. Il n'avait pas eu connaissance du rapport d'expertise psychiatrique du 9 mai 2016 du Dr M_____, ni n'avait été appelé à se déterminer à son propos. Il n'avait pas d'autres remarques à formuler.

25. Par courrier du 2 avril 2018, le Dr M_____ s'est prononcé sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise de la clinique Corela, signé par le Dr K_____. !

Il n'avait pas trouvé d'éléments permettant de poser le diagnostic de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool retenu par le Dr K_____. L'assuré avait reconnu une période d'alcoolisation en 2013, et même pour le cas où il aurait toujours présenté un problème d'alcool par la suite, le Dr M_____ réitérait que ce trouble psychique était en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 février 2008. Il était en complet désaccord avec le Dr K_____ en tant que celui-ci affirmait que les suites de cet accident n'avaient pas été marquées par un trouble psychiatrique, quel qu'il soit, en lien de causalité avec ce traumatisme, qui aurait pu conduire à une dépendance éthylique. C'était un apriori que de retenir que la plupart des gens parvenaient à trouver d'autres stratégies que l'alcool pour faire face à un traumatisme et que le fait de commencer à avoir recours à l'éthyle pour surmonter une telle épreuve dénoterait d'un terrain prédisposant, fragile, et d'un passé déjà marqué par une propension à utiliser la substance dans certaines conditions difficiles ou de stress majeur. Le fait que l'assuré était suivi par des médecins somaticiens et bénéficiait d'antalgiques n'impliquait pas qu'il n'avait pas mal. Le Dr M_____ contestait également que l'anamnèse de l'assuré

n'était absolument pas évocatrice d'une déviation suggérant un trouble de la personnalité. Lui-même avait constaté que l'assuré présentait des traits de personnalité rigide et inadaptée, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel ; il avait une attitude hostile et méfiante envers le monde en général, présentait un retrait social, des sentiments de vide et de perte d'espoir, l'impression permanente d'être « sur la brèche » comme s'il était constamment menacé. 26. Le 9 avril 2018, la CJCAS a indiqué aux parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique, qu'elle allait confier au docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et elle leur a transmis les questions qu'elle souhaitait poser audit expert, en leur impartissant un délai au 20 avril 2018 pour faire valoir un éventuel motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti et se déterminer sur les questions prévues et le cas échéant en proposer d'autres. 27. Par courrier du 16 avril 2018, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti, demandé que le rapport d'expertise de la clinique Corela soit écarté du dossier (donc non transmis audit expert), et requis l'ajout des deux questions de savoir s'il convient le cas échéant de retenir une diminution de rendement et, pour le cas où une capacité de travail dans une activité adaptée serait retenue, si le recourant dispose des ressources et facultés nécessaires pour une adaptation à une telle activité. 28. Par courrier du 16 avril 2018, l'assureur a indiqué n'avoir pas de motif de récuser l'expert pressenti et s'est déclaré avec les questions que la CJCAS prévoyait de soumettre audit expert. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue sur opposition en application de la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Déposé le 6 juin 2017 (soit le mardi de Pentecôte) contre une décision sur opposition du 4 mai 2017, reçue le 5 mai 2017, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu du report au premier jour utile d'un délai échéant un dimanche ou un jour férié, comme l'étaient respectivement le dimanche de Pentecôte 4 juin 2017 et le lundi de Pentecôte 5 juin 2017 (art. 38 al. 3 et 60 LPGA ; art. 1 al. 1 let. e de la loi sur les jours fériés du 3 novembre 1951 - J 1 45). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc recevable. 2. Il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident de parapente, le 12 février 2008, dont l'intimée devait prendre en charge les conséquences en tant qu'elles s'inscrivaient dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident, et que l'intimée a effectivement pris en charge les nombreux traitements médicaux et chirurgicaux qu'a nécessité cet accident sur le plan somatique, ainsi que la perte de gain, et qu'il a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 % représentant CHF 100'800.-. Il n'est pas non plus contesté que le recourant est dans l'incapacité totale d'exercer sa profession habituelle de cuisinier. Les limitations somatiques du recourant sont par ailleurs admises par les parties.

Il y a en revanche contestations sur le fait que le recourant posséderait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée auxdites limitations, en considération d'affections psychiques que l'accident considéré aurait causées chez l'assuré. Le litige porte ainsi sur l'existence d'affections psychiques, qui soient au surplus en lien de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident de parapente, et, le cas échéant, sur leur répercussion sur la capacité de gain du recourant. 3.

a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. 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). Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2016 du 9 mars 2017), en présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature

particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts 8C_897/2009). 4. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c/bb. 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 ; 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). c/cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c/dd. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant a été 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). 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. À 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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). c/ee. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

5. a. En l'espèce, le dossier comporte un rapport d'expertise psychiatrique du Dr K_____ de la clinique Corela, dont l'intimée a suivi les conclusions, à savoir que le recourant ne serait atteint, du fait de son accident de parapente, d'aucune affection psychiatrique, étant précisé que ledit expert retenait certes un diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, mais excluait tout lien de causalité naturelle entre ledit accident et ce syndrome de dépendance active. >!
b. L'expert mandaté par l'assureur a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, que posait – et maintient – le psychiatre traitant du recourant, le Dr C_____. Il a estimé que l'anamnèse ne permettait pas d'identifier les critères diagnostiques d'un épisode dépressif récurrent, ni en 1999 dans le contexte du divorce du recourant, ni ultérieurement. Il est vrai que le psychiatre traitant n'avait pas prescrit de traitement médicamenteux contre la dépression. Il appert cependant que l'expert K_____ a évalué les symptômes décrits (en particulier une fatigue physique et psychique, une tristesse, une déception, des angoisses, des pleurs) à travers le spectre d'une dépendance éthylique, que n'avait pourtant constatée ni le psychiatre traitant C_____, ni la Dresse E_____ (y compris au regard de rapports

d'analyse), et qui n'est admise que pour 2013 (quelque cinq ans après l'accident considéré).

c. Postérieurement à l'expertise du Dr K_____, est intervenue l'expertise effectuée par le Dr M_____, certes sur mandat du conseil du recourant mais en dehors de tout lien thérapeutique. Or, ledit expert, spécialiste en psycho-traumatologie, a, le 9 mai 2016, posé deux diagnostics psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, à savoir un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et des traits de personnalité après une expérience de catastrophe, et il n'a pas posé celui de dépendance à l'alcool, en dépit d'une période d'alcoolisation en 2013, à comprendre comme directement liée à l'aggravation de ses troubles psychiques. Le Dr M_____ a confirmé sa position lors de son audition du 13 mars 2018, insistant sur le fait que c'était bien l'accident de parapente (lors duquel le recourant avait vu la mort en face) qui avait généré les deux pathologies psychiatriques précitées, y compris une problématique de consommation d'alcool, qui était de nature secondaire et non primaire. Invité à se déterminer sur le volet psychiatrique de l'expertise de la clinique Corela (dont il n'avait pas eu connaissance, contrairement à ce qu'il avait affirmé l'intimée), il a maintenu, le 2 avril 2018, que, quant à lui, il n'avait pas trouvé d'éléments permettant de poser le diagnostic de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, et il s'est déclaré en complet désaccord avec l'affirmation de l'expert K_____ que l'accident considéré n'avait pas causé de trouble psychiatrique au recourant.

d. Force est de constater que la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr K_____ se trouve pour le moins fragilisée par les rapports et déclarations des Drs M_____, C_____ et E_____, sans que, pour autant, il ne soit possible de retenir l'avis des deux psychiatres précités que la capacité de travail du recourant est nulle sur un marché du travail équilibré, et d'au maximum 50 % dans une activité adaptée à ses limitations uniquement en milieu protégé.

6. a. Il s'impose d'ordonner une expertise psychiatrique du recourant, aux fins de déterminer si et, le cas échéant, de quand à quand et dans quelle mesure celui-ci a été et est encore atteint dans sa santé psychique du fait de son accident de parapente du 12 février 2008. L'expertise sera confiée au Dr N_____, à l'encontre duquel aucune des parties n'a émis de motif de récusation et présentant toutes les qualifications requises pour procéder à l'expertise.

b. Il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du recourant d'écarter du dossier le rapport d'expertise de la clinique Corela. L'expert désigné dispose de l'indépendance nécessaire pour s'affranchir, dans la mesure où il l'estimera nécessaire, des constatations et appréciations émises par les experts de ladite clinique, en particulier le Dr K_____ sur le volet seul discuté de la psychiatrie. Le dossier deviendrait au demeurant difficilement compréhensible s'il était amputé dudit rapport d'expertise.

c. Il n'y a pour le surplus pas d'objection à ajouter aux questions prévues pour l'expert celles que suggère le recourant, de savoir d'une part s'il convient le cas échéant de retenir une diminution de rendement et d'autre part, si une capacité de travail dans une activité adaptée était retenue, si le recourant dispose des ressources et facultés nécessaires pour une adaptation à une telle activité.

* * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

2. Commet à cette fin le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey.

3. Charge l'expert d'entreprendre les démarches suivantes et de répondre aux questions suivantes :

A. Prendre connaissance de l'intégralité du dossier.

B. Prendre, si nécessaire, tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité ou expertisé M. A_____, et au besoin auprès de tiers.

C. Procéder à un ou plusieurs entretiens

d'évaluation de M. A_____. !endif>[if> D. Établir un rapport détaillé répondant aux questions suivantes : !endif>[if> 1. quelle est l'anamnèse ?!endif>[if> 2. quelles sont les données subjectives ?!endif>[if> 3. quelles sont les constatations objectives ?!endif>[if> 4. quels sont les diagnostics ?!endif>[if> 5. les troubles psychiatriques le cas échéant diagnostiqués sont-ils la conséquence de l'accident de parapente subi le 12 février 2008 par M. A_____ ? en précisant, pour chacun d'eux, à quel degré de vraisemblance (en pourcent) cela peut être admis ; !endif>[if> 6. ont-ils eu et ont-ils encore un effet sur la capacité de travail de M. A_____ sur un marché du travail équilibré ? et en milieu protégé ? s'agissant respectivement de l'activité habituelle de cuisinier et d'activités adaptées à ses limitations (à énumérer), en précisant, pour chacun d'eux et pris globalement, leur taux d'atteinte à la capacité de travail (en pourcent) et de quelle(s) date(s) à quelle(s) date(s) ; !endif>[if> 7. en cas d'admission d'une capacité de travail (même partielle), faut-il retenir une diminution de rendement ? !endif>[if> 8. en cas d'admission d'une capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant dispose-t-il des ressources et facultés nécessaires pour une adaptation à une telle activité ? !endif>[if> 9. M. A_____ présentait-il des troubles psychiatriques préexistants audit accident de parapente ?!endif>[if> 10. M. A_____ a-t-il besoin de suivre un traitement psychiatrique ? si oui, le(s)quel(s) ?!endif>[if> 11. quelle est sa compliance ? !endif>[if> 12. quel est le pronostic ? !endif>[if> E. Prendre position sur les avis et rapports (notamment) des Drs C_____, K_____ et M_____. !endif>[if> F. Faire toutes autres observations et propositions utiles. !endif>[if> 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance son rapport d'expertise en trois exemplaires. !endif>[if> 5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. !endif>[if> La greffière Marie NIERMARÉCHAL Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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