

GE_GERICHTE A/3039/2021 vom 15. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3039_2021

FR: GE_GERICHTE A/3039/2021 du 15 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE A/3039/2021 del 15 dicembre 2022

Erwägungen

E. 5

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 LPG). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

E. 6

Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

E. 6.1

En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

E. 6.2

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) 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 LPG), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

E. 6.3

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG 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 LPG). 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 LPG). Conformément à 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-accidents est, avant tout, destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine 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 minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

E. 6.4

Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3). L'art. 21 al. 1 let. b LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution. En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (art. 21 al. 3 LAA).

E. 7

La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé. Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2). De nouvelles constatations médicales ne sont déterminantes que pour autant qu'elles entraînent des modifications de l'état de santé. C'est également le cas lorsqu'un diagnostic ne s'est pas modifié, mais que l'intensité de l'atteinte ou

ses répercussions sur la capacité de travail se sont modifiées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_261/2009 du 11 mai 2009 consid. 1.2).>[if> L'augmentation de la rente par voie de révision en cas de rechute et de séquelles tardives doit avoir lieu - comme en cas d'octroi initial d'une rente - au moment de l'arrêt du traitement médical (ATF 140 V 65 consid. 4.2).

E. 8

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. 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).>[if>

E. 9

En l'espèce, l'intimée a considéré que la rechute du recourant était terminée au 30 novembre 2019, et que dès cette date, le recourant était en mesure de reprendre à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que le Dr E_____ avait admises, et qui étaient superposables à celles retenues après l'accident de 2008 par le Dr B_____.>[if> À ce sujet, il faut en premier lieu noter que le Dr E_____ est le médecin d'arrondissement de l'intimée, ce qui justifie conformément à la jurisprudence précitée que ses rapports soient appréhendés avec une certaine circonspection. À cet égard, ses avis du 25 septembre 2019 et du 11 octobre 2019 – au demeurant succincts – paraissent contradictoires, le premier préconisant une activité essentiellement assise, alors que le second suggère une activité en alternance des positions. En outre, ce médecin d'arrondissement n'a aucunement discuté les motifs qui lui permettaient de s'écarter de la capacité de travail réduite attestée par les médecins traitants, et il ne se prononce pas sur la stabilisation de l'état de santé. Par ailleurs, son avis du 11 octobre 2019 paraît avoir été établi sans qu'il ait pris connaissance de l'intégralité du dossier, dès lors qu'il évoque uniquement une incapacité de travail attestée du 1^{er} au 17 février 2019 à la suite de la rechute et de la nouvelle intervention. Or, le Dr C_____ a en réalité établi un arrêt de travail complet jusqu'au 30 juin 2019, et le Dr D_____ a ensuite attesté d'une capacité de

travail réduite, voire nulle, après que la reprise du travail à plein temps en juillet 2019 s'est soldée par un échec. En ce qui concerne en particulier l'aggravation de l'état de santé, il apparaît à la lecture du rapport du Dr C_____ du 7 septembre 2019 qu'au-delà de la rechute de janvier 2019 liée à l'épisode infectieux, qui a conduit à une nouvelle intervention chirurgicale, le recourant présente désormais un œdème récidivant et une stase veineuse, dont l'éventuelle incidence sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles n'a pas été discutée par le Dr E_____. Par surabondance, il n'est pas établi que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 novembre 2019, et partant que l'intimée était fondée à examiner le droit à la rente à cette date. En effet, aucun des médecins traitants n'a formellement signalé la fin du traitement. Il apparaît, au contraire, que le Dr C_____ considérait que la poursuite de la physiothérapie était nécessaire afin de permettre la poursuite de l'activité professionnelle à 50 % en 2020. À ce sujet, on doit relever qu'en mai 2020, le Dr F_____ avait proposé de refuser la prise en charge de ce traitement, non pas en se fondant sur la stabilisation de l'état de santé, mais parce qu'il était d'avis qu'il ne permettrait pas de soulager l'assuré. Sur ce point, cet avis n'est guère motivé et paraît du reste prématuré, dès lors que le Dr F_____ considérait que des informations complémentaires du chirurgien orthopédique du recourant étaient nécessaires. Il est vrai que la seule poursuite de la physiothérapie ne fait pas nécessairement obstacle à la reconnaissance de la stabilisation du cas, conformément à la jurisprudence. Cela étant, même à supposer qu'il faille considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé à fin novembre 2019 – hypothèse que les pièces du dossier ne suffisent pas à confirmer ou infirmer au degré de la vraisemblance prépondérante – l'arthrodèse dont l'intimée a finalement admis la prise en charge relève incontestablement d'une nouvelle rechute. À ce sujet, contrairement à ce qu'affirme l'intimée, cette opération n'a pas été évoquée pour la première fois en juillet 2021 seulement, mais elle était discutée en juin 2020 déjà, comme cela ressort du courrier du Dr C_____ au Dr G_____. Le premier a par ailleurs signalé une dégradation en 2020, dans son rapport à l'OAI, ce qui au vu du bref laps de temps écoulé depuis la clôture du cas par l'intimée au 30 novembre 2019 peut susciter quelques doutes sur la stabilisation de l'état de santé dans cet intervalle.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas de rapports médicaux probants démontrant que l'état de santé du recourant était stabilisé et que celui-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au 1^{er} décembre 2019. En particulier, la référence par l'intimée aux conclusions de l'expertise réalisée dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité n'y suffit pas, ce document ne figurant pas dans le dossier qu'elle a constitué, pourtant censé être produit dans son entier. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Dès lors que l'intimée s'est contentée des avis lacunaires de ses médecins d'arrondissement, et que le renvoi se justifie également au vu de l'arthrodèse programmée, laquelle est susceptible d'entraîner une modification de la capacité de gain du recourant, il convient de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de diligenter une expertise déterminant l'évolution de l'état de santé du recourant et l'incidence des atteintes dont elle répond, soit celles qui sont en lien avec l'accident de 2008, sur sa capacité de gain au-delà du 30 novembre 2019, et si sa situation était stabilisée à cette date. Cette expertise devra être confiée à un spécialiste en chirurgie

orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.![endif]>![if>

E. 12

Le requérant, qui est assisté d'un avocat et obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). ![endif]>![if>

E. 13

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario).![endif]>![if>
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

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