

GE_GERICHTE A/3188/2022 vom 25. April 2024

GE Cour de justice, 2024-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3188_2022

FR: GE_GERICHTE A/3188/2022 du 25 avril 2024

IT: GE_GERICHTE A/3188/2022 del 25 aprile 2024

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

E. 2

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident au-delà du 30 septembre 2021, en particulier sur le point de savoir si son état de santé était stabilisé à cette date. En matière d'assurance-accidents, la fin des prestations temporaires - soit les indemnités journalières et le droit au traitement - est si étroitement liée aux questions de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'on peut considérer que ces prestations forment un seul objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 8C_170/2015 du 29 septembre 2015 consid. 4.2). Dès lors que le recourant conteste la fin du droit aux indemnités journalières au 30 septembre 2021, on ne saurait admettre qu'il aurait, même implicitement, acquiescé à la négation de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 5

Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

E. 5.1

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

E. 5.2

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) 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.

E. 5.3

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). 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-accident 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 minimale 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 ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

E. 5.4

En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Son évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement

quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Aux termes de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2).

E. 6

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).

E. 6.1

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

E. 6.2

Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

E. 6.3

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 125 V 456 consid. 5a). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En effet, en présence d'un trouble organique clair, l'assureur répond également des suites rares ou extraordinaires d'un accident (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb). En revanche, lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation

avec cet événement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2).

E. 6.3.1

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références). En cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques peut en règle générale être niée d'emblée (ATF 140 V 356 consid. 5.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 et les références).

E. 6.3.2

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - 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. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Les critères d'adéquation entre un accident et des troubles psychiques sont également applicables à des syndromes douloureux non objectivables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 5.2).

E. 6.4

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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid.

6.1.3). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

E. 7

Le CRPS est une pathologie neurologique, orthopédique et traumatologique et relève d'un trouble organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1).

E. 7.1

Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déminéralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 3). Les critères de Budapest sont les suivants : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie (a), vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement ou asymétrie de la coloration de la peau (b), sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement ou asymétrie de la sudation (c), motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) (a) ; vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement ou asymétrie de coloration de la peau (b) ; sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation (c) ; motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) (let. d). De plus, aucun autre diagnostic ne doit mieux expliquer les signes et symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM) (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud AA 133/18 - 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/aa et la littérature

médicale citée).

E. 7.2

Selon la pratique, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de CRPS ait déjà été posé par les médecins dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme accidentel (arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2016 du 16 décembre 2016 consid. 4.1 et 8C_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3). Ce qui est déterminant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et le CRPS est que des résultats médicaux recueillis en temps réel révèlent que l'assuré a présenté au moins une partie des symptômes typiques d'un CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_411/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3.1, 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5). Un CRPS peut également être admis comme étant la conséquence d'un accident lorsqu'il survient dans ce délai non pas après l'accident même, mais après une intervention chirurgicale nécessaire pour traiter les suites de cet accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

E. 8

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 8.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 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. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

E. 8.2

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, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8.3

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8.4

On précisera encore que l'avis du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de formuler des recommandations sur la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Les rapports des SMR ne peuvent donc que se prononcer sur la question de savoir quelle appréciation doit être suivie (ATF 142 V 58 consid. 5.1).

E. 9

En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner si les expertises versées au dossier peuvent se voir reconnaître valeur probante.

E. 9.1

S'agissant du rapport du Dr F_____, on note en premier lieu qu'il ne contient aucun diagnostic, ni d'ailleurs de conclusions expresses quant à la capacité de travail, bien que ce médecin paraisse implicitement l'exclure à la date de son examen en raison de la non stabilisation de l'état de santé. Ce rapport ne satisfait ainsi pas aux exigences dégagées par la jurisprudence. Par ailleurs, on s'étonne que ce médecin ne se soit pas prononcé sur l'algoneurodystrophie, tout en concluant à une amplification des symptômes, en référence notamment à une crise algique lors de son examen, dont il a décrit les manifestations. Or, celles-ci correspondent aux plaintes du recourant, et le Dr F_____ a constaté des sudations dans ce cadre. Il paraît difficilement concevable qu'un tel phénomène physiologique puisse être volontairement induit par le recourant, si bien que la notion d'amplification des symptômes peine à convaincre. Partant, le rapport du Dr F_____ n'est guère probant.

E. 9.2

En ce qui concerne l'examen du Dr H_____, on relève en premier lieu que celui-ci indique que le recourant aurait mimé un trouble de l'équilibre. Le fait qu'il retienne une simulation, sans aucune explication sur les éléments lui permettant d'exclure la réalité d'un tel trouble, suscite certains doutes quant à l'impartialité de ce médecin. Sur le fond, ce rhumatologue retient une algoneurodystrophie. Il expose cependant que cette atteinte serait au décours, sans expliquer ce qui fonde cette appréciation, et alors même qu'il rapporte une discoloration et un œdème du membre inférieur gauche. Cette pathologie n'avait ainsi pas disparu, à tout le moins pas entièrement, lors de cet examen. Quant à la portée du fait que le

recourant ne prend pas de traitement, on ne saurait y voir un facteur d'exclusion de la gravité de l'atteinte, la Dresse I_____ ayant exposé que cette situation était due aux effets secondaires mal tolérés de la médication. Par ailleurs, le rapport du Dr H_____ ne convainc pas en tant qu'il évoque des ressources importantes – ce point n'étant d'ailleurs pas nécessairement déterminant dans le cas d'une atteinte organique comme l'algoneurodystrophie. Au vu du descriptif des journées du recourant, qui indique passer l'essentiel de son temps assis avec sa tablette et la télévision en arrière-fond, sans vraiment y prêter attention, et qui doit déléguer toutes les tâches ménagères à ses parents ou à sa femme de ménage, on ne peut sérieusement se rallier à cette appréciation. Eu égard à l'absence quasiment totale d'activités sociales, hormis les repas occasionnels chez ses parents, on s'étonne également de lire que le recourant bénéficie d'une bonne intégration sociale. On peut en outre voir une certaine contradiction dans l'incapacité de travail partielle admise en raison des douleurs liées à l'algoneurodystrophie persistant à la date de l'examen et l'importante exagération des douleurs mentionnée. S'agissant du pronostic émis par le rhumatologue, on comprend par ailleurs mal en quoi la démonstrativité et l'exagération des symptômes – qui ne relèvent pas de facteurs médicaux à prendre en compte dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail – pourraient avoir une influence sur la persistance de douleurs liées à une pathologie objectivée. Au vu de ces éléments, le rapport du Dr H_____ ne suffit pas non plus à trancher la capacité de travail du recourant.

E. 9.3

En ce qui concerne l'expertise du CEMed, la Cour de céans peut renoncer à trancher les griefs de nature formelle que le recourant soulève au sujet de la désignation des experts, au vu de ce qui suit. Il convient de relever qu'il est avéré que les médecins qui l'ont établie n'ont pas eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant. Il n'est certes pas toujours indispensable qu'un expert dispose de tous les rapports médicaux concernant un expertisé, et on ne saurait pas non plus exiger qu'il commente chaque élément médical. Cependant, la connaissance des pièces importantes du dossier médical est une des exigences dégagées par la jurisprudence pour conférer valeur probante à un rapport médical. Elle est a fortiori incontournable lorsque, comme en l'espèce, les experts émettent des conclusions sur la capacité de travail sur une période remontant à plus de deux ans avant qu'ils n'aient ausculté le recourant, et alors même qu'aucun des médecins traitants n'a mentionné une évolution favorable depuis 2019. Ce seul élément est de nature à susciter de très sérieux doutes sur la valeur probante de cette expertise. Sur le fond, en ce qui concerne les diagnostics, le Dr J_____ retient notamment un status après « probable algoneurodystrophie ». On comprend mal pourquoi il semble mettre en doute ce diagnostic, alors qu'il a été posé par plusieurs autres médecins et étayé par l'imagerie. En effet, tant les spécialistes de la CRR que le Prof. C_____, le Dr G_____ et la Dresse D_____ ont retenu cette pathologie. Il convient en outre de souligner que son co-expert, le Dr K_____, évoque lui sans réserve ce diagnostic, dont il constate des séquelles persistantes. Le rapport du CEMed est sur ce point intrinsèquement contradictoire, alors même que l'expertise tridisciplinaire visait une appréciation consensuelle du cas. On observe en outre que les critères de Budapest ne sont pas formellement analysés dans cette expertise. A ce sujet, le Dr J_____ soutient qu'il n'y aurait pas de signes évidents d'algodystrophie, tout en constatant une hypoesthésie, une acrocyanose et une amyotrophie – que le Dr H_____ semblait d'ailleurs considérer comme un critère de gravité de la pathologie. Dans ces circonstances, on ne voit pas ce qui lui permet d'écarter ce diagnostic, même si ses

manifestations se sont peut-être atténuées. Ainsi, le Dr J_____ ne peut être suivi en tant qu'il conclut à l'absence de cause somatique aux troubles, malgré les éléments diagnostiques objectifs en faveur d'une algoneurodystrophie. Le fait que le traitement n'ait pas eu d'effet ne suffit pas non plus à exclure une origine somatique des troubles, les experts ne soutenant pas qu'un traitement conduit dans les règles de l'art permettrait de guérir une algoneurodystrophie. De plus, on rappellera que dans le cas d'espèce, l'évolution de cette atteinte avait été qualifiée de lente par les médecins de la CRR. En ce qui concerne les incohérences plusieurs fois mentionnées, les experts n'exposent guère en quoi elles consisteraient, hormis la différence entre leur appréciation des troubles et celle du recourant. Enfin, comme on l'a vu, ils concluent à une capacité de travail entière dès le 4 octobre 2019, sans aucunement indiquer ce qui leur permet de retenir cette date. Certes, le Dr F_____ avait pronostiqué une stabilisation deux ans après l'apparition de l'atteinte dans son rapport de mars 2019. Cela étant, en matière d'assurance-accidents, la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). On peut appliquer ce principe par analogie en assurance-invalidité, et on ne saurait considérer une atteinte comme guérie par simple référence à sa durée usuelle de décours. En l'espèce, de tels éléments font défaut, les différents symptômes constatés suggérant au contraire que l'algoneurodystrophie n'a pas disparu. Les médecins du CEMed ne pouvaient ainsi se contenter de fixer l'exigibilité d'une reprise professionnelle uniquement en fonction du pronostic du Dr F_____. Ce pronostic a du reste été infirmé par le Dr H_____, qui admettait une incapacité de travail à tout le moins partielle lors de son examen en mai 2021, soit plus d'une année et demie plus tard. On notera d'ailleurs qu'au vu des traitements tentés par le Dr G_____ au début de l'année 2021, il n'y avait pas de stabilisation de l'état de santé selon la définition en matière d'assurance-accidents. Enfin, et surtout, dans la mesure où les experts du CEMed s'écartent des conclusions des autres médecins, en particulier celles du Dr H_____, qui sont elles fondées sur des observations médicales opérées en temps réel, ils ne pouvaient s'épargner de discuter de manière circonstanciée les motifs expliquant leurs divergences d'appréciation. Or, ils ne se prononcent absolument pas sur les autres rapports médicaux et sur les raisons pour lesquelles ils s'en écartent. Leur rapport n'est ainsi pas motivé à satisfaction de droit. Au vu de tous ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à cette expertise. On précisera encore que dès lors que l'algoneurodystrophie est un trouble de nature organique, il est inutile à ce stade de déterminer si les troubles du recourant sont en lien de causalité adéquate avec l'accident. Par ailleurs, les indicateurs développés par la jurisprudence pour apprécier l'incidence de troubles psychiques et de troubles sans étiologie somatique claire ne s'appliquent pas au vu de l'atteinte somatique, si bien qu'il est inutile à ce stade de se pencher de manière détaillée sur le volet psychiatrique de cette expertise. Au demeurant, le recourant n'est plus suivi par un psychiatre depuis novembre 2019, et les médecins traitants qu'il a consultés par la suite n'ont pas rapporté de trouble de la sphère psychique après cette date.

E. 9.4

Le SMR s'est quant à lui écarté des conclusions du CEMed, ce qui tend à suggérer qu'il ne les considérait pas probantes. Comme le souligne à juste titre le recourant, au vu des prérogatives de ce service, il paraît douteux que celui-ci modifie de manière autonome les

conclusions des experts. De plus, comme on l'a vu, des séquelles du CRPS persistaient lors de l'examen de décembre 2021, si bien qu'on ne peut suivre le SMR lorsqu'il affirme que cette atteinte avait disparu à cette date.

E. 10

Au vu des éléments qui précèdent, il n'existe pas d'avis médical probant permettant de trancher le droit aux prestations. 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, par exemple 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). En l'espèce, au vu des carences des différents rapports établis, notamment celles formelles de l'expertise du CEMed, à qui l'intimée n'a pas transmis l'intégralité du dossier du recourant, un renvoi à l'intimée se justifie pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Celle-ci devra être confiée à un neurologue ou à un rhumatologue disposant de connaissances reconnues en matière de CRPS. L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations au-delà du 30 septembre 2021. Compte tenu de la procédure A/3540/2022 opposant l'OAI au recourant devant la Cour de céans, qui se conclut également par le renvoi de la cause à cet office, pour des motifs identiques à ceux exposés ci-dessus, il serait judicieux que l'intimée et l'OAI se concertent et désignent le même expert, dans le respect de la procédure prévue à l'art. 44 LPGA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

E. 11

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). *** 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.