

GE_GERICHTE A/49/2023 vom 25. September 2023

GE Cour de justice, 2023-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_49_2023

FR: GE_GERICHTE A/49/2023 du 25 septembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/49/2023 del 25 settembre 2023

Erwägungen

E. 1

!

E. 1.1

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).

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 2

La décision litigieuse a alloué au recourant une rente d'invalidité de 30%, basée sur un gain assuré de CHF 126'000.-, du 19 février 2016 au 31 mai 2022, majorée d'intérêts moratoires, une IPAI d'un taux de 25%, majorée d'intérêts moratoires, ainsi que la prise en charge des traitements médicaux conservatoires pour maîtriser les phénomènes douloureux du genou et du tendon d'Achille, du 19 février 2016 au 8 février 2020. Selon les termes du recours, est encore litigieux le droit du recourant à des prestations sur la base de son assurance-accidents complémentaire, la cessation de la rente d'invalidité au 31 mai 2022 et la suppression de la prise en charge des frais de traitement au 8 février 2020, ainsi que la prise en charge d'une arthroscopie du genou droit.

E. 3

!

E. 3.1

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 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 3.2

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 4

E. 4.1

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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.

E. 4.2

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit notamment lorsqu'il a

besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Il s'agit de prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; ATF 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

E. 4.3

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Peut en particulier justifier une révision une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 133 V 545 consid. 6.1 p. 546 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 s. et les arrêts cités). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 11 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente a été rendue avec les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss).

E. 5

E. 5.1

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

E. 5.2

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 (anamnèse), 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).>![endif]>![if> 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).

E. 5.3

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).>![endif]>![if>

E. 6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).>![endif]>![if>

E. 7

>![endif]>![if>

E. 7.1

En l'occurrence, dans un premier grief, le recourant sollicite des prestations de la part de l'intimée sur la base d'un contrat d'assurance-accidents complémentaire. Or, d'une part, cette question ne fait pas l'objet de la décision litigieuse (à cet égard ATF 134 V 418),

d'autre part, elle ne peut être soumise directement à la chambre de céans, le Tribunal administratif de première instance étant compétent pour connaître, en première instance, de tels litiges (art. 116 al. 3 LOJ et art. 134 al. 2 LOJ). La chambre de céans ne peut en conséquence entrer en matière sur cette conclusion.![endif]>![if>

E. 7.2

Dans un second grief, le recourant s'oppose à la cessation de la rente d'invalidité au 31 mai 2022.![endif]>![if>

E. 7.2.1

L'intimée, en allouant des prestations sur la base de l'expertise judiciaire du Prof. K_____, a confirmé la valeur probante de celle-ci (reconnue par l'arrêt de la chambre de céans du 27 janvier 2020 - ATAS/51/2020, entré en force), de sorte que cette question n'est plus litigieuse.![endif]>![if>

E. 7.2.2

L'intimée se prévaut des avis médicaux des Drs K_____, du 20 novembre 2019, M_____, du 15 juillet 2021 et P_____, du 2 février 2022, pour tenter d'établir une amélioration de l'état de santé du recourant, justifiant la suppression de la rente d'invalidité au 31 mai 2022 et la prise en charge du traitement au 8 février 2020.![endif]>![if>

E. 7.2.2.1

S'agissant de l'avis du Prof. K_____ du 20 novembre 2019, il relève que le recourant est apte à travailler à un taux de 100% dans une activité adaptée, à la condition que les phénomènes douloureux soient maîtrisés, lui permettant de récupérer une capacité de concentration nécessaire à l'accomplissement d'un travail rémunéré. Or, le Prof. K_____ n'indique pas que tel est le cas au jour de son rapport. Cet avis est ainsi insuffisant pour établir une amélioration de l'état de santé du recourant, ce d'autant plus que la phrase précitée et mise en exergue par l'intimée (point 11 du rapport du Prof. K_____ du 20 novembre 2019) est exactement identique à celle figurant déjà dans le rapport d'expertise judiciaire (expertise judiciaire p. 29), le Prof. K_____ ayant cependant précisé que la capacité de travail était bien limitée à un taux de 70%. ![endif]>![if>

E. 7.2.2.2

S'agissant de l'expertise du Dr M_____, le SMR a relevé que ses conclusions ne tenaient compte que du dernier événement du 9 août 2019 mais ne se prononçait pas sur l'évolution de l'état de santé depuis 2015 et que le Dr M_____ n'expliquait pas pourquoi il s'écartait des conclusions de l'appréciation du Prof. K_____, de sorte qu'il convenait de le questionner afin qu'il précise si la capacité de 100% qu'il avait retenue correspondait à une évolution favorable de l'état de santé du recourant (avis du SMR du 29 novembre 2021). Or, le 21 décembre 2021, le Dr M_____ a précisé que son évaluation d'une capacité de travail de 100% depuis le 9 février 2020 était une appréciation différente de celle retenue par le Prof. K_____, de sorte que le SMR a finalement estimé que le recourant était en incapacité de travail de 30% depuis le 19 février 2016 et que la situation médicale n'avait pas changé depuis 2015, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant de 70% dès le 19 février 2016 et cela également au-delà du 9 février 2020 (avis du SMR du 19 octobre 2022). ![endif]>![if> Dans ces conditions, l'intimée ne saurait se fonder valablement sur l'expertise du Dr M_____ pour établir une amélioration de l'état de santé du recourant au 9 février 2020, le Dr M_____ l'ayant lui-même niée.

E. 7.2.2.3

S'agissant enfin de l'expertise du Dr P_____ du 2 février 2022, elle ne contient pas non plus d'éléments médicaux permettant d'établir une amélioration de l'état de santé du recourant au 9 février 2020, dès lors qu'elle s'attache à contester les éléments retenus par le Prof. K_____ dans son expertise judiciaire, et qu'elle conclut à un état de santé définitif atteint au 19 février 2016 et à une absence de diminution permanente de la capacité de travail du recourant, celui-ci étant considéré comme totalement capable de travailler dans son activité habituelle, à tout le moins dès le 1^{er} mars 2014 (expertise du Dr P_____ pp. 65, 67, 70 et 73). !>!> L'intimée n'explicite d'ailleurs pas en quoi le rapport d'expertise du Dr P_____ attesterait d'une amélioration de l'état de santé du recourant au 9 février 2020.

E. 7.2.3

Au demeurant, aucun élément médical au dossier ne permet d'établir que l'état de santé du recourant se serait amélioré entre le moment où l'intimée a reconnu un droit à la rente d'invalidité, en février 2016, et celui où elle l'a supprimé, en mai 2022. !>!>

E. 8

Dans un troisième grief, le recourant s'oppose à la suppression de la prise en charge des frais de traitement au 8 février 2020. !>!>

E. 8.1

La prise en charge du traitement a été admise par l'intimée jusqu'au 8 février 2020, date de l'expertise du Dr M_____. !>!> Le Prof. K_____ a relevé un syndrome douloureux persistant (état douloureux du pied et de la cheville), soit des douleurs chronicisées et a recommandé la poursuite de la prise en charge du traitement antalgique et de la physiothérapie (expertise judiciaire p. 36). Dans son complément d'expertise, le Prof K_____ a relevé qu'un traitement conservateur devait se poursuivre pour conserver, voire améliorer, le status actuel et qu'une prise en charge par le centre de la douleur était indiquée (complément d'expertise judiciaire du 29 juillet 2019 p. 4). Dès lors qu'il ne ressort pas de l'appréciation du Prof. K_____ que des soins durables sont nécessaires pour conserver la capacité résiduelle de travail de 70% (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2023 du 14 juillet 2023 et art. 21 al. 1 let. c LAA), l'intimée pouvait revenir sur sa décision de prise en charge d'un tel traitement à la date du 9 février 2020, étant par ailleurs relevé que les frais de traitement ne sont pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations ne leur sont pas applicables (ATF 133 V 57). En outre, l'art. 21 al. 1 let. d LAA, cité par le recourant, n'est pas applicable dès lors qu'il vise l'assuré totalement incapable de travailler (ATF 140 V 130), ce qui n'est pas le cas du recourant.

E. 8.2

Au demeurant, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin à la prise en charge des frais de traitement au 8 février 2020. !>!>

E. 8.3

Enfin, le recourant requiert la prise en charge de l'intervention envisagée par le Dr O_____ (courriers de celui-ci à l'intimée des 22 octobre et 22 novembre 2021). !>!>

E. 8.3.1

À cet égard, le Prof. K_____ a indiqué dans son complément d'expertise qu'il était difficile d'imaginer, au vu d'une évolution datant de 1996 à ce jour, qu'une intervention chirurgicale quelle qu'elle fût, ne parvienne à enlever efficacement et de manière générale les douleurs au genou, permettant un plein emploi (complément d'expertise judiciaire p. 4). Or, ni le recourant, ni le Dr O_____ n'ont fourni d'élément médical permettant de considérer que l'arthroscopie envisagée permettrait de conserver la capacité résiduelle de gain du recourant de 70% dans son activité habituelle, au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA.![endif]>![if> Au contraire, le rapport succinct du Dr O_____ du 26 novembre 2021 indique seulement qu'en présence de douleurs invalidantes, sans tendance à l'amélioration, une réparation par voie mini-invasive sous conduite arthroscopique était indiquée, ce qui permet de comprendre que la capacité de travail de 70% n'est pas, en l'absence de dite intervention, mise en péril.

E. 8.3.2

En conséquence, c'est également à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge d'une telle intervention.![endif]>![if>

E. 9

![endif]>![if>

E. 9.1

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision de l'intimée étant partiellement annulée dans la mesure où elle supprime au 31 mai 2022 la rente d'invalidité du recourant ; elle sera confirmée pour le surplus.![endif]>![if>

E. 9.2

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA). 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.