

GE_GERICHTE A/706/2023 vom 30. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_706_2023

FR: GE_GERICHTE A/706/2023 du 30 mai 2024

IT: GE_GERICHTE A/706/2023 del 30 maggio 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 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 point de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié dans une mesure déterminante pour son droit aux prestations.

E. 5

En préambule, s'agissant de la requête du recourant tendant à l'apport du dossier de l'OAI, on relèvera qu'il a eu accès à l'intégralité de ce dossier, à l'instar de l'intimée, dont les pièces essentielles ont en outre été versées à la procédure. Partant, la Cour de céans renonce à formellement ordonner une telle mesure.

E. 6

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA 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 LPGA).

E. 7

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 – applicable dès lors que le litige porte sur une modification du degré d'invalidité antérieure à cette date –, 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.

E. 7.1

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et partant le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Ainsi, le fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à l'issue d'un examen médical ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure que l'état de fait (demeuré pour l'essentiel inchangé) ait simplement été apprécié de manière différente. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic, ou l'absence d'un diagnostic posé précédemment, est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition, des limitations fonctionnelles retenues précédemment (Margrit MOSER-SZELESS in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 12 ad . art. 17 LPGA).

E. 7.2

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration dans le cadre d'une procédure de révision, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain d'un assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

E. 8

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. 9

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). 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. 10

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).

E. 10.1

Selon la jurisprudence, 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. 10.2

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.

E. 10.3

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). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêts du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1 et 8C_622/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1).

E. 10.4

Les événements suivants ont été classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des cas inférieurs : chute d'une cycliste dont le guidon est heurté par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C_768/2008 du 3 juin 2009 consid. 4.1), chute à moto lors d'une manœuvre d'évitement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_912/2009 du 26 février 2010 consid. 5.2), chute latérale sur l'épaule d'un cycliste qui freine brusquement en raison d'une manœuvre de freinage de son fils qui roulait devant lui (arrêt du Tribunal fédéral 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4) ; chute à moto à basse vitesse sans choc avec un autre véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1).

E. 10.5

Dans le cas d'espèce, on peut d'ores et déjà exclure un lien de causalité adéquate entre l'accident et d'éventuels troubles psychiques. En effet, l'événement du 1^{er} novembre 2000 n'a pas consisté en une collision entre le scooter du recourant et une voiture, mais en une chute consécutive à un dérapage sur le sol mouillé après un freinage brusque pour éviter une voiture, comme cela ressort notamment de la déclaration de sinistre et des explications du recourant à la PMU. Compte tenu précisément du freinage opéré, on ne saurait retenir que la chute est survenue alors que le recourant roulait encore à 50 km/h. Par analogie avec la jurisprudence précitée, cet événement doit ainsi être considéré comme un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Il n'est du reste pas inutile de souligner que le Pr D_____ semble implicitement admettre le caractère banal du traumatisme dans son complément d'expertise de novembre 2016. Dans un tel cas de figure, quatre des critères dégagés par la jurisprudence doivent être remplis pour admettre l'existence d'un lien de causalité avec l'accident. Les parties s'accordent à raison sur le fait que le critère ayant trait à l'incapacité de travail est réalisé. S'agissant des autres critères, il n'est pas contesté que les circonstances concomitantes dramatiques ou la gravité ou nature particulière des lésions font défaut. En ce qui concerne la durée du traitement, elle n'est pas non plus réalisée. Le recourant a subi une intervention unique, et l'utilisation d'antalgiques et la physiothérapie par la suite ne sont pas déterminantes. En effet, il faut dans ce cadre uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire, dont les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin ne font pas partie. Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif. Il y a lieu de prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.3 et les références). Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne déplore aucune erreur médicale dans le traitement. En revanche, on doit admettre une complication importante en lien avec la survenance d'une capsulite rétractile. On doit également retenir que le critère des douleurs physiques persistantes est réalisé, dès lors que le recourant a besoin d'un traitement lourd par opiacés. Partant, seuls trois critères sont réalisés, ce qui est insuffisant conformément à la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de

gravité.

E. 11

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. 11.1

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 22 V 157 consid. 1c).

E. 11.2

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. 11.3

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. 12

En l'espèce, la survenance d'une modification du degré d'invalidité doit être analysée par rapport à la situation qui prévalait lors de l'expertise de la PMU en 2006, à l'issue de laquelle les médecins avaient retenu une capacité de travail de 50%. L'intimée a nié l'existence d'un motif de révision du droit à la demi-rente allouée en se fondant sur l'expertise du Dr I_____ dans un premier temps, ainsi que sur l'expertise du SMEX s'agissant des volets neurologique et neuropsychologique.

E. 13

L'expertise du Dr I_____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels applicables pour admettre la valeur probante d'un rapport médical. Elle a en effet été établie en parfaite connaissance du dossier médical, elle relate les plaintes du recourant et reprend son anamnèse, et ses diagnostics ont été posés à l'issue d'un examen clinique détaillé. Ses conclusions sont en outre motivées et convaincantes. L'expertise du Dr I_____ permet d'exclure une aggravation objective de l'état de santé du recourant au plan orthopédique, l'examen clinique étant largement comparable à celui du Dr E_____. S'agissant de l'ENMG et de l'IRM dont cet expert a suggéré l'organisation, il suffit de souligner qu'il n'a pas subordonné la validité de ses conclusions à la réalisation de ces examens, qui visent avant tout à mieux cerner les causes de l'atteinte. Dans la mesure où ce sont les répercussions cliniques de ladite atteinte qui sont déterminantes pour évaluer la capacité de travail et de gain, et que le Dr I_____ les a clairement exposées et prises en compte, les examens complémentaires évoqués ne sont pas indispensables dans la présente procédure. En ce qui concerne l'évaluation du Pr D_____ en 2016 invoquée par le recourant, on peut se référer aux considérants de la Cour de céans dans son arrêt du 3 avril 2018, et répéter qu'elle se fonde sur les mêmes arguments que l'expertise privée réalisée sous la supervision de ce médecin en 2006, dont la pertinence a été écartée par le Tribunal fédéral. Elle n'évoque pas de modification particulière depuis et ne révèle ainsi pas d'aggravation déterminante. S'agissant de la dystonie évoquée dans le complément d'expertise de novembre 2016 – que le Dr M_____ a écartée au motif qu'une telle atteinte touche l'ensemble du membre –, on précisera qu'il ne s'agit pas là non plus d'un diagnostic posé avec certitude mais d'une hypothèse, puisque le Pr D_____ proposait des examens complémentaires pour le confirmer. Cela étant, même s'il fallait reconnaître l'existence d'une telle atteinte – malgré le fait que la science médicale semble selon les indications du Pr D_____ peu avancée dans sa reconnaissance – cela relèverait d'une simple requalification du diagnostic, qui n'implique pas pour autant une aggravation de l'état de santé. En effet, le Pr D_____ ne mentionne pas de limitations fonctionnelles supplémentaires liées à une éventuelle dystonie. Or, les répercussions de l'atteinte à l'épaule, notamment celles liées aux douleurs et aux limitations de la mobilité, ont déjà été dûment prises en compte par les médecins de la PMU et par le Dr I_____, comme on l'a vu. Enfin, les conclusions du Dr Q_____, au demeurant peu motivées, sont établies en référence à celles émises par le Pr D_____ en 2016. Ce médecin n'amène ainsi aucun élément nouveau objectif, mais procède à une appréciation différente de la situation. L'IRM ne révèle pas non plus d'atteinte nouvelle déterminante, contrairement à ce que soutient le recourant.

E. 14.1

En ce qui concerne le syndrome d'apnées et hypopnées du sommeil, on relèvera en premier lieu qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il soit en lien de causalité avec l'accident, dès lors que si l'utilisation d'opiacés – elle-même en relation de

causalité avec cet accident – peut contribuer à son apparition, d'autres causes peuvent l'expliquer selon les indications du Dr J_____, confirmées par le Dr K_____. Quoiqu'il en soit, le Dr M_____ a écarté toute incidence de ce syndrome sur la capacité de travail, en relevant que l'utilisation de l'appareillage CPAP visant à le traiter était inférieure aux seuils d'efficacité. Les rapports du Dr J_____ ne permettent pas d'écarter cette conclusion. Si la sévérité du trouble et l'indication à l'appareillage CPAP annoncées par ce pneumologue ne sont pas contestées, elles ne suffisent pas à fonder une incapacité de travail, seules les éventuelles répercussions sous forme de somnolence diurne ou de fatigue malgré une compliance adéquate à l'utilisation du CPAP devant être prises en compte. Or, le Dr J_____ a relevé une excellente efficacité du traitement, lequel est désormais suivi dans la mesure exigible par le recourant, si l'on se réfère aux données d'utilisation de mai 2022 à mai 2023.

E. 14.2

Compte tenu de ce qui précède, on peut exclure toute aggravation de l'état de santé au plan orthopédique et en raison du syndrome d'apnées du sommeil. En revanche, s'agissant des troubles neuropsychologiques dont le Dr I_____ recommandait l'évaluation, ils n'ont fait l'objet d'aucun examen spécialisé. On ne peut en particulier pas suivre le Dr K_____ lorsqu'il soutient que les experts du SMEX les ont analysés. La simple mention de l'absence de troubles de la vigilance, de l'attention ou de la concentration dans leur rapport ne saurait se substituer à un examen dans les règles de l'art de ces troubles, et ne suffit pas à les exclure. Le recourant s'est en effet plaint d'oublis et de fatigue à l'expertise psychiatrique, et le Dr P_____ a confirmé avoir observé des troubles cognitifs. Enfin, l'examen neuropsychologique réalisé en mai 2023 a mis en évidence de tels troubles. Il est vrai que le rapport d'examen neuropsychologique ne se prononce pas sur le degré de sévérité de ces troubles ni sur leur éventuelle incidence sur la capacité de travail – évaluation qui n'est du reste pas du ressort d'un psychologue mais d'un médecin. On doit aussi relever que l'origine des troubles neuropsychologiques n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, alors qu'elle est déterminante dans l'appréciation de la responsabilité de l'intimée. Selon les explications des spécialistes, lesdits troubles pourraient être imputés à un trouble psychique, auquel cas l'intimée n'en répondrait pas, ou résulter de la prise du traitement d'opiacés, hypothèse dans laquelle ils seraient en lien de causalité avec l'accident. Ce point doit ainsi également être clarifié. En l'absence de rapport probant sur l'existence de troubles neuropsychologiques découlant du traitement par opiacés et sur leur caractère incapacitant, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige. L'intimée n'ayant pas procédé à l'instruction complète du litige, il se justifie de lui renvoyer la cause (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) afin que ces points soient élucidés, avant de trancher une nouvelle fois le droit à la rente. On précisera encore qu'une procédure parallèle oppose devant la Cour de céans le recourant à l'OAI (cause A/2949/2022), laquelle porte également sur la révision du droit aux prestations et implique également le renvoi pour investigation des troubles psychiques et neuropsychologiques. Dans ces circonstances, il paraît opportun que l'examen neuropsychologique soit organisé de concert avec l'OAI, dans le respect des exigences de participation prévues à l'art. 44 LPGA.

E. 15

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis 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.