

GE_GERICHTE A/829/2022 vom 22. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_829_2022

FR: GE_GERICHTE A/829/2022 du 22 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/829/2022 del 22 dicembre 2023

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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 aux prestations pour accident dès le 1^{er} avril 2021.

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 LPGA).

E. 6

Les prestations que l'assureur-accidents doit, le cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 7

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 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2^{ème} phr. LAA). À teneur de l'art. 19 al. 1 1^{ère} phr. 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. 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 déterminera 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). Des avancées mineures ne suffisent pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4). 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)

E. 8

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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3).

E. 9

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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

E. 9.1

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).!endif]>!if>

E. 9.2

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).!endif]>!if>

E. 9.3

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).!endif]>!if>

E. 10

En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr F_____ pour mettre un terme au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins médicaux au 31 mars 2021.!endif]>!if> L'appréciation de ce médecin du 2 décembre 2020 ne peut toutefois se voir reconnaître valeur probante. En premier lieu, dans la mesure où il admet la prise en charge d'un médicament, de l'ergothérapie et de la physiothérapie destinées à la désensibilisation et censées améliorer l'état de santé de la recourante, on peut douter de la stabilisation de l'état de santé à cette date – que ce médecin avait du reste déjà admise dans un premier avis en octobre 2020, consistant uniquement en cette mention, nullement motivée et émise sans examen de la recourante. De plus, le Dr F_____ écarte le diagnostic de CRPS, affirmant qu'il serait ambigu selon le Dr E_____. Si la note de consultation de ce médecin du 7 mai 2020 était effectivement contradictoire et équivoque, dans la mesure où il retenait un CRPS tout en excluant un SRDC – alors que ces termes désignent la même atteinte en anglais et français respectivement (cf . sur ce point (<https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/pain/complex-regional-pain-syndrome-crps>), le

médecin traitant a néanmoins admis – à l’instar du reste des médecins de la CRR – une telle atteinte dans toutes ses autres notes, notamment en septembre 2020 et en février 2021, date à laquelle ce syndrome était encore en phase chaude. Deux autres notes de consultation des HUG ont également rapporté cette atteinte en mai et juillet 2021. L’appréciation du médecin d’arrondissement sur ce point est ainsi en contradiction avec celles des autres médecins, et elle est insuffisamment motivée pour écarter tout doute quant à la persistance d’un SRDC et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Ce seul élément suffit déjà à écarter l’avis du Dr F_____. Pour le surplus, on peine à comprendre comment le médecin d’arrondissement peut écarter les douleurs en affirmant qu’elles sont d’origine acromio-claviculaire, alors que la recourante rapporte bien des douleurs à la main. Sur ce point, le Dr D_____ évoquait du reste déjà en janvier 2020 que la lésion du nerf médian était apte à entraîner des douleurs persistantes. La recourante présente également une allodynie, sans que le Dr F_____ – qui a admis cette atteinte en juillet 2021 – ne paraisse en tenir compte dans l’exigibilité qu’il a retenue. Enfin, il paraît délicat d’admettre, comme il l’a fait, que des activités exigeant une motricité fine restent possibles malgré l’allodynie et les dysesthésies de la main dominante. On rappellera également que selon les médecins de la CRR, les plaintes et les limitations fonctionnelles s’expliquaient principalement par les lésions objectivement constatées, alors que le Dr F_____ affirme désormais que les dysesthésies ne seraient que « subjectivement » reliées à l’allodynie. Or, la réalité de cette atteinte n’est pas contestée, et il aurait été utile que le médecin d’arrondissement indique comment il peut exclure que ces phénomènes lui soient imputables. Enfin, comme le souligne à juste titre la recourante, l’appréciation du Dr F_____ ne semble pas établie en fonction d’investigations complètes, puisqu’il ne disposait pas d’un ENMG, pourtant opportun selon lui. En ce qui concerne l’indemnité pour atteinte à l’intégrité, s’il n’existe aucun avis médical fixant un autre taux, on peut s’interroger sur le fait que le Dr F_____ ait réduit de moitié l’indemnité prévue, notamment au motif que les phénomènes seraient « gênants ». Faute de plus ample motivation par le médecin d’arrondissement, on ne voit en effet pas en quoi il s’agirait là d’un facteur réducteur du taux d’indemnisation. Partant, l’avis du Dr F_____ ne suffit pas à trancher le droit aux prestations de la recourante. L’OAI n’a quant à lui pas procédé à une instruction autonome. Le fait que le Dr I_____ ait complété les limitations fonctionnelles en excluant les travaux exigeant la motricité fine ne suffit pas à pallier les autres lacunes de l’avis du médecin d’arrondissement de la SUVA. Au plan uniquement somatique, le SMR n’a du reste pas tenu compte des problèmes de l’épaule dont la SUVA affirme ne pas répondre, ni de l’enchondrome.

E. 11

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n’est pas en mesure de trancher le fond du litige. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu’une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l’espèce, elle sera confiée au Dr J_____. Quand bien même cet expert n’est pas chirurgien de la main, sa spécialité en chirurgie orthopédique lui permettra de se prononcer sur les atteintes de la recourante – incluant l’arthrose acromio-claviculaire. On note du reste que le Dr F_____, sur l’avis duquel l’intimée s’est pourtant fondée, n’est pas non plus spécialiste en chirurgie de la main. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise orthopédique, l’expert ayant pour mission d’examiner et d’entendre la recourante, après s’être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance

du dossier de l'intimée (SUVA), ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin. ![endif]>![if> B. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : ![endif]>![if> 1. Anamnèse.![endif]>![if> 2. Données subjectives de la personne.![endif]>![if> 3. Constatations objectives.![endif]>![if> 4. Diagnostic(s).![endif]>![if> 5. S'agissant des troubles orthopédiques, répondre aux questions suivantes :![endif]>![if> a. La recourante présente-t-elle des troubles orthopédiques? Si oui, depuis quand ? b. Les plaintes de la recourante sont-elles objectivées du point de vue médical? c. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? 6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, en pourcent.![endif]>![if> 7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent.![endif]>![if> 8. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, son évolution dans le temps, et indiquer le domaine d'activité adapté.![endif]>![if> 9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée, en pourcent.![endif]>![if> 10. Dire s'il y a une diminution de rendement dans une activité adaptée et la chiffrer.![endif]>![if> 11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 12. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.![endif]>![if> 13. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des médecins de la CRR, du docteur F_____ et des médecins traitants et exposer le cas échéant pour quels motifs ceux-ci sont écartés. ![endif]>![if> 14. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 15. Toute remarque utile et proposition de l'expert.![endif]>![if> 16. Répondre aux questions suivantes, qui concernent uniquement la cause opposant la recourante à l'intimée :![endif]>![if> a. l'accident du 30 novembre 2018 est-il la cause unique ou une cause partielle (« conditio sine qua non ») des atteintes de la recourante? Plus précisément, le lien de causalité avec l'accident est-il possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? Détailler la réponse pour chacune des atteintes. b. Indiquer à quelle date l'état de santé était stabilisé pour les atteintes en relation de causalité avec l'accident. Dans ce cadre, déterminer le traitement médical approprié de ces atteintes, en précisant si ce traitement permettrait une amélioration notable de son état de santé et de la capacité de travail, et à partir de quelle date. c. Le cas échéant, à partir de quand les atteintes sans lien de causalité avec l'accident sont-elles devenues ou deviennent-elles, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ? d. Indiquer si l'atteinte due à l'accident constitue une atteinte à l'intégrité physique durable ? Si oui, de quel taux ? Prière de motiver l'appréciation en référence aux tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA. C. Commet à ces fins le docteur J_____.![endif]>![if> D. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en quatre exemplaires à la chambre de céans.![endif]>![if> E. Réserve le fond.![endif]>![if> La greffière Véronique SERAIN Le président Philippe KNUPFER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le