

NE_GERICHTE CDP.2025.85 vom 6. Februar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.85

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.85 du 6 février 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.85 del 6 febbraio 2026

Erwägungen

E. 2

LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 cons. 3.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 cons. 2c, 115 V 308 cons. 4a/cc). L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 147 V 167 cons. 4.2 ; 140 V 77 précité cons. 3.1 ; 138 V 147 cons. 2.1 ; 125 V 383 cons. 3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, lorsque l'évaluation médicale de l'incapacité de travail n'est pas soutenable, en partant notamment d'une définition erronée du degré d'invalidité ou d'une appréciation médicale non soutenable de l'incapacité de travail, lorsque cette évaluation reposait sur une erreur d'appréciation qui était manifestement contraire au droit ou encore lorsque le calcul de la rente a été effectué contrairement à la loi (Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Commentaire, 2018, p. 521 ch. 3.1.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du TF du 22.09.2022 [8C_108/2022] cons. 3.3). La condition de l'erreur manifeste est également réalisée, selon la jurisprudence, lorsque la décision a été rendue en fonction d'un état de fait établi de manière incomplète en violation du principe inquisitoire consacré à l'article 43 al. 1 LPGA (Moser-Szeless/Castella, in : CR-LPGA, 2e éd., 2025, ad art. 53 N 75 et les réf. cit.). En revanche, l'octroi d'une prestation par l'assurance-accidents implique que la condition de la causalité adéquate a été examinée du moins implicitement, de sorte que la décision de rente correspondante ne peut pas être

qualifiée après coup de manifestement erronée en raison du prétendu défaut d'un tel examen (arrêt du TF du 27.11.2024 [8C_698/2023] cons. 5.3.3.4).

c) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4 ; arrêt du TF du 08.09.2017 [9C_107/2017] cons. 5.1).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a ; arrêt du TF du 02.12.2015 [9C_236/2015] cons. 4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et réf. cit. ; arrêt du TF du 27.09.2010 [4A_412/2010] cons. 3.1 et du 19.08.2009 [8C_862/2008] cons. 4.2).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent 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 135 V 465 cons. 4.4, ATF 122 V 157 cons. 1c et réf. cit. ; arrêt du TF du 02.04.2015 [8C_862/2014] cons. 3.2). On ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 (ATF 124 I 170 cons. 4 ; arrêt du TF du 05.03.2009 [9C_369/2008] cons. 2.2).

3.a) En l'espèce, la communication du 3 août 1998, par laquelle la caisse a informé l'assuré qu'elle avait «décidé de continuer à verser les rentes selon [sa] décision du 13 oct. 1995», reposait sur une évaluation matérielle de la situation médicale de l'intéressé. En effet, à la suite du rapport du Dr C. _____ du 24 avril 1997, selon lequel l'assuré

pouvait exercer une activité peu exigeante (physiquement et intellectuellement) à plein temps, par exemple dans le cadre d'un service de courrier, l'intimée a envisagé de supprimer le droit à la rente au motif que, dans une activité adaptée, l'intéressé pouvait réaliser le même revenu que celui qu'il percevait avant l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas d'invalidité. Une expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI ayant néanmoins conclu à une incapacité de travail totale «étant donné les perturbations d'ordre psychique consécutives en partie à l'accident de 1992» (rapport du Dr D. _____ du 23.06.1997), la caisse a confié au Dr F. _____ la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Ce médecin a confirmé que l'assuré souffrait de troubles psychiques sous la forme de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère avec syndrome somatique (F32.11), dont l'accident du 15 janvier 1992 était la cause, et a précisé qu'il ne travaillerait plus jamais (rapport du 16.07.1998). C'est sur la base de ce rapport que la caisse a décidé de maintenir le versement des rentes selon sa décision de 1995, soit une rente complémentaire d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100 %. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que la communication du 3 août 1998 reposait sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves au sens de l'ATF 133 V 108, si bien qu'elle s'est substituée à la décision initiale du 25 octobre 1995. Par conséquent, seule cette seconde décision pouvait faire l'objet d'une révision ou d'une reconsidération, à l'exclusion de la première (ATF 147 V 167 cons. 6.2).

b) La décision attaquée se base sur le rapport délivré par les experts de G. _____ AG, qui, d'un point de vue consensuel, ont retenu les diagnostics relatifs à l'accident de nos consolidés, fracture de la clavicule droite et fracture de l'omoplate droite sans résidus objectivables (CIM-10 : S42.02) ; de nette limitation de la mobilité des articulations talo-crurale et talo-tarsienne gauches après fracture de l'articulation talo-crurale et les traitements opératoires (CIM-10 : S82.13) et de traumatisme crânio-cérébral en 1992, sans atteinte cérébrale résiduelle sûre (CIM S06.0). D'après eux, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (légère, en privilégiant les activités en position assise avec la possibilité de changer de position à son gré, sans échafaudage, échelle, flexion avant ou arrière du buste, rotations fréquentes du haut du corps).

En particulier, l'expert-psychiatre a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'accentuation de la personnalité avec des traits immatures et frustrés, associés à une régulation dysphorique des affects (Z73.1), tous deux sans lien avec l'accident. Selon lui, les critères d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère avec syndrome somatique (F32.11) ne sont plus remplis. L'épisode dépressif constaté à l'époque est ainsi en rémission, même s'il ne peut pas fixer de façon fiable la date de cette rémission. L'expert a également indiqué que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ne peut pas être confirmé et aurait déjà dû orienter à l'époque vers le soupçon d'une élaboration proche de la conscience des symptômes présentés («bewusstseinsnahe Ausgestaltung der dargestellten Symptomatik», p. 54). Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), l'expert a expliqué qu'il ne semble pas être une séquelle de l'accident, mais plutôt une réaction au changement de la situation de vie après l'accident. Il ne s'agit donc pas d'une modification liée à un préjudice psychique initial dû à l'accident, mais plutôt d'un défaut d'adaptation à une situation personnelle et professionnelle nouvelle à la suite

de l'accident, lequel est devenu chronique et a mené au développement d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré ne parvenant pas à traiter de façon adéquate ce changement de situation et de vie. L'expert a reconnu qu'une chronicisation est intervenue, la perturbation psychique semblant s'être manifestée pour la première fois en 1994. Il a admis ne pas avoir constaté de changement notable depuis lors, mais avoir posé, face à une phénoménologie comparable, d'autres diagnostics dont le lien de causalité avec l'accident fait défaut. Il est ainsi parvenu à la conclusion que, rétrospectivement, dans la perspective actuelle, il n'est pas possible d'attester une incapacité de travail due à l'accident.

Le volet psychiatrique de l'expertise est déterminant pour la cause, dès lors que la rente a été maintenue en 1998 précisément en raison des troubles psychiques présentés par l'assuré. Or, l'expert-psychiatre ne fait apparaître aucune amélioration de l'état de santé du recourant depuis 1998, puisqu'il décrit uniquement une chronicisation des troubles déjà présents à cette époque, sans changement notable. Ses considérations n'expriment rien d'autre qu'une appréciation différente d'une situation médicale demeurée, pour l'essentiel, inchangée depuis l'expertise du Dr F._____. On ne décèle par conséquent aucun motif de révision qui justifierait la suppression de la rente complémentaire. De ce point de vue, la décision litigieuse ne peut être confirmée. Reste à examiner si celle-ci peut être entérinée pour le motif que la décision de 1998 était sans nul doute erronée.

c) L'intimée ne prétend pas que cette décision était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable, ce qui justifierait de la reconsidérer sens de l'article 53 al. 2 LPGA. Elle se limite à critiquer la décision initiale d'octroi de rente, qui, selon elle, a été rendue en violation de la maxime inquisitoire (car l'état de santé psychique n'a à l'époque pas été instruit) et de l'article 19 al. 1 LAA (car il n'était pas établi que l'état de santé était stabilisé). Or, il résulte des considérants ci-avant que le prononcé de 1998 a remplacé celui de 1995. Cette seconde décision appuyait sur le rapport d'expertise du 16 juillet 1998 du Dr F._____, qui était arrivé à la conclusion que l'assuré était totalement empêché de travailler en raison de troubles psychiques dont l'accident de 1992 était la cause et que son état de santé ne se modifierait vraisemblablement pas de manière significative dans les années à venir. Le rapport de ce médecin, établi sur la base des pièces du dossier de l'intimée et de ses entretiens avec le recourant, relatait les indications fournies par ce dernier (anamnèse) et consignait ses propres observations. Son appréciation du cas était en outre claire et motivée, tout comme les réponses aux questions posées par la caisse.

L'évaluation de la capacité de travail du recourant par le Dr F._____ n'apparaissait dès lors ni insoutenable, ni empreinte d'inexactitudes ou d'incohérences flagrantes au regard de ses constatations et des autres pièces du dossier. De toute évidence, la caisse pouvait s'y fier pour retenir une incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée. En se fondant sur ce document pour maintenir l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité complémentaire fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, l'intimée n'a pas manifestement statué de manière contraire au droit, ni procédé à une constatation erronée des faits résultant de l'instruction médicale. Les conditions d'une reconsidération de la décision du 3 août 1998 n'étant pas remplies, il s'ensuit que l'intimée ne peut pas se prévaloir d'une reconsidération de ce prononcé pour mettre fin au versement de la rente.

4. Bien fondé, le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée, par laquelle l'intimée a supprimé la rente d'invalidité complémentaire de l'assuré à partir du 28 février 2022,

doit être annulée.

5. Il est statué sans frais, la loi spéciale n'en prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGa). Le recourant a en outre droit à une allocation de dépens (art. 61 let. ga contrario LPGa). Son mandataire n'ayant à ce jour pas déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 8 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'400), les débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 240) et la TVA au taux de 8,1 % (CHF 213.85), l'indemnité de dépens peut être fixée à 2'853.85 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours et annule la décision sur opposition de l'intimée du 6 février 2025.

2. Statue sans frais.

3. Alloue au recourant une indemnité de dépens de 2'853.85 francs à la charge de l'intimée.

Neuchâtel, le 6 février 2026

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