

GE_GERICHTE ATAS/1000/2011 vom 25. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1000_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1000/2011 du 25 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1000/2011 del 25 ottobre 2011

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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 LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

E. 5

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). b) 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

A/2146/2011 - 14/21 - 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. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) 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). d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). e) En l'espèce, le rapport du Dr I _____ du 1er décembre 2010 correspond aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, tient compte des plaintes subjectives de celui-ci, a été établi après un examen clinique et ses conclusions sont motivées. Partant, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation du Dr I _____ selon laquelle le recourant est apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un poste dans lequel le recourant ne doit pas lever le bras droit au-dessus de l'horizontale, effectuer des mouvements répétés des bras ou porter des charges A/2146/2011 - 15/21 - supérieures à 10 kg. On notera par ailleurs que l'avis du Dr I _____ n'est pas en contradiction avec les rapports établis par les médecins de la CRR. Si les Drs J _____, K _____ et M _____ ont certes constaté que le recourant évitait de mobiliser son épaule droite, ils n'ont pu poser de diagnostic clair permettant d'expliquer les douleurs du recourant et n'ont ainsi pas fait état d'un argument clinique expliquant le caractère non fonctionnel de l'épaule. Ces spécialistes ne se sont au demeurant pas prononcés expressément sur les limitations fonctionnelles du recourant, dont ils n'ont au demeurant pas évalué la capacité de travail dans une activité adaptée. Les indications du Pr G _____ ne suffisent pas non plus à remettre en cause les conclusions du Dr I _____ quant aux limitations fonctionnelles. Il ressort en effet du rapport du 17 janvier 2011 du Pr G _____ que les mouvements de l'épaule ne sont pas impossibles, puisqu'il fait état des amplitudes articulaires constatées lors de l'examen clinique. Les conclusions de ce médecin quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée rejoignent d'ailleurs celles du Dr I _____, puisqu'il indique dans son rapport du 24 mars 2011 une capacité dans toute activité sans sollicitation en force de l'épaule droite et sans port de charges de plus de 5 kg. Certes, le Dr I _____ exclut le port de charges à 10 kg tandis que le Pr G _____ le limite aux poids supérieurs à 5 kg déjà. Cette différence n'est cependant pas décisive pour exclure le caractère exigible d'une activité adaptée. Il sied d'ailleurs de souligner que seul un des DPT fournis par l'intimée implique – au demeurant rarement – le port de charges supérieures à 5 kg. Ainsi, le fait que la décision de l'intimée quant à l'activité exigible repose sur la seule appréciation du

médecin d'arrondissement ne prête pas flanc à la critique, contrairement à ce qu'allègue le recourant. Il n'existe en effet aucun avis médical susceptible de la remettre en question. S'agissant en particulier de la capacité de travail, le certificat du Pr G _____ du 9 mai 2011, constatant une aptitude à 50 % dans une autre activité que celle de maçon, n'est guère suffisant. On rappelle que ce médecin a attesté tant dans son certificat du 24 mars 2011 que dans son courrier du 20 avril 2011 d'une capacité dans une activité adaptée sans faire état d'une quelconque restriction quant au taux exercé, de sorte que cette nouvelle conclusion, en contradiction claire avec ses récents rapports et nullement motivée, ne peut être retenue. Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du Dr I _____ doivent être suivies et la mise en œuvre d'une expertise sur ce point s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves.

E. 6

Selon l'art. 18 al. 1er LAA, 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. a) En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est

A/2146/2011 - 16/21 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). La prise en compte de ces gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (ATF 8C_676/2007 du 11 mars 2008, consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (ATF 8C_274/2009 du 3 décembre 2009, consid. 6 et les références). c) S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce

principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du

A/2146/2011 - 17/21 - revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). d) Il convient d'examiner le calcul du degré d'invalidité à la lumière des considérants qui précèdent. S'agissant du revenu sans invalidité, la Cour de céans observe que l'intimée n'indique pas comment elle parvient à un revenu de 69'862 fr. à titre de revenu sans invalidité. En effet, selon les indications de l'employeur, le recourant aurait perçu un salaire de 5'320 fr. par mois versé 13 fois en 2010, soit 69'160 fr. Toutefois, dans la mesure où le montant tiré de l'activité principale n'est pas contesté par le recourant, et se révèle favorable au recourant, elle ne s'en écartera pas. En revanche, le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte le revenu qu'il tirait de son activité accessoire. C'est le lieu de rappeler que 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; ATF 125 V 193, consid. 2). En l'occurrence, le recourant n'exerçait cette activité accessoire que depuis peu lors de l'événement du 15 février 2007. De plus, contrairement à ce qu'il affirme, le contrat de travail conclu avec Y_____ SA porte clairement sur un contrat de travail sur appel, ne fournissant aucune garantie d'occupation puisque chaque engagement effectif devait faire l'objet d'un accord verbal entre les parties. En outre, les certificats de salaires que le recourant a produits pour l'unique année lors de laquelle il a été employé par cette société affichent des variations importantes, si bien qu'on ne saurait admettre que dans son cadre saisonnier, cette activité s'exerçait de manière régulière. Le fait que les horaires soient affichés à l'avance dans l'entreprise relève d'une simple mesure organisationnelle, et ne suffit pas à prouver que le recourant aurait effectivement eu des engagements. Il n'est donc pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il pouvait à nouveau prétendre à des engagements effectifs dès décembre 2007. Pour ce motif déjà, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas retenu le revenu tiré de cette activité. En outre, lorsque le recourant a signé sa deuxième convention avec cette société, il se trouvait déjà en incapacité de travail en tant que maçon. S'il a malgré cet élément cherché à exercer une activité accessoire, on peut raisonnablement en déduire que celle-ci était adaptée à ses limitations fonctionnelles et que le motif pour lequel il n'a finalement pas eu d'engagement n'était pas lié à ses limitations fonctionnelles, mais

A/2146/2011 - 18/21 - à des circonstances sans lien avec son atteinte à la santé. Or, conformément à la jurisprudence exposée, il n'y a pas lieu de prendre en compte un gain accessoire lors de la fixation du revenu sans invalidité dans un tel cas. Quant au revenu d'invalidé, le recourant allègue qu'il y a lieu de ne retenir que le montant minimal de la rémunération afin de tenir compte des critères personnels et professionnels. Si la doctrine admet en effet que les critères personnels et professionnels peuvent être pris en compte dans la fourchette déterminée par le salaire minimum et le salaire maximum de chaque poste de travail (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, n. 175), le Tribunal fédéral a pour sa part confirmé dans plusieurs arrêts que c'est la valeur moyenne des cinq emplois à laquelle il faut se référer pour déterminer le revenu d'invalidé (ATF 8C_356/2008 du 10 décembre 2008, consid. 5). Par ailleurs, l'intimée dispose d'un certain pouvoir d'appréciation dans le choix des DPT retenus, qu'on ne saurait remettre en question sans motif pertinent (ATF U 405/05 du 19 juin 2006, consid. 4.2). En outre, même à supposer qu'il faille s'écarter du revenu moyen des DPT pour tenir compte des particularités du cas d'espèce, on ne voit pas ce qui justifierait la prise en compte du seul revenu minimum. En effet, compte tenu de l'expérience professionnelle dont dispose le recourant et de son âge, il n'y a pas de raison qu'il ne puisse réaliser le salaire moyen ressortant des DPT. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu sans invalidité à 69'862 fr. et le revenu dans une activité adaptée à 56'167 fr. La comparaison de ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 19.6 %, arrondi à 20 %. La décision de l'intimée doit dès lors être confirmée sur ce point. Quant au montant de la rente, l'art. 22 al. 4 1ère phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202) dispose que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Selon les informations données par l'employeur, l'assuré a réalisé un revenu total, allocations et autres indemnités incluses, de 69'736 fr. du 15 février 2006 au 14 février 2007. A cela s'ajoute la rétribution perçue jusqu'au 14 février 2007 auprès de son second employeur, soit 2'497 fr. 70. Le revenu global durant l'année précédant l'accident est ainsi de 72'233 fr. 70. Une rente totale s'élèverait à 80 % de ce montant, soit 57'786 fr. 95 par année, et une rente de 20 % de ce montant correspond à 963 fr. 10 par mois. Le calcul de l'intimée est donc exact.

E. 7

Le recourant conteste également le degré retenu pour l'atteinte à l'intégrité. a) A teneur 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

A/2146/2011 - 19/21 - 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). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à cette délégation de compétence, 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). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29, consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2; ATF 124 V 209, consid. 4a/cc). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela

A/2146/2011 - 20/21 - signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147, consid. 1). L'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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n. 235; ATF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). c) En l'occurrence, le Dr I_____ a retenu une indemnité de 17.5 %. Selon la table 1 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale donne droit à une indemnité de 15 %, tandis qu'une périarthrite scapulo-humérale correspond à un taux de 10 % si elle est moyenne et 25 % si elle est grave. Le degré de 17.5 % retenu par le médecin est ainsi conforme aux tables d'indemnisation et se révèle d'ailleurs supérieur à celui qu'aurait pu prétendre le recourant si le Dr I_____ avait tenu compte de la seule limitation objective de la mobilité de l'épaule. De plus, comme cela a été relevé, l'indemnisation d'une atteinte à l'intégrité physique ne tient pas compte de facteurs subjectifs mais s'opère de manière forfaitaire, quelles que soient les circonstances particulières du cas. Partant, l'intensité des douleurs ressenties par le recourant ne justifie pas une indemnité plus élevée. Par ailleurs, ce dernier n'a fourni aucun élément médical permettant de revenir sur le taux retenu par le médecin d'arrondissement de l'intimée, bien qu'un délai à cet effet lui ait été

accordé par la Cour de céans. En l'absence de tout document médical suffisant pour remettre en cause l'estimation de l'atteinte à l'intégrité par le Dr I_____, il s'avère inutile, par appréciation anticipée des preuves, de procéder à une deuxième évaluation de cette atteinte. En conséquence, le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit également être confirmé.

E. 8

Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/2146/2011 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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