

GE_GERICHTE ATAS/1001/2013 vom 15. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1001_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1001/2013 du 15 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1001/2013 del 15 ottobre 2013

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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/689/2013 - 8/14 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à refuser une rente d'invalidité à l'assuré et singulièrement, sur la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Les prestations de l'assurance-accident incluent le traitement médical (art. 10 LAA), l'octroi de moyens auxiliaires en cas de perte d'une fonction (art. 11 LAA), des indemnités journalières lorsque l'assuré est incapable de travailler suite à un accident (art. 16 LAA), une rente d'invalidité si l'assuré est invalide à 10% au moins (art. 18 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tables en vigueur (art. 24 LAA). c) 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. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, 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. L'al. 2 de cette disposition précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 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). d) Le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel

A/689/2013 - 9/14 - ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2 ; ATF non publié 8C_938/2009 du 23 septembre 2010, consid. 6.2). 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 76 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). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). e) 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 (art. 19 al. 1 LAA).

E. 6

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut

se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

A/689/2013 - 10/14 - D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

E. 7

a) 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). 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. A 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 125 V 351 consid. 3). b) 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/689/2013 - 11/14 - Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.).

E. 8

Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 9

En l'espèce, il est établi par l'ensemble des rapports médicaux au dossier que l'état de santé de l'assuré est stabilisé en tout cas depuis la fin de son séjour à la CRR, le 31 janvier 2012, compte tenu du fait que l'on attend plus d'un traitement une amélioration significative de l'état du membre supérieur gauche. L'assuré ne produit à cet égard aucun avis médical qui suggérerait le contraire. Le Dr A _____ ne propose aucun traitement suite à la dernière intervention du 15 mars 2011 et confirme à l'OAI en octobre 2012 que la situation est inchangée depuis janvier 2012. C'est ainsi à juste titre que la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 31 octobre 2012, date à partir de laquelle la question du droit à une rente d'invalidité doit être examinée. En conséquence, les conclusions du recourant tendant au versement d'indemnités journalières au-delà de cette date sont mal fondées.

E. 10

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, ce dernier fait une lecture erronée des conclusions de la CRR, qui sont fondées sur une appréciation complète et sérieuse du cas, en tenant compte des constatations objectives et des plaintes et en discutant celles-ci en lien avec les constatations faites en atelier. S'il ressort en effet de l'évaluation en atelier que l'assuré n'a jamais dépassé un rendement de 60%, les médecins relèvent clairement que, du point de vue objectif, c'est-à-dire en tenant compte des plaintes qui peuvent être objectivées médicalement, l'assuré est apte à reprendre à 100% une activité respectant les limitations retenues (pas d'activité au froid, ni répétitives ou de force du membre supérieur gauche). Ils mettent en exergue, d'une part, le fait que l'assuré s'est autolimité dans l'accomplissement des activités en atelier et ils relèvent, d'autre part, les incohérences et contradictions entre les observations faites durant le séjour par rapport à l'importance et à l'intensité des douleurs exprimées. A titre d'exemple,

A/689/2013 - 12/14 - selon le rapport d'atelier, alors que l'assuré affirme ne pas pouvoir tenir une pince avec la main gauche, il maintient en place un massicot qui demande beaucoup de force avec la main gauche. Finalement, si la CRR a maintenu l'arrêt de travail jusqu'à la prochaine consultation chez le Dr A _____, c'est afin de laisser le soin au médecin traitant de décider de la suite à donner à cette situation et non pas une attestation de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré. Les conclusions de la CRR sont donc claires et probantes: les deux médecins signataires du rapport retiennent donc une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Au surplus, le rapport de la Dresse B _____, qui est fondé sur un examen du patient et l'ensemble du dossier, relève que les constatations objectives, soit seulement une hypersensibilité de la cicatrice, n'expliquent pas l'impotence

fonctionnelle de l'assuré. Au surplus, l'absence de différence de température, de couleur et de taille des membres supérieurs gauche et droit contredisent l'importance de cette impotence. Ses conclusions sont donc cohérentes et convaincantes. Finalement, aucun rapport médical circonstancié ne vient contredire ces conclusions concordantes, qui ont également emporté la conviction de l'OAI. Le Dr A_____ continue certes à délivrer à son patient des certificats d'arrêt de travail, sans les motiver toutefois, ni contester l'avis de ses confrères et en admettant que l'assuré dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charge de la main gauche depuis janvier 2012, sans déterminer à quel taux. C'est ainsi à juste titre que la SUVA s'est fondée sur les rapports médicaux précités pour déterminer que l'assuré était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Compte tenu de la valeur probante de ces derniers, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise.

E. 11

L'assuré fait valoir que, en tant que gaucher, sans formation et non francophone, aucune activité adaptée à son handicap n'existe sur le marché de l'emploi. Ce grief tombe à faux, tant il est vrai que, du point de vue objectif, les seules limitations sont le port de charges de plus de 5kg, le travail répétitif de la main gauche et le travail au froid, ce qui permet notamment le travail de portier, activité déjà exercée par l'assuré, de gardien, dans l'industrie légère, la vente, etc. Au surplus, l'assuré ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par la SUVA et l'OAI, qui retient le salaire réalisé lors de son dernier emploi dans l'hôtellerie-restauration, compte tenu du fait qu'il a travaillé moins d'un an pour X_____ et n'a dès lors pas bénéficié de la revalorisation des salaires des employés lors de la reprise de leur activité par Z_____. Il s'avère au demeurant que, même en tenant compte du salaire qu'il aurait réalisé chez Z_____ en 2012, le taux d'invalidité n'atteint pas le seuil de 10%. La décision de refus d'une rente d'invalidité est donc bien fondée et l'assuré ne conteste pas le refus d'une IPAI.

A/689/2013 - 13/14 -

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/689/2013 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement:

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