

GE_GERICHTE ATAS/1022/2011 vom 24. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1022_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1022/2011 du 24 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1022/2011 del 24 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

Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

L'objet du litige se limite au degré d'invalidité que présente le recourant dès le 1er février 2010, dans la mesure où les questions du début du droit à la rente, du traitement médical et le remboursement des frais ne sont pas contestées.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte

A/140/2011 - 11/16 - dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 (art. 7 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé (art. 6 LPGA). c) 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne

A/140/2011 - 12/16 - saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié du 19 mars 2009, cause 9C_437/2008 consid. 4.2, in SVR 2009 IV no 35 p. 97; ATFA non publiés du 30 avril 1991, I 350/89, consid. 3b in RCC 1991 p. 332, et I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a in RCC 1989 p. 331).

E. 5

a) 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 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). c) 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. En ce qui concerne les rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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

A/140/2011 - 13/16 - 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). d) 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

Enfin, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368).

E. 7

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré que malgré ses atteintes à la cheville droite, le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 1er février 2010. Le recourant estime, quant à lui, que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée, et que l'intimé aurait dû prendre en compte les troubles psychiques dont il souffre. Sur le plan somatique, il résulte du rapport établi le 1er février 2010 par le Dr S _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, que le recourant souffre d'une arthrose tibio-astragalienne et d'une arthrose sous-astragalienne de la cheville droite qui sont en relation de causalité avec l'accident survenu en 1998 (rapport du Dr S _____ du 1er février 2010). L'évolution après la prothèse avait été défavorable ; le recourant avait des douleurs en partie mécaniques sur des conflits au niveau des malléoles ainsi que des douleurs de type inflammatoire et/ou neurologique. Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant étaient : conduire des machines, y compris les tondeuses, travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, travailler sur des échelles ou des échafaudages, retourner le sol avec une bêche, piétiner ou marcher de façon prolongée, se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, monter et descendre des

pentres et/ou des escaliers de façon répétitive, marcher sans cannes plus de quelques mètres, maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, porter des charges - même de 1kg - en raison des cannes, conduire de façon prolongée en ville. S'agissant de la capacité de travail, le Dr S _____ a estimé que dans une profession capable de respecter toutes ces limitations, la

A/140/2011 - 14/16 - capacité de travail était totale, en tenant compte uniquement des séquelles liées à l'accident. L'assuré avait une incapacité totale de travailler comme jardinier sur le terrain et une incapacité partielle pour le travail sédentaire qui s'y rapporte, tel que la planification, la gestion et les devis. La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du Dr S _____ repose sur des examens du recourant et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée puisqu'elle explique notamment les diagnostics retenus et expose en outre de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre le recourant ainsi que le taux de sa capacité de travail. Les conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport d'expertise. La Cour de céans constate par ailleurs que les autres médecins ayant examiné le recourant n'émettent pas une opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Ainsi, la Dresse Q _____ a également estimé que l'activité de jardinier n'était plus exigible, mais qu'une autre activité l'était, à condition que cette activité tienne compte des limitations du recourant, telles qu'elles ressortent de l'expertise du Dr S _____. La Dresse Q _____ a certes indiqué un taux de capacité résiduelle plus faible que celui constaté par l'expert, soit entre 50% et 75% au maximum. Cela étant, la Cour de céans est d'avis qu'il n'est pas nécessaire, en l'état, de déterminer le taux de capacité qui doit être retenu, et ce pour les motifs qui suivent. On rappellera en effet que l'on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. La Cour de céans constate en l'occurrence que le recourant présente des limitations fonctionnelles importantes, puisqu'il ne peut ni marcher sans cannes plus de quelques mètres, ni maintenir une station debout plus de 15-30 minutes, ni rester assis sans bouger plus de 15-30 minutes, ni porter des charges en raison des cannes (même de 1kg), ni conduire des machines, y compris les tondeuses, ni travailler dans les pentes ou les terrains irréguliers, ni travailler sur des échelles ou des échafaudages, ni retourner le sol avec une bêche, ni piétiner ou marcher de façon prolongée, ni se tenir accroupi ou à genoux de façon prolongée, ni monter et descendre des pentes et/ou des escaliers de façon répétitive, ni conduire de façon prolongée en ville (rapport du Dr S _____ du 1er février 2010). Ainsi, dans la mesure où le recourant est dans l'impossibilité de maintenir durablement des positions de travail, force est de constater qu'il ne peut être réadapté dans l'économie libre. On soulignera au demeurant que les exemples concrets d'activités que l'intimée a donnés ne sont pas des activités adaptées aux limitations fonctionnelles. Ainsi, l'activité de jardinier sédentaire, de réceptionniste/téléphoniste, de gardien, de surveillant de musée, d'employé de régie et de gardiennage de parking, ne sont pas exigibles puisque le recourant ne peut rester assis plus de 15-30 minutes, ni se déplacer sans les cannes. On relèvera

A/140/2011 - 15/16 - encore que c'est dans son rapport du 12 octobre 2005 que le Dr S _____ a cité ces activités, or à cette date-là, le recourant ne présentait pas encore de limitation dans la position assise. Enfin, la Cour de céans constate qu'en raison de la seule atteinte à la cheville droite, l'OAI a retenu que le recourant présentait déjà une incapacité de

travail totale dans toute activité depuis le 1er janvier 2006, sans exiger de lui qu'il se remette au travail, ce alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Compte tenu de ce qui précède, il convient de conclure que le recourant ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, de sorte qu'il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel. Enfin, s'agissant de la question de savoir si les troubles psychiques que présente le recourant sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré, la Cour de céans constate que celle-ci peut rester ouverte, dès lors que le recourant présente, quoi qu'il en soit, une invalidité totale en raison des seules atteintes à la cheville droite. En conséquence, le recourant a droit au versement d'une rente d'invalidité correspondant à un taux de 100% dès le 1er février 2010. 65. Le recours, bien fondé, sera par conséquent admis et la décision litigieuse sera annulée. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

A/140/2011 - 16/16 - 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.