

GE_GERICHTE ATAS/1048/2022 vom 1. Dezember 2022

GE Cour de justice, 2022-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1048_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/1048/2022 du 1 décembre 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/1048/2022 del 1 dicembre 2022

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), 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).

A/3127/2021 - 6/14 - Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt d'un recours est compétent pour connaître de celui-ci. La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans le délai de recours de trente jours, suspendu du 15 juillet au 15 août 2021 (cf. art. 60 et 38 al. 4 LPGA), et dans les formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 3

% sur la base d'un revenu hypothétique d'invalidé de CHF 50'304.- (abattement de 10 % inclus) en retenant une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Pour ce faire, l'intimée s'est en effet fondée uniquement sur des avis médicaux de son médecin-conseil qui sont d'une part contradictoires et, d'autre part, sont contredits par le rapport du Dr I_____, lequel retient que la recourante est incapable de travailler dans toute activité.

E. 3.1

Selon la recourante, c'est à tort que l'intimée a arrêté son taux d'invalidité à

E. 3.2

Selon l'intimée, les avis de son médecin-conseil ne sont pas contradictoires mais révèlent uniquement une évolution en lien notamment avec la perception subjective par la recourante de son atteinte au poignet gauche. De plus, le marché du travail équilibré comporte suffisamment d'emplois adaptés aux limitations fonctionnelles de la recourante pour lui permettre de compenser presque totalement son incapacité de travail totale dans son ancienne activité d'agente d'entretien sur le plan économique.

E. 4

Pour rendre son jugement, le juge de droit social doit se baser sur les faits qui existent au moment de la décision contestée par-devant lui (ATF 143 V 295 consid. 4.1.4 ; ATF 142 V 337 consid. 3.2.2 ; ATF 139 V 88 consid. 4.2). En l'espèce, ce principe a notamment pour conséquence que les éléments qui ressortent de la proposition de décision de l'OAI datée du

10 septembre 2021 ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où ils se rapportent à la situation factuelle antérieure au 11 août 2021. Le dispositif de cette décision sort en particulier du cadre factuel de la présente procédure.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Selon l'art. 4 LPGa, est réputée accident toute atteinte soudaine et involontaire qui compromet la santé

A/3127/2021 - 7/14 - physique ou psychique et dont la cause est extérieure et extraordinaire (« évènement accidentel »). En présence de plusieurs accidents qui ont causé une invalidité chez un assuré, il faut procéder à une fixation d'ensemble de la rente d'invalidité (ATF 123 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/02 du 30 avril 2004 consid. 5.2 ; ATAS/665/2022 du 11 juillet 2022 consid. 10.4)

E. 6

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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

E. 6.1.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa). Selon l'art. 7 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2).

E. 6.1.2

Selon l'art. 18 al. 2 LAA, le degré d'invalidité d'un assuré pertinent pour l'octroi d'une prestation par une assurance-accidents est déterminé par la méthode prévue à l'art. 16 LPGa, sous réserve des règles spéciales prévues aux art. 28 et 29 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique de valide) 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 (revenu d'invalide) ; il faut ainsi diviser le revenu hypothétique de valide par le revenu d'invalide pour obtenir le taux/degre d'invalidité (ATF 148 V 174 consid. 6.1 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).

E. 6.2

Selon l'art. 19 al. 1 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 ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

A/3127/2021 - 8/14 - La question de la fin des prestations provisoires et celle de l'octroi de la rente et/ou de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité constituent un tout juridique et doivent donc faire l'objet d'une décision unique de la part de l'assurance-accidents (ATF 144 V 354 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). Les prestations de soins au sens de l'art. 10 LAA et les indemnités journalières sont des prestations temporaires au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 144 V 418 consid. 3.2 ; ATF 143 V 148 consid. 5.3.3 et 6.2). La notion d'amélioration sensible de l'état de l'assuré ne fait pas, en tant que telle, référence à l'état médical d'un assuré, mais à l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 ; 8C_674/2019 du 3 décembre 2019 consid. 4.1). Autrement dit, il est nécessaire que l'état de santé de l'assuré puisse subir une modification notable et que celle-ci soit de nature à modifier sa capacité de travail en général, soit sa capacité de gain, pour considérer qu'un cas d'assurance n'est pas encore stabilisé, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective, c'est-à-dire à la lumière des circonstances connues au moment de la clôture potentielle du cas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_604/2021 du 25 janvier 2022 consid. 5.2 ; 8C_44/2021 du 5 mars 2021 consid. 5.2 ; 8C_363/2020 du 29 septembre 2020 consid. 3.2).

E. 7

Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 7.1

Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapports médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu du contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du/des trouble(s) médical(aux) potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) au(x)quel(s) il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

E. 7.2

Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui

A/3127/2021 - 9/14 - sont subordonnés, ou réalisés par un médecin sur demande de l'assuré (« expertise » de partie). S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est

complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, soit de ne pas se contenter de se reposer sur cette opinion interne à l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_526/2021 du 3 octobre 2022 consid. 2.2 ; 8C_23/2022, 8C_51/2022 du 21 septembre 2022 consid. 4.2.2 ; 8C_251/2022 du 11 juillet 2022 consid. 3.2.2 ; 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 4.4).

E. 8

En l'occurrence, l'intimée a considéré que la recourante était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée. Il ne ressort cependant pas clairement de ses décisions si la date de stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, et donc de clôture de celui-ci, est le 26 février (fin de la prise en charge des frais médicaux sauf exceptions selon courrier de l'intimée du 26 février 2022 auquel sa décision du 22 juin 2021 fait référence), le 22 juin 2021 (date de la décision sur la rente d'invalidité) ou le 30 juin 2021 (fin du paiement des indemnités journalières). D'emblée, on doit constater que le procédé de l'intimée consistant à séparer la date de fin de la prise en charge des soins médicaux, celle du paiement des indemnités journalières et celle de la décision relative à la rente d'invalidité n'est pas conforme au droit. Cela ressort du reste clairement de la jurisprudence publiée applicable détaillée par l'intimée en p. 6 de sa décision sur opposition. Une instruction de la chambre de céans sur ce point à des fins de clarification n'apparaît toutefois pas nécessaire car la cause doit de toute façon être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire comme on le verra plus bas.

E. 9

Pour retenir que la recourante était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée depuis une date indéterminée en 2021, l'intimée s'est fondée

A/3127/2021 - 10/14 - exclusivement sur les avis de son médecin d'arrondissement. Il convient donc d'examiner la force probante de ceux-ci. Dans son avis médical du 10 avril 2018, le Dr J_____ a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé eu égard à son trouble à son poignet gauche. Si aucune chirurgie n'était programmée, il faudrait alors « décider de la stabilisation ». L'activité antérieure d'agente d'entretien n'était plus possible. Même, une activité adaptée dans un travail sédentaire sans port de charges avec le bras gauche et sans déplacements réguliers apparaissait difficile en l'absence d'arthrodèse et d'usage permanent d'une canne. Dans son avis médical du 9 décembre 2020, le Dr J_____ a retenu que le trouble au genou droit de la recourante était stabilisé depuis le 27 février 2017 et que le trouble au poignet « droit » de celle-ci évoluait vers une stabilisation, bien

qu'une régression objective de la mobilité dût être constatée depuis son examen réalisé le 4 avril 2018. La situation étant stabilisée, le port d'une attelle ou la réalisation d'une arthrodeuse radio-carpienne n'aurait rien changé dans l'utilisation du poignet gauche. Sur cette base, le Dr J _____ a considéré qu'une activité sédentaire légère sans port de charges tant du côté droit que du côté gauche avec manipulation uniquement de la main droite était exigible avec une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement. Le prénommé n'évaluait en revanche pas l'importance de l'atteinte à l'intégrité de l'intimée, faute de radiographie récente, nécessaire pour ce faire. Comme le souligne à juste titre la recourante, les avis du Dr J _____ contiennent plusieurs contradictions. En premier lieu, le Dr J _____ n'explique pas comment il a pu retenir le 10 avril 2018 que l'état médical était stabilisé, mais qu'il faudrait « décider de la stabilisation », puis retenir le 9 décembre 2020 que l'évolution allait « vers une stabilisation », malgré une régression objective du poignet gauche de la recourante, mais que la situation était stabilisée et qu'il pouvait ainsi se prononcer sur ses limitations fonctionnelles. Sur ce point, les deux avis médicaux du prénommé sont ainsi non seulement contradictoires entre eux, mais comportent également des incohérences internes. Dans ses explications complémentaires du

E. 12

En ce qui concerne les frais et dépens, un arrêt de cassation et renvoi doit être considéré comme un arrêt où le recourant obtient gain de cause, même si celui-ci n'y avait conclu que subsidiairement (ATF 141 V 281 consid. 11.1 ; ATF 137 V 210 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_453/2019 du 3 février 2020 consid. 4 ; 8C_245/2019 du 16 septembre 2019 consid. 6 ; 8C_128/2019 du 12 juillet 2019 consid. 5). La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA en lien avec l'art. 1 LAA).

A/3127/2021 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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