

GE_GERICHTE ATAS/107/2005 vom 16. Februar 2005

GE Cour de justice, 2005-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_107_2005

FR: GE_GERICHTE ATAS/107/2005 du 16 février 2005

IT: GE_GERICHTE ATAS/107/2005 del 16 febbraio 2005

Regeste

Résumé: Le recourant, anciennement couvreur et ne bénéficiant, suite à un accident, que d'une capacité résiduelle de travail dans une activité légère, s'est vu proposer chez son employeur un poste de magasinier pour le même salaire qu'il percevait en tant que couvreur. Or, cet employeur aurait versé un salaire moins élevé à un nouvel employé, ayant le profil du recourant, pour un poste de magasinier. Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité afin de déterminer le degré éventuel d'invalidité du recourant et de tenir compte du salaire - non social - que l'employeur aurait proposé à un autre employé pour le poste de magasinier. Après comparaison des revenus, il s'avère cependant que le recourant ne présente qu'un taux d'invalidité de 9,08%, n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité LAA.

Erwägungen

E. 1

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

E. 2

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

E. 3

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Les dispositions de la LAA seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur

(ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

- 9/15-

A/2337/2003

E. 4

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité LAA.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou

- 10/15-

A/2337/2003 ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

E. 6

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 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références). De jurisprudence constante, lorsque aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209 ; ATA S. du 29 mars 1994 ; ATA G. du 9 novembre 1994), L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a). Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, il convient de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications

- 11/15-

A/2337/2003 pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d; ATFA non publié du 4 juin 2002 en la cause U 267/01 Kt ; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195).

E. 7

En l'occurrence, dans son rapport d'examen final du 4 juin 2002, le médecin-conseil de la SUVA a indiqué que dans une activité adaptée, une capacité de travail serait possible à

plein temps et à plein rendement, pour autant que le patient ne doive pas porter de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, ni effectuer de mouvements répétitifs du coude ou être en appui sur ce dernier. Cet avis est également partagé par le Dr A_____, qui, dans son rapport du 1er mars 2002, indique que le traitement est terminé et que son patient ne peut plus porter d'objets lourds avec le membre supérieur gauche ou faire des mouvements répétitifs ; selon ce médecin, la reprise de travail était à définir par l'assurance-invalidité. Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a quant à lui estimé que l'assuré était capable de travailler dans une activité sans port de charges (rapport du 6 mai 2002). Suite au rapport du médecin-conseil, l'employeur de l'assuré, d'entente avec la SUVA, a aménagé un poste de travail de magasinier pour le recourant, répondant aux limitations fonctionnelles de ce dernier. Le recourant n'a cependant pas pu commencer ce travail à 100%, mais à 50% en raison d'une maladie, soit de douleurs dorsales. Il a effectué trois demi-journées de travail et a arrêté cette activité de magasinier, selon ses premières déclarations, en raison de douleurs dorsales. Ces premières déclarations ont été confirmées par le Dr A_____ qui, dans un certificat du 13 novembre 2002, a indiqué que son patient avait recommencé une activité à 50% en tant que magasinier le 1er novembre 2002 et qu'il s'était présenté à son cabinet le 6 novembre, se plaignant de manière très démonstrative d'une douleur insupportable, ce qui aurait motivé un nouvel arrêt de travail à 100%, en raison de maladie et non d'accident. Il y a également lieu de relever qu'au moment de son arrêt de travail du 6 novembre 2002, le patient n'a pas indiqué que le poste de magasinier lui causait des douleurs au coude ni que ledit poste était inadapté aux limitations fonctionnelles relevant de ses problèmes de coude. Au vu de ce qui précède, il convient tout d'abord de constater que le rapport du Dr C_____, médecin-conseil de la SUVA, a pleine valeur probante et qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions, qui sont notamment corroborées par le Dr E_____ et par le médecin-conseil de la FTMH.

- 12/15-

A/2337/2003 De surcroît, conformément à la jurisprudence du TFA, il convient de se rapporter aux premières déclarations de l'intéressé et de son médecin traitant, selon lesquelles, l'arrêt de travail de novembre 2002 n'était dû qu'à des problèmes dorsaux et non pas à une atteinte au coude. Il y a dès lors lieu de constater que l'activité de magasinier proposée était adaptée au problème de coude du recourant. S'il n'a pu poursuivre ladite activité, c'est en raison de problèmes de dos dus à une maladie, sans lien de causalité, ni adéquate ni naturelle avec l'accident. Partant, la SUVA n'a pas à supporter l'incapacité totale de travail de l'assuré due à la maladie et il convient de retenir que ce dernier est capable de travailler, en raison des affections liées à son accident, dans une activité adaptée, mais non plus en qualité de couvreur.

E. 8

Il convient ainsi, en raison de la capacité résiduelle de travail du recourant, de déterminer son degré d'invalidité et son éventuel droit à une rente. Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré devient invalide à 10 % au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). A cet égard, 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'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76-77 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci- après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174). Aux termes de l'art. 19 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. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

- 13/15-

A/2337/2003 En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

E. 9

Selon la SUVA, le recourant ne subit aucune perte de gain, puisque son employeur lui a proposé un poste adapté à ses limitations fonctionnelles pour un salaire identique à celui qu'il gagnait en tant que couvreur. Cependant, afin de s'assurer que le recourant ne percevait pas un salaire social dans le poste de magasinier proposé par son ancien employeur - salaire social qu'il ne conviendrait pas de prendre en considération pour la comparaison des revenus -, le Tribunal de céans a questionné la société X_____ SA. Celle-ci répondit qu'elle offrirait à un nouvel employé, ayant le profil du recourant, pour le poste de magasinier en question, un salaire horaire de 25 fr. pour 40 heures hebdomadaires de travail, plus 8% de vacances et 8,33% de treizième salaire et non un salaire horaire de 29 fr. 38 pour 40 heures hebdomadaires de travail, plus 8% de vacances et 8% de treizième salaire. Ainsi, l'employeur a bien proposé à son employé un salaire social, calqué sur l'ancien salaire de couvreur et tenant compte des 21 années de service que ce dernier a passé dans l'entreprise. Si l'on prend en compte le salaire réel correspondant au poste de magasinier, l'on constate ainsi que le recourant subit une perte de revenus. Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité, afin de déterminer le degré éventuel d'invalidité du recourant et de tenir compte du salaire - non social - que l'employeur aurait proposé pour le poste de magasinier. Selon les déclarations de l'employeur, le gain annuel du recourant du 30 mars 1999 au 29 mars 2000 (date de l'accident : le 30 mars 2000) s'élève à 58'662 fr. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces données. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2002. En effet, les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 31 octobre 2002, le traitement médical étant à cette date terminé et l'état de santé stabilisé quant aux atteintes dues à l'accident. Le droit à une éventuelle rente s'ouvre ainsi dès le 1er novembre 2002. Il s'agit dès lors d'établir le salaire avant invalidité en 2002, soit de prendre le gain assuré de 58'662 fr. et de le réactualiser en 2002 (cf. La vie économique n° 11 - 2004, T1, p. 87), ce qui porte le revenu à 61'961 fr. 40. Quant au revenu après invalidité, il convient de prendre en

considération le salaire - non social - qu'aurait reçu le recourant pour un poste de magasinier en 2002, soit un salaire horaire de 25 fr. plus un treizième salaire de 8,33% pour 40 heures hebdomadaires, ce qui correspond à un salaire annuel de 56'331 fr. 60 (40 heures x

- 14/15-

A/2337/2003 52 semaines = 2080 heures par an / 2080 x 25 fr. = 52'000 fr. / 52'000 fr. x 8,33% = 56'331 fr. 60). En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 9,08% $[(61'961 \text{ fr. } 40 - 56'331 \text{ fr. } 60) \times 100] : 61'961 \text{ fr. } 40 = 9,08\%$, qui n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité LAA. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté.

- 15/15-

A/2337/2003

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