

# **GE\_GERICHTE ATAS/309/2013 vom 27. März 2013**

GE Cour de justice, 2013-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_309\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_309_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/309/2013 du 27 mars 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/309/2013 del 27 marzo 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) Le recours respecte le délai de 30 jours prescrit par l'art. 60 LPGA.

A/2772/2012 - 9/14 - b) Quant à la forme, l'art. 61 LPGA dispose que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est, sous réserve de l'art. 1er al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple et rapide (let. a). L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté (let. b). Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; ATFA non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. ATFA non publié du 17 décembre 2002, U 292/02, consid. 4). En l'espèce, le recourant a motivé son recours par le fait que son état de santé ne s'était pas amélioré suite aux accidents subis. En s'opposant à la décision querellée qui lui refuse une rente d'invalidité et limite la prise en charge des frais médicaux par l'assureur-accidents, il doit être admis qu'il conclut implicitement à l'octroi d'une rente et des prestations médicales sans limite. Il est également à relever que le recourant se réfère implicitement à son opposition, dans la mesure où il a joint une copie de celle-ci à son recours. Il y fait notamment valoir qu'il ne peut plus travailler dans le bâtiment, selon le Dr A\_\_\_\_\_, ne pouvant pas porter des charges de plus de 5 kg. Cela étant, il convient de constater que le recours comporte une motivation et des conclusions suffisantes, de sorte qu'il est recevable à la forme.

### **E. 3**

a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet

A/2772/2012 - 10/14 - du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). b) En l'occurrence, le recourant ne s'est opposé à la décision du 4 janvier 2012 qu'en ce qu'elle concerne l'accident du 23 février 2010. En effet, ce n'est que cet événement qu'il a mentionné en marge de son opposition du 27 janvier 2012. Partant la décision sur opposition n'a pas porté sur le traitement médical pour les séquelles du premier accident. Néanmoins, l'évaluation de la capacité de travail doit tenir compte également d'éventuelles limitations dues aux accidents antérieurs. L'objet du litige est donc la question de savoir si le recourant subit une invalidité lui ouvrant le droit à une rente, en rapport avec les accidents survenus, et dans quelle mesure il peut encore prétendre à la prise en charge des frais médicaux pour le traitement des séquelles du dernier accident.

#### **E. 4**

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. Par accident, on entend toute atteinte 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

#### **E. 5**

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. 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).

A/2772/2012 - 11/14 -

#### **E. 6**

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En principe, le traitement médical est généralement appliqué et accordé à l'assuré jusqu'à la fixation de la rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA, a contrario). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA (à savoir : let. a lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; let. b lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; let. c lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; let. d lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt non publié du 17 juin 2002, U 252/01 consid. 2a).

#### **E. 7**

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. 8**

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.

A/2772/2012 - 12/14 - 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). 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. 9**

a) En l'espèce, le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr D\_\_\_\_\_, a constaté, dans son rapport d'examen final du 5 août 2011, que la situation médicale était stabilisée et que le recourant avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ne comportant pas de port de charges moyennes à lourdes ni nécessitant force de serrage ou outils de frappe.

A/2772/2012 - 13/14 - Ce rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes du recourant et repose sur un examen approfondi. Partant, il sied de lui accorder en principe une pleine valeur probante. Les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimé sont par ailleurs confirmées par le médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. En effet, lors d'un entretien de ce praticien avec l'intimée en date du 17 mai 2011 et dans son rapport du 14 juillet 2011, celui-ci a admis que la situation était stabilisée et que le recourant pourrait reprendre une activité adaptée avec un rendement de 100%. L'algodystrophie était guérie. Par conséquent, il n'y a aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convient de retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. b) Le recourant ne met pas en cause le calcul de la perte de gain réalisé par l'intimée. S'agissant de la différence entre les indemnités de chômage et le

salaires précédemment perçus, elle ne peut être prise en considération par l'assureur-accidents, celui-ci devant uniquement compenser la différence supérieure ou égale à 10% entre le salaire sans invalidité et celui que l'assuré pourrait réaliser avec l'invalidité, mais non pas les indemnités de chômage, même si l'assuré a dû abandonner l'ancienne activité pour des raisons de santé. Le droit à une rente d'invalidité n'est ainsi pas ouvert, la perte de gain étant inférieure à 10%, selon ce calcul. Ainsi, l'intimée était fondée de refuser cette prestation.

**E. 10**

Concernant les prestations médicales, il y a lieu de rappeler que le Dr A\_\_\_\_\_ a certifié le 14 juillet 2011 que le traitement était terminé. On ne voit par ailleurs pas quel traitement pourrait encore améliorer les séquelles de l'accident du 23 février 2010, à part des antalgiques. Par conséquent, des contrôles occasionnels une ou deux fois par an paraissent amplement suffisants, de sorte que la décision querellée doit également être confirmée sur ce point.

**E. 11**

Cela étant, le recours sera rejeté.

**E. 12**

La procédure est gratuite.

A/2772/2012 - 14/14 - 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.