

GE_GERICHTE ATAS/360/2015 vom 18. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_360_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/360/2015 du 18 mai 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/360/2015 del 18 maggio 2015

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/795/2014 - 11/24 - 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 le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 19% et une IPAI supérieure à 15 %

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, 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 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. 6

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 dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335

A/795/2014 - 12/24 - consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006

consid. 3.2).

E. 9

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

E. 10

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée

A/795/2014 - 13/24 - comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 11

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du

E. 15

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

E. 16

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

A/795/2014 - 19/24 -

E. 17

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

E. 18

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 19

En l'espèce, par ordonnance du 16 décembre 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire rhumatologique, en considérant qu'il existait des avis très divergents, d'une part, de la CRR et du Dr G_____, d'autre part, de la Dresse D_____, quant à l'estimation de la capacité de travail exigible de la part du recourant et a précisé qu'il serait également posé à l'expert des questions relativement aux critères jurisprudentiels du Tribunal fédéral permettant d'établir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués en l'espèce par le recourant, et l'accident, afin d'évaluer si

une expertise psychiatrique était également nécessaire.

E. 20

a) L'expertise du Dr J_____ et son complément du 3 mars 2015 remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a examiné le recourant, établi une anamnèse complète, décrit le traitement et les plaintes du recourant; les diagnostics sont clairs, ainsi que la description des limitations fonctionnelles; si l'estimation de la capacité de travail englobait dans un premier temps des aspects ne relevant pas de l'assureur-accident (rapport d'expertise p. 5), l'expert a précisé son rapport à la demande de la chambre de céans, de sorte qu'il a ensuite clairement apprécié la capacité de travail du point de vue uniquement rhumatologique et en fonction des pathologies en lien avec l'accident. b) Le recourant estime que la capacité de travail dans une activité adaptée, en raison de limitations en lien avec l'accident, est de 60%, comme indiqué dans le rapport

A/795/2014 - 20/24 - d'expertise et qu'en particulier, les problèmes au genou gauche sont en lien avec l'accident. Quant à l'intimée, elle se rallie à l'expertise, estimant que celle-ci permet de conclure qu'il y a unanimité du point de vue médical quant à une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. c) La chambre de céans constate que l'expert a précisé, dans son complément d'expertise, que les limitations fonctionnelles rhumatologiques, en lien avec l'accident, soit à l'exception des limitations liées à l'arthrose débutante du genou gauche et à la goutte, entraînaient une incapacité de travail de 40% dans toute activité. Contrairement à l'avis du recourant, les limitations fonctionnelles rhumatologiques dont fait état l'expert dans son complément d'expertise (question 2.a)) et qui entraînent une incapacité de travail de 40% dans toute activité, ne relèvent pas exclusivement des troubles post-traumatiques, mais comprennent également les problèmes liés à la goutte et au genou gauche, que l'expert a clairement qualifiés comme n'étant pas d'origine traumatique. A cet égard, le recourant se borne à relever que les problèmes au genou gauche découleraient de l'accident, au motif que l'expert a mentionné que des douleurs occasionnelles avec gonflement du genou gauche étaient apparues dans les suites de l'accident. Or, l'expert a clairement exclu que l'arthrose du genou gauche et le trouble statique soient en lien avec l'accident (complément p. 1); le recourant ne remet pas valablement en cause cette appréciation. S'agissant de la capacité de travail arrêtée par l'expert, même s'il est vrai que le rapport d'expertise mentionne une capacité de travail de 60% après correction des troubles métaboliques (rapport p. 6), il indique également que, sur un plan purement somatique et relativement aux diagnostics posés (lesquels comprennent ceux de goutte, obésité et troubles des genoux), le recourant pourrait exercer une activité en position assise et debout, alternativement à 60%, et ceci depuis 2013 (rapport p. 5). Il convient ainsi de se fonder sur les précisions apportées par l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, en lien avec les troubles post-traumatiques, dans son complément d'expertise. A cet égard, l'expert a indiqué que l'incapacité de travail d'origine rhumatologique, évaluée à 40%, était due à l'accident à raison des deux-tiers; en conséquence, l'incapacité de travail en lien avec l'accident est de 27% dans toute activité. Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert, dans son complément d'expertise, n'a pas retenu une absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée, puisqu'il a fixé celle-ci à deux-tiers de 40%, soit à 27%. Le recourant a conclu à l'octroi d'une IPAI de 40%. A cet égard, l'expert a confirmé le bien-fondé d'une IPAI à hauteur de 15%, telle qu'appréciée par le Dr G_____

A/795/2014 - 21/24 - (rapport d'expertise p. 6), de sorte qu'aucun élément médical pertinent ne permet de remettre en cause cette appréciation.

E. 21

S'agissant de la question de la nécessité d'instruire l'aspect psychiatrique, il y a lieu de constater que, selon la jurisprudence précitée, le lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiques et l'accident n'est de toute façon pas donné, de sorte qu'une telle instruction s'avère superflue.

En effet, l'accident en cause doit être qualifié de moyen, compte tenu notamment de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle ont par exemple été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (ATA du 2 septembre 1997), une chute d'ascenseur sur deux étages (ATFA non publié U 204/00), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (ATFA non publié 338/05), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (ATFA non publié U 128/03).

Or, en présence d'un accident de gravité moyenne, un certain nombre de critères posés par la jurisprudence doivent être remplis pour admettre le caractère adéquat des troubles psychiques, ce qui n'est pas le cas en l'espèce; en effet, selon l'expertise judiciaire, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement prodigué, ni de complications importantes, ni d'administration d'un traitement médical spécifique et pénible; par ailleurs, il n'y a pas lieu d'admettre non plus des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (à cet égard ATF 8C 817/2009 du 26 mars 2010), la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ou une durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes qui pourraient être admises ne sauraient, dans ces conditions, fonder l'existence d'un lien de causalité adéquate.

Partant, il n'est pas nécessaire d'ordonner une instruction médicale psychiatrique.

E. 22

Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité du recourant. S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de constater que l'intimée s'est basée sur un revenu théorique en 2013 de CHF 66'703.-. Or, l'employeur a indiqué le 3 septembre 2013 que le revenu du recourant serait, en 2012, de CHF 66'703.- et, en 2013, de CHF 67'028.-. Le revenu pris en compte par l'intimée pour l'année 2013 est donc erroné. Par ailleurs, il convient de constater que le recourant a concrètement réalisé auprès de son employeur, au cours de l'année qui a précédé son accident, soit du 1er août 2009 au 31 juillet 2010, un revenu annuel de CHF 73'920.95, comme indiqué par l'employeur le 29 octobre 2012. C'est ce revenu qui doit être pris comme base de calcul pour la rente, indexé à l'année 2013. A cet égard, il est à relever que l'OAI s'est fondé en 2011 sur un revenu sans invalidité du recourant de CHF 66'523.-, soit un revenu en 2010 de CHF 5'070.-/mois (soit CHF 65'910.-/année), indexé en 2011. Or, l'employeur avait également communiqué à l'OAI le 15 novembre 2010 (questionnaire employeur) que le recourant avait perçu, du 1er août 2009 au 31 juillet 2010, un revenu de CHF 73'920.95. En outre figure au dossier de l'OAI

A/795/2014 - 22/24 - l'extrait du compte individuel du recourant, duquel il ressort que celui-ci avait précédemment travaillé pour le même employeur et qu'il avait notamment réalisé en 2005 un revenu de 67'002.- et, en 2003, un revenu de CHF 68'404.-, soit des

revenus déjà supérieurs à ceux pris en compte, de nombreuses années après, par l'OAI et l'intimée, respectivement en 2011 et 2013. Il convient, en application des art. 18 LAA, 16 LPGA et de la jurisprudence précitée, de retenir le dernier salaire concret que le recourant a réalisé avant l'accident. En l'occurrence, ce salaire est de CHF 73'920.95 en 2010, soit CHF 75'784.20 en 2013, selon les règles d'indexation (+ 1% en 2011, + 0,8% en 2012 et + 0,7% en 2013). S'agissant du salaire avec invalidité, l'intimée a retenu un revenu de CHF 56'571.27 en se basant sur l'ESS 2010, tableau TA1, activité de niveau 4, pour un homme, adapté à l'horaire de travail usuel dans les entreprises, indexé à l'année 2013 pour une activité à 100%, auquel une déduction de 10% a été appliquée. La prise en compte du salaire statistique 2010, adapté à l'année 2013, peut être confirmée, les activités auxquelles il se rapporte comprenant des travaux compatibles avec l'état de santé du recourant. En conséquence, il convient de se baser sur un revenu 2010 de CHF 58'812.-, adapté à un horaire hebdomadaire de travail en 2010 de 41,6 heures, soit CHF 61'164.50, indexé à l'année 2013 (+ 1% en 2011, + 0,8% en 2012 et + 0,7% en 2013), soit un revenu de CHF 62'706.20. Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, du permis B dont il est titulaire, de son âge (54 ans en 2013), du travail à temps partiel seul possible, des facteurs sociaux-culturels tels que l'impossibilité de s'exprimer en français et également l'impossibilité de lire et écrire en portugais, pourtant sa langue maternelle, le manque de formation professionnelle, ainsi que les longues années de service auprès du même employeur, une déduction de 20% est en l'occurrence justifiée. Le salaire d'invalidité est ainsi de CHF 50'165.-. Il convient cependant de retenir une capacité de travail, non pas de 100%, mais de 73%, conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire, de sorte que ce revenu est finalement de CHF 36'620.45. Le degré d'invalidité est ainsi de : $CHF\ 75'784.20 - CHF\ 36'620.45 = 51,67\% = 52\%$

CHF 75'784.20

E. 23

Au vu de ce qui précède, le recourant a droit, depuis le 1er avril 2013 à une rente d'invalidité de 52%.

A/795/2014 - 23/24 -

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 52% en lieu et place d'une rente d'invalidité de 19%, depuis le 1er avril 2013. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/795/2014 - 24/24 - 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.