

# **GE\_GERICHTE ATAS/430/2014 vom 25. März 2014**

GE Cour de justice, 2014-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_430\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_430_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/430/2014 du 25 mars 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/430/2014 del 25 marzo 2014

## **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**

Le recours ayant été interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi – délai débutant le 14 juin 2013 et arrivant à échéance le 16 août 2013 – le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 et 4 let. b LPGA p.a.).

### **E. 3**

Au préalable, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. 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

A/2393/2013 - 9/18 - attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet 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). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des

motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c). b) En l'espèce, la décision et la décision sur opposition litigieuses portent sur les prestations – rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité – auxquelles peut prétendre le recourant suite à l'accident du 28 juillet 2009 ainsi que sur le refus de l'intimée de lui octroyer des prestations pour ses troubles au poignet droit nés en 2004/2005. Le recourant ayant contesté le taux de la rente d'invalidité, le litige porte tout d'abord sur cette question ainsi que sur le lien de causalité entre les atteintes du poignet droit et l'accident du 28 juillet 2009. En revanche, le taux et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'ayant pas été remis en cause, ces questions ne sont plus litigieuses et ne font ainsi pas partie de l'objet du litige, de sorte que la Cour de céans n'a pas à les examiner. Par ailleurs, le recourant invoque qu'il a eu un accident en 2004/2005 ayant engendré des troubles au poignet droit, de sorte que la prise en charge de prestations en lien avec cet événement devra également être examinée. En ce qui concerne le droit du recourant à des prestations suite à l'accident du mois de mai 2011 (atteinte au genou droit), il a déjà été tranché par l'intimée de manière définitive dans sa décision du 8 août 2011, le recourant ne s'étant pas opposé à cette décision mettant fin à toutes prestations au 8 août 2011. Dès lors, le litige ne saurait porter sur les atteintes du genou droit.

### **E. 3.3**

et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas. Lorsque l'invalidité est la conséquence d'un accident, ces indices doivent déjà avoir existé au moment où celui-ci s'est produit (ATF non publié 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011, consid. 4.1 et les références citées). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible ou revenu d'invalidité doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). Si le revenu d'invalidité est fondé sur les tabelles statistiques, et plus précisément sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après l'ESS), la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; ATF non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs

à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

A/2393/2013 - 16/18 -

#### **E. 4**

Il convient tout d'abord d'examiner le droit du recourant à des prestations en lien avec un événement ayant eu lieu en 2004/2005 et ayant engendré des atteintes au poignet droit. a) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (cf. art.

#### **E. 6**

a) 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). b) 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.

A/2393/2013 - 11/18 - 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 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. c) 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

## **E. 7**

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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

A/2393/2013 - 12/18 - 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). 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b) 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). Par ailleurs, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

#### **E. 8**

Le recourant considère qu'outre ses atteintes au poignet gauche, celles au poignet droit doivent également être imputées à l'accident du 28 juillet 2009, alors que l'intimée estime que les atteintes du poignet droit ne sont pas en rapport de causalité avec cet accident.

A/2393/2013 - 13/18 - L'intimée fonde sa décision sur opposition sur les rapports de ses médecins d'arrondissement, les Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, ainsi que sur les rapports des médecins traitants du recourant. Le Dr L\_\_\_\_\_ est le premier médecin à s'être prononcé, après l'accident du 28 juillet 2009 et l'opération à la main gauche en août 2009, et a uniquement fait état, en septembre 2009, d'un diagnostic en lien avec le poignet gauche. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il a également discuté, en décembre 2009 des suites de l'accident au niveau du poignet gauche, tout en indiquant notamment qu'il existait des cicatrices anciennes au poignet droit et que les clichés radiologiques montraient des lésions dégénératives à gauche et à droite. Le Dr N\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroplastie du poignet gauche en mars 2010 et a attesté en février 2011 de troubles au poignet gauche sans faire référence à des atteintes au poignet droit en lien avec l'accident. Enfin, il résulte du rapport final de juin 2012 du Dr P\_\_\_\_\_ qu'il s'est déterminé sur les conséquences de l'atteinte au poignet gauche sur la capacité de travail, attendu que le traumatisme avait eu lieu à gauche. Au vu des éléments qui précèdent, force est de constater qu'aucun médecin n'a considéré que les atteintes au poignet droit étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 juillet 2009. Certes, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué, en octobre 2013, qu'il existait des douleurs post-traumatiques au niveau des deux poignets, toutefois, cela n'est pas assez précis pour retenir un tel lien de causalité naturelle. Qui plus est, le recourant s'est plaint pour la première fois de douleurs à sa main droite lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée en avril 2011, soit un an et neuf mois après l'accident de juillet 2009, de sorte qu'il est très peu vraisemblable que ces troubles soient dus à cet accident. Enfin, le fait que les troubles se soient déclenchés après l'accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Il doit ainsi être conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les atteintes du recourant au poignet droit ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 28 juillet 2009 et ne sauraient ainsi donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. Pour le surplus, il a été retenu de manière convaincante par le Dr P\_\_\_\_\_, en juin 2012, que le recourant présentait, sans tenir compte des atteintes au poignet droit et au genou droit, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le port de charges de plus de

#### **E. 10**

a) En l'espèce, dans la mesure où l'état de la main gauche du recourant est stabilisé depuis juin 2012 en tous les cas, c'est à juste titre que l'intimée a déterminé que le droit à la rente débutait au 1er septembre 2012. Cela n'est pas contesté par le recourant. Il convient ainsi de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus. b) L'intimée a fixé le revenu sans invalidité en se fondant sur le revenu que le recourant a obtenu en 2009 dans son activité temporaire auprès des CFF. La Cour de céans ne saurait suivre ce raisonnement. En

effet, pour établir le revenu sans invalidité, il convient de déterminer ce que le recourant aurait effectivement pu gagner en 2012, s'il était resté en bonne santé. D'une part, le recourant a uniquement travaillé temporairement en qualité médiateur auprès des CFF, alors qu'il y était placé durant six mois par les organes de l'assurance-chômage. Cette activité de médiateur n'a pas été exercée auparavant par le recourant, celui-ci ayant essentiellement été actif dans des activités dans le bâtiment ou dans la musique. D'autre part, il a suivi avec l'aide de l'OAI, entre 2005 et 2007, une formation certifiante d'ingénieur du son auprès du SAE Institute, qui devait lui permettre de prétendre à un poste dans l'industrie audio en tant que professionnel dans divers secteurs techniques ou administratifs des industries audio musicales ou télévision / post-production, soit comme technicien son en enregistrement, en post-production, chef opérateur son, gérant de studio ou monteur son (cf. site internet SAE Institute [http://geneve.sae.edu/fr/course/2268/Ingenieur\\_du\\_Son](http://geneve.sae.edu/fr/course/2268/Ingenieur_du_Son)). Dès lors, compte tenu de cette formation et de l'engagement visible du recourant dans le domaine de la musique durant sa vie, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, qu'il aurait exercé, sans atteintes à la santé, l'activité d'ingénieur du son. Dans la mesure où le recourant n'a pas pu, au vu du dossier, exercer cette activité, s'étant notamment retrouvé au chômage, il convient de se fonder sur les données statistiques. D'après l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'un homme, ayant des connaissances spécifiques et exerçant dans le domaine de la production audiovisuelle (tableau TA1, homme, ligne 59, niveau de qualification 3), est de 5'507 francs. Ce revenu, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2012, lequel est de 40.8 heures (cf. tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique, ligne 58 à 63), ainsi qu'à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; 2010 : 2'151 et 2012 : 2'188). On obtient ainsi un revenu sans invalidité de 68'565 fr. 15 ( $5'507 \times 12 \times 41.8 / 40 \times 2'188 / 2'151$ ). En revanche, on ne saurait retenir en sus de ce salaire d'éventuels revenus que le recourant auraient obtenu en tant que musicien. En effet, il allègue lui-même que tant les cachets obtenus lors de concerts que les gains lors des ventes de CD ont

A/2393/2013 - 17/18 - essentiellement permis à payer les différentes charges nécessitées par leur production. c) Pour ce qui est du revenu d'invalidé, les activités qui ont été sélectionnées par l'intimée, soit les activités de vendeur de chaussures, de chauffeur de taxi, d'aide de cafétéria, d'employé au service clientèle et de collaborateur de production, ne requièrent pas le port de charges de plus de 10 kilogrammes, le maniement d'outils lourds, de force de serrage ou encore de mouvements répétitifs de flexion-extension de la main gauche, de sorte que ces activités sont compatibles avec l'état de santé du recourant mis en exergue par le médecin d'arrondissement de l'intimée. De plus, il ressort également des DPT que ces activités, hormis celle de chauffeur de taxi, ne nécessitent pas de formation spécifique, de sorte qu'elles sont immédiatement exigibles de la part du recourant. C'est ainsi à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Qui plus est, elle a déterminé, avec raison, le revenu d'invalidé en se fondant sur les DPT sans procéder à une réduction de ce salaire eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, et ce conformément à la jurisprudence citée ci-dessus.

Il sera précisé que l'intimée n'a pas retenu que l'activité d'ingénieur du son ou celle de musicien soit adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ce que celui admet d'ailleurs en expliquant qu'il ne pouvait plus effectuer toutes les tâches y relatives, indiquant notamment souhaiter exercer le métier d'ingénieur du son mais avec l'aide d'un

aide assistant à sa charge, et ne plus pouvoir être musicien percussionniste. Dès lors, en se fondant sur les DPT et en supprimant le poste de chauffeur de taxi, puisque celui-ci n'est pas exigible du recourant sans formation, on arrive à un salaire – moyen – d'invalidé de 52'404 fr.  $([48'000 + 52'325 + 53'991 + 55'300] / 4)$ . d) Partant, en comparant le revenu sans invalidité au revenu d'invalidé, le degré d'invalidité du recourant est de 24%  $((68'565.15 - 52'404) \times 100 / 68'565.15)$ , de sorte qu'il a droit à une rente d'invalidité de 24%, et non uniquement de 12% comme retenu par l'intimée.

#### **E. 11**

Le recours est ainsi partiellement admis et le recourant mis au bénéfice d'une rente de 24% dès le 1er septembre 2012. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/2393/2013 - 18/18 - 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.