

GE_GERICHTE ATAS/513/2012 vom 17. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_513_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/513/2012 du 17 avril 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/513/2012 del 17 aprile 2012

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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure à 34%, et en particulier sur le lien de causalité entre l'accident et les lésions cervicales, sur la capacité de travail dans une activité adaptée et sur le revenu d'invalidité. Il sera relevé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% n'est pas contestée par le recourant, de sorte que la décision du 13 janvier 2011 est entrée en force sur ce point-là.

E. 4

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.

A/2784/2011 - 9/17 - 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. Il n'est pas nécessaire 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 consid. 5d bb et les références; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2ème édition, n. 89, p. 867).

E. 5

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

A/2784/2011 - 10/17 - médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Par ailleurs, 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/bb et cc). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

A/2784/2011 - 11/17 - de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

E. 6

septembre 2011, que la cervicalgie du recourant est la conséquence de l'accident, il n'en explique pas les raisons. En revanche, il retient que la non fonctionnalité de la main et du membre inférieur gauches a pour conséquence qu'une douleur et une raideur se sont installées selon une chaîne physiologique jusqu'au rachis cervical, avec une diminution globale des amplitudes. On comprend ainsi que le recourant présente tant une atteinte à la main gauche qu'au membre inférieur gauche, toutefois, on ne sait pas si les cervicalgies sont dues à l'accident ou au fait que le recourant souffre tant du membre supérieur qu'inférieur. Par ailleurs, le médecin traitant du recourant fait également référence, pour la première fois, à un accident survenu le 27 janvier 2009, dont on ne sait rien. Ces éléments ne permettent pas,

A/2784/2011 - 13/17 - d'une part, de conclure à un lien de causalité probable entre l'accident et les cervicalgies du recourant et d'autre part, de douter du bien fondé des

conclusions des médecins-conseils de la SUVA, étant rappelé qu'il y a lieu de tenir compte du fait que 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. Quant aux rapports du Dr A _____ et des médecins de la CRR, force est de constater qu'ils ne font pas état d'atteintes aux cervicales, de sorte qu'ils ne sont d'aucune aide pour établir un lien de causalité entre l'accident de juin 2007 et les cervicalgies dont souffre le recourant. Il sera qui plus est relevé qu'il semble peu probable qu'un accident, lors duquel le recourant s'est sectionné les tendons de la main gauche avec une scie circulaire, puisse être à l'origine d'une discopathie ou d'une hernie discale, étant précisé de surcroît qu'aucun rapport ne fait état de cervicalgies avant le début de l'année 2009, soit près d'une année et demie après l'accident. c) Au vu de ce qui précède, il doit être conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les atteintes aux cervicales dont souffre le recourant ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident et ne sauraient ainsi lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. Il n'est dès lors pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire telle que requise par le recourant, consistant à mettre en œuvre une expertise ou à entendre le Dr C _____. d) Enfin, en ce qui concerne la question de la capacité de travail du recourant, il sera précisé que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient en effet aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de facteurs incontrôlables (arrêt I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée. En l'occurrence, les réadaptateurs des EPI ont pris en considération, dans le cadre de leurs conclusions, l'ensemble des atteintes du recourant, et non uniquement celles relatives au membre supérieur droit, de sorte qu'elles ne sauraient être déterminantes pour juger du cas d'espèce.

A/2784/2011 - 14/17 - Ainsi, compte tenu de la valeur probante du rapport des médecins-conseils de la SUVA, des constatations du Dr D _____ et des atteintes au membre supérieur gauche du recourant dues à l'accident, il convient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité mono-manuelle, sans diminution de rendement.

E. 7

Reste à se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant, et singulièrement sur le montant qui doit être retenu à titre de revenu d'invalidité.

E. 8

a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. L'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, ne diffère de sa version antérieure que sur le plan rédactionnel (sur la notion d'invalidité, cf. ATF 130 V 343, 119 V 470 consid. 2b; SVR 2003 IV n° 35 p. 107; RAMA 2001 n° U 410 p. 73). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1

LPGA et 18 al. 1 LAA). 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 (art. 19 al. 1 LAA). b) Aux termes de l'art. 16 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348, 128 V 29 consid. 1 p. 30, 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

A/2784/2011 - 15/17 - Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Le revenu de l'activité raisonnablement exigible ou revenu d'invalide 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 tables 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'invalide est fondé sur les tables 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).

E. 9

En l'espèce, dans la mesure où la situation médicale du recourant était stabilisée depuis février 2009 en tous les cas et que le stage d'observation auprès des EPI s'est terminé durant le mois de janvier 2010, la SUVA a déterminé, à juste titre, que le droit à la rente débutait le 1er février 2010. Cela n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Il convient ainsi de se placer en 2010 pour procéder à la comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité n'est

pas non plus contesté par le recourant. Attendu que la Caisse de compensation GGE - Gros œuvre et second œuvre a déclaré, en date des 27 mars 2009 et 9 juin 2010, que le revenu mensuel du recourant en 2010 aurait été de 5'830 fr. 30, y compris le 13ème salaire, le revenu sans invalidité 2010 est de 69'963 fr. 60 ($5'830.30 \times 12$), tel que retenu par la SUVA. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il a précédemment été déterminé que les atteintes au membre supérieur gauche ont pour conséquence que le recourant ne peut que travailler dans une activité mono-manuelle. Quoiqu'en dise le recourant, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées à la limitation du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de

A/2784/2011 - 16/17 - retrouver un emploi (cf. not. 9C_1066/2009 consid. 4.2). En outre, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, la SUVA pouvait se fonder, conformément à la jurisprudence précitée, sur les salaires résultant des ESS. Le recourant ayant travaillé durant sa vie dans différentes activités lucratives non qualifiées sans avoir utilisé sa formation en mécanique, il y a lieu de se fonder, pour déterminer son revenu d'invalidité, sur le revenu mensuel brut standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13ème salaire comprise), lequel est de 4'901 fr. en 2010. Ce revenu hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2010, lequel est de 41.6 heures (cf. tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 61'164 fr. 50 ($(4'901 \times 12) \times 41.6 / 40$). Il y a encore lieu de tenir compte de l'importante limitation fonctionnelle du recourant, attendu qu'il ne peut pas utiliser son bras gauche. Ainsi, en prenant en considération un abattement maximal de 25%, tel que retenu par la SUVA, le revenu d'invalidité 2010 du recourant est de 45'873 fr. 40 ($61'164.50 - (61'164.50 \times 25\%)$). La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 34% ($((69'963.60 - 45'873.40) \times 100 / 69'963.60)$). En conséquence, la rente allouée par la SUVA, dès le 1er février 2010, sur la base d'un degré d'invalidité de 34%, doit être confirmée et le recours rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/2784/2011 - 17/17 - 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.