

## **GE\_GERICHTE ATAS/542/2018 vom 19. Juni 2018**

GE Cour de justice, 2018-06-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_542\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_542_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/542/2018 du 19 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/542/2018 del 19 giugno 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

#### **E. 6**

Dans ces conditions, il n'existe pas de lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles neurologiques et psychiques que le recourant met en rapport avec un TCC qui serait survenu lors de cet événement. Aussi n'est-il pas nécessaire de compléter l'instruction médicale sur la survenance d'un tel traumatisme et ses répercussions sur la capacité de travail du recourant dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations (appréciation anticipée des preuves ; ci-dessus : consid. 4). Partant, il est possible d'examiner les conséquences de l'accident du 17 décembre 2009 à l'aune des appréciations du Dr E\_\_\_\_\_, dont il convient préalablement d'examiner la valeur probante.

#### **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). b. 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 LPG), 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 origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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). c. 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). c/aa. 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

A/3737/2017 - 27/32 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000). c/bb. 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c/cc. 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 même faibles 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

## **E. 8**

a. En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur l'appréciation du 14 janvier 2014 du Dr E\_\_\_\_\_, relative à l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps par le recourant. Fondée sur une connaissance approfondie du dossier et deux examens du recourant, tenant également compte des déclarations de celui-ci, cette appréciation apparaît cohérente et bien motivée. Dans un rapport du 6 octobre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ s'en prend principalement à l'adéquation des cinq DPT retenues par l'intimée en indiquant dans le même temps que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ lui paraissent « assez correcte[s] ». Force est de constater que si tant est qu'une divergence d'appréciation ressort de ces propos, elle ne concerne ni l'exigibilité, ni le taux d'activité (100 %) ni le principe même de l'exercice d'une activité adaptée mais la transposition de l'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ par l'intimée au travers de la sélection des DPT, ce qui est (potentiellement) pertinent pour la détermination du revenu d'invalidé (cf. ci-après : consid. 9), mais non pour l'exigibilité médicale en tant que telle. Quant au point de savoir en quoi les limitations retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ seraient seulement « assez correcte[s] », il n'est pas suffisamment développé ni motivé pour qu'il en soit tenu compte, d'autant que le Dr H\_\_\_\_\_ n'indique pas quels éléments auraient été ignorés par le Dr E\_\_\_\_\_. Par conséquent, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation de ce médecin-conseil. Partant, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les suites de l'accident assuré étaient stabilisées au plus tard en janvier 2014 et que le recourant pouvait par conséquent reprendre une activité professionnelle à plein

A/3737/2017 - 28/32 - temps n'impliquant ni port de charges pesant plus de 5 kg, ni utilisation d'outils lourds ou vibratoires ni travaux nécessitant une force de serrage avec les mains. b. En l'absence de causalité adéquate entre l'accident assuré et d'autres troubles que le recourant impute au TCC qui serait survenu lors de cet événement (cf. ci-dessus : consid. 5 et 6), le Dr E\_\_\_\_\_ était fondé à évaluer l'IPAI à l'aune des seules fractures bilatérales de l'extrémité distale des deux radius. Fondée sur le barème d'indemnisation de la table 5 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), l'estimation d'une IPAI de 30 % ne prête pas le flanc à la critique, son montant de CHF 37'800.- non plus puisque le montant maximal du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- à l'époque de l'accident assuré (art. 25 al. 1 LAA cum art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2015 ; aOLAA – RS 832.202 ; CHF 126'000.- x 30 / 100 = CHF 37'800.-). Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité. Dans la mesure où le recourant ne conteste pas, au stade du recours, le revenu d'invalidité déterminé sur la base de la moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnées par l'intimée en 2014 (CHF 48'695.40), soit CHF 4'057.95 (et non CHF 4'076.- comme indiqué dans la décision du 20 août 2014), il n'y a pas lieu d'y revenir. Il en va de même du revenu sans invalidité réalisé en 2009 pour son dernier employeur (CHF 26.- par heure), qui se serait élevé à CHF 26.75 par heure, respectivement CHF 60'275.- par an en 2014 (soit CHF 26.75 x 40 heures par semaine x 52 semaines + 8.33 % à titre de 13ème salaire) ou CHF 5'023.- par mois. En comparant ce revenu avec le revenu d'invalidité, la perte de gain s'élève en définitive à 19.21 % du revenu sans invalidité (CHF 5'023.- – CHF 4'058.- x 100 / CHF 5'023.- = 19.21 %) et le degré d'invalidité à 19 % (19.21 % arrondi à 19 % ; ATF 130 V 121), comme retenu dans la décision entreprise.

## **E. 9**

a. Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202]). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 OLAA que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1ère phrase) ; si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est

A/3737/2017 - 29/32 - converti en gain annuel (2ème phrase) ; en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3ème phrase). À noter que l'art. 22 al. 4 OLAA a connu deux modifications entrées en vigueur le 1er janvier 2017. La première concerne la 3ème phrase, qui est désormais libellée comme suit : « en cas d'activité prévue initialement pour une durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue, pour autant que le plan de carrière actuel ou prévu de l'assuré n'envisage pas pour la suite une autre durée normale de l'activité ». La seconde consiste dans le rajout d'une 4ème phrase ayant la teneur suivante : « La conversion est limitée à la durée autorisée selon le droit

applicable aux étrangers ». Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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]). En l'occurrence, les faits déterminants se sont produits avant l'entrée en vigueur des modifications évoquées. C'est donc au regard de la loi et de la jurisprudence applicables jusqu'au 31 décembre 2016 que le litige doit être tranché en tant qu'il porte sur la détermination du gain assuré. b. Dans un ATF 138 V 106 du 15 décembre 2011, le Tribunal fédéral s'est penché sur les principes régissant la fixation du salaire déterminant pour le calcul de la rente des travailleurs occupés de manière irrégulière. Appelé à trancher le cas d'un assuré victime d'un accident alors qu'il était partie à un rapport de travail limité à trois semaines, la Ière Cour de droit social s'est posée la question de savoir si la durée déterminée du contrat de travail entraînait forcément l'application de l'art. 22 al. 4, 3ème phrase aOLAA. Elle y a répondu par la négative. D'une part, la jurisprudence avait déjà à maintes reprises interprété le texte de la disposition réglementaire en se fondant sur le critère de la durée normale de l'activité (cf. ATF 118 V 298 consid. 2b ; 114 V 113 consid. 3d ; RAMA 1992 no U 148 p. 117, consid. 4c/aa [arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 19/90 du

#### **E. 10**

Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

#### **E. 11**

a. Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGa et art. 89H al. 3 LPA a contrario). b. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). \*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/3737/2017 - 32/32 - À la forme :

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