

GE_GERICHTE ATAS/627/2008 vom 7. Februar 2005

GE Cour de justice, 2005-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_627_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/627/2008 du 7 février 2005

IT: GE_GERICHTE ATAS/627/2008 del 7 febbraio 2005

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie

A/1606/2007 - 9/14 - générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Le présent litige, qui concerne le droit éventuel à des prestations suite à un accident survenu en novembre 2000, doit être examiné à la lumière des anciennes dispositions pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAA et de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

E. 3

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à laquelle peut prétendre l'assuré.

E. 5

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). 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).

E. 6

Le Tribunal fédéral des assurances a posé le principe que l'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des

A/1606/2007 - 10/14 - assurances sociales (ATF 126 V 288 = VSI 2001 p. 82 ss. consid. 2d, 3 et 4). Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi à l'art. 8 al. 1 LPGa (ATFA non publié du 24 mars 2004, U 288/03, consid. 5.1). Cela signifie que l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire doivent non seulement procéder séparément à la fixation du taux d'invalidité de l'assuré, mais également tenir compte d'évaluations de l'invalidité entrées en force. En conséquence, s'agissant de la coordination de l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents passée en force. Elle ne saurait s'en écarter qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe de solides raisons. Il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 ss consid. 2a). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; RAMA 2000 n° U 406 p. 402 consid. 3). Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision, passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours. Ces principes valent également lorsque, la situation qui se présente est l'inverse de celle qui prévalait dans l'ATF 126 V 288, la décision de l'office AI étant passée en force (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Lorsqu'un recours est interjeté contre la décision de l'assureur-accidents, la juridiction saisie du litige doit, aux mêmes conditions, prendre en considération une décision de l'assurance-invalidité entrée en force dans l'intervalle (RAMA 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3 et 4).

E. 7

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

A/1606/2007 - 11/14 - raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). 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. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). De plus, 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. 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 8

En l'espèce, l'OCAI a dans un premier temps rejeté la demande de prestation AI déposée par l'assuré en 2002, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ni du point de vue somatique ni du point de vue psychique. Par décision sur opposition du 16 avril 2008 toutefois, il lui a reconnu un degré d'invalidité de 50%, se fondant principalement sur l'expertise du Dr M_____ de la PMU. Ladite décision est entrée en force, et doit être prise en considération par le Tribunal de céans pour la résolution du présent litige. Il y a ainsi lieu d'examiner s'il y a des raisons de s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'OCAI, étant rappelé que tel ne serait le cas que si l'appréciation de celui-ci était insoutenable.

A/1606/2007 - 12/14 -

E. 9

Dans le dossier figurent principalement deux rapports d'expertise, celui de la PMU ordonné par la WINTERTHUR et établi le 19 septembre 2006, et celui du Prof. O_____ du 1er février 2006, mandaté par l'assuré lui-même. Il y a lieu de constater que les deux rapports remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur attribuer pleine

valeur probante. Les médecins ont en effet expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé et quelles limitations elles entraînaient. Leurs conclusions sont claires et bien motivées. La WINTERTHUR considère toutefois que l'expertise du Prof. O _____ ne devrait pas être retenue, dans la mesure où elle est de nature purement privée, qu'elle a été réalisée hors de la procédure administrative en cours, sans égard aux exigences de celle-ci, et qu'elle est au surplus plus ancienne que celle de la PMU, ce qui peut être important dans un contexte de recouvrement des capacités physiques après un accident relativement bénin. Le fait qu'il s'agisse d'une expertise privée ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute sur les points litigieux importants l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par l'assurance-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003 I 321/03). Selon l'expertise de la PMU datée du 19 septembre 2006, l'assuré présente une capacité résiduelle de 50% du point de vue somatique ce dans une activité adaptée à ses limitations, soit évitant les efforts sollicitant le membre supérieur droit et les travaux manuels répétitifs. Le Prof. O _____ des HUG a quant à lui évalué l'incapacité de travail de l'assuré à 100%, quelle que soit l'activité envisagée, "même dans une situation de type administratif sans travaux lourds". Le Dr M _____ de la PMU a expliqué lors de son audition, avoir considéré qu'une activité de type administratif était toujours modulable et qu'il était plus facile pour quelqu'un qui a la formation de l'assuré de s'adapter, alors que le Prof. O _____ a voulu tenir compte du fait que l'assuré souffre de douleurs chroniques, constantes et importantes, lesquelles exercent un effet indéniable sur la concentration, et sont également présentes la nuit, ce qui l'empêche de se reposer correctement. Certes le Dr M _____ estime-t-il que les efforts sollicitant le membre supérieur droit devraient être évités, ce qui conduit l'assuré à prétendre qu'il ne pourrait même pas exercer son activité de mandataire commercial. Il y a toutefois lieu de relever qu'une activité de ce type permet précisément une adaptation plus

A/1606/2007 - 13/14 - souple. Du reste, le Prof. O _____ relevait lui-même, dans son rapport d'expertise, que "si l'on arrive à obtenir une épaule indolente, peut-être qu'on pourra envisager, à ce moment-là, une reprise de travail au moins à temps partiel dans une activité de type administratif". Il apparaît ainsi qu'il ne se justifie pas de s'écarter du taux de 50% retenu par l'assurance-invalidité. Aussi le recours est-il rejeté.

A/1606/2007 - 14/14 -

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