

GE_GERICHTE ATAS/631/2013 vom 26. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_631_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/631/2013 du 26 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/631/2013 del 26 giugno 2013

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 LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 345 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 a été déposé en temps utile.

E. 4

Le litige porte d'une part sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières pour la période du 1er juillet 2007 au 8 janvier 2008 et d'autre part sur le taux d'invalidité du recourant.

A/1679/2012 - 11/19 -

E. 5

Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions tendant au paiement des indemnités journalières entre le 1er juillet 2007 et le

E. 9

janvier 2008, il considérait que l'incapacité de travail ne pouvait débiter qu'à partir de cette dernière date. Par décision du 12 juillet 2010, l'intimé a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2010. Dans son opposition du 13 septembre 2010, le recourant a contesté la suppression du versement des indemnités journalières et a sollicité le remplacement de ces dernières prestations par une rente d'invalidité dès le 1er mai 2010. Par décision sur opposition du 30 avril 2012, l'intimé a persisté dans les termes

de sa décision du

E. 12

juillet 2010 et confirmé la fin du versement des prestations avec effet au 30 avril 2010. Dans son écriture du 31 mai 2012, le recourant a non seulement conclu au versement des indemnités journalières entre le 1er juillet 2007 et le 9 janvier 2008 mais également à l'octroi d'une rente d'invalidité de 10% au moins dès le 1er mai 2010. La question qui se pose, dans un premier temps, est celle de savoir si la décision sur opposition querellée porte également sur le versement d'indemnités journalières pour la période courant du 1er juillet 2007 au 9 janvier 2008. Force est cependant de constater que la décision du 12 juillet 2010 et l'opposition du 13 septembre 2010 ne portaient que sur la date à laquelle il était mis fin au versement des indemnités journalières de sorte que la décision sur opposition querellée ne pouvait concerner que cette même problématique. Ainsi, dans la mesure où le défaut de versement d'indemnités journalières entre le 1er juillet 2007 et le 9 janvier 2008 n'a jamais été contesté avant le recours du 31 mai 2012, la décision sur opposition querellée ne peut porter sur cette problématique qui sort dès lors de l'objet du litige.

A/1679/2012 - 14/19 - d/bb) Reste à examiner si l'objet du litige peut être étendu à la question de la suppression des indemnités journalières entre le 1er juillet 2007 et le 9 janvier 2008 comme le demande le recourant. Dans ce contexte, force est de constater que, contrairement à ce que prétend l'intimée, le courrier du 9 septembre 2008 ne constitue pas une décision : en effet, il n'est pas qualifié comme tel et il ne contient pas non plus l'indication des voies de droit. Il s'agit donc d'une communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où il entendait ne pas verser de prestations pendant la période précitée, l'intimé aurait cependant dû adresser – en bonne et due forme – une décision au recourant. Cela étant, conformément à la jurisprudence, le recourant disposait d'un délai d'une année pour contester l'application de la procédure simplifiée et solliciter la notification d'une décision formelle. Le dossier ne comporte toutefois aucun élément permettant de considérer que le recourant aurait agi dans le délai précité. Dans la mesure où le recourant n'a pas réagi dans le délai d'un an après la réception du courrier du 9 septembre 2008, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable. Partant, la question de la suppression des indemnités journalières étant entrée en force, il n'y a pas lieu d'étendre l'objet du litige et les conclusions en paiement des indemnités journalières doivent être déclarées irrecevables. 6. Reste à examiner si le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance- accidents pour les suites de son accident. 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b/aa) Conformément à l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPG et 4 al. 1 LAI). 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). De plus, il n'y a incapacité de

A/1679/2012 - 15/19 - gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b/bb) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6; 131 V 362 consid. 2.2). c/aa) 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). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). c/bb) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales

A/1679/2012 - 16/19 - (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). c/cc) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). 7. a) 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). b) 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 des parties 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). 8. a) En l'espèce, toutes les parties s'accordent sur le fait que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle d'aide-cuisinier et que seules des activités légères, n'impliquant pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit, sont désormais exigibles. En réalité, seul le taux d'abattement est contesté par le recourant qui estime qu'il devrait être de 25%. b) Comme indiqué précédemment, la Cour de céans a déjà eu l'occasion d'examiner, dans son arrêt du 15 juin 2011 (ATAS/637/2011 du 15 juin 2011), le taux d'invalidité présenté par le recourant en 2010. Les atteintes ayant motivé le dépôt de la demande de prestations de l'OAI étaient celles causées par l'accident assuré. La Cour de céans avait alors retenu un revenu sans invalidité de 53'274 fr., montant ressortant du formulaire pour employeur dûment rempli le 27 novembre

A/1679/2012 - 17/19 - 2009, et un revenu avec invalidité de 55'197 fr., après abattement de 10%. Ce taux avait été considéré comme étant adéquat compte tenu des circonstances personnelles et notamment du fait que le recourant était encore jeune et qu'il ne présentait que quelques mois de service auprès de son dernier employeur. Après comparaison des revenus, la Cour de céans était arrivée à la conclusion que le taux d'invalidité présenté par le recourant était nul. c) Dans sa décision sur opposition, l'intimé explique avoir retenu un revenu annuel sans invalidité de 49'159 fr. 60 en 2010, ce qui correspond à un revenu annuel de 46'737 fr. (soit 12 x 3'894 fr. 75, montant ressortant de la déclaration d'accident du 25 juin 2007) indexé selon l'indice suisse des salaires nominaux. L'assureur précise également qu'il n'a pas pris en considération le salaire indiqué par le précédent employeur dans le questionnaire fourni à cet effet, dans la mesure où le montant y figurant était fondé sur l'hypothèse que l'assuré aurait continué à travailler pour celui-ci alors qu'il était établi que tel n'était pas le cas, puisque le recourant était au bénéfice d'un contrat à durée déterminée. Quant au salaire avec invalidité retenu par l'assurance, il s'élevait à 55'197 fr. et correspondait à celui retenu par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2011 après abattement de 10%. Dans sa réponse du 31 août 2012, l'assureur a modifié le montant du revenu avec invalidité pris en considération, expliquant qu'une erreur s'était glissée dans les calculs de la Cour de céans et qu'il conviendrait donc de retenir un revenu avec invalidité de 55'247 fr., après abattement. Il a encore complété ses considérations en précisant qu'en appliquant les ESS 2010, le salaire avec invalidité aurait été de 55'180 fr., après abattement.

d) Même si le revenu sans invalidité n'est pas contesté par le recourant, il y a tout de même lieu de le déterminer dès lors que deux montants différents ont été articulés (49'159 fr. 60 pour l'assureur et 53'274 fr. pour la Cour de céans). L'intimé prétend qu'on ne peut prendre en considération le revenu sans invalidité hypothétique tel que mentionné dans le questionnaire pour l'employeur dès lors qu'il est établi que le recourant, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, n'aurait quoi qu'il en soit plus occupé ce poste en 2010. La prise en considération de ce montant par la Cour de céans est certes erronée, dans la mesure où le contrat de durée déterminée aurait vraisemblablement pris fin le 30 juin 2007. Cependant, on ne peut pas non plus suivre l'intimé lorsqu'il prend en considération le revenu sans invalidité indiqué sur la déclaration d'accident, indexé selon l'ISS. En effet, ce faisant, il part également de l'hypothèse que le recourant aurait continué à occuper son poste en 2010, ce qui n'aurait manifestement pas été le cas. En réalité, dans un tel cas, à défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision, le revenu hypothétique doit être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS. On se réfère alors à

A/1679/2012 - 18/19 - la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la médiane ou valeur centrale (voir ATF non publié I 138/04 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4). Ainsi, le salaire mensuel brut auquel pouvaient prétendre en 2010 les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le domaine de la restauration était de 3'895 fr., soit 46'740 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne usuelle dans le domaine de la restauration en 2010 (42 heures hebdomadaires selon OFS), ce montant doit être adapté et porté à un montant annuel de 49'077 fr. ($46'740 : 40 \times 42$). A noter que selon la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le recourant n'a pas terminé son apprentissage et il n'est pas au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité. Partant, il n'y a pas lieu de retenir qu'il disposait de connaissances professionnelles spécialisées. d) S'agissant de l'importance de l'abattement, force est de constater que le taux invoqué par le recourant (25%) est disproportionné au vu de la jurisprudence : l'assuré est encore jeune et il n'a présenté que quelques mois de service auprès de son dernier employeur, de sorte que ces critères ne peuvent entrer en considération. Il en va de même du manque de formation professionnelle, qui ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles. Enfin, le recourant est arrivé en Suisse à l'âge de 17 ans. Selon le curriculum vitae figurant au dossier, il a suivi les cours dispensés par l'Ecole de culture générale (ECG) entre 1990 et 1992, avant de faire un apprentissage – cependant non terminé – de cuisinier à l'Hôtel Y_____ entre 1992 et 1995. Il a également suivi une école de langue et du commerce entre 1997 et 1998. Ainsi, le critère des difficultés linguistiques n'entre pas non plus en considération dans le cas d'espèce. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2010 et par l'intimé dans la décision sur opposition querellée. e) En prenant en considération les montants corrigés articulés précédemment, force est de constater, conformément à la méthode de comparaison des revenus, que la perte de gain du recourant est nulle, le salaire avec invalidité (55'180 fr.) étant supérieur au salaire sans invalidité (49'077 fr.) de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente, ce dernier ne présentant aucune invalidité, étant rappelé que l'invalidité est une notion économique et non médicale. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1679/2012 - 19/19 - 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.