

## **GE\_GERICHTE ATAS/665/2012 vom 15. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_665\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_665_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/665/2012 du 15 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/665/2012 del 15 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 2 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).

A/2907/2011 - 9/16 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

#### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas litigieux et ne sera par conséquent pas examiné dans la présente procédure.

#### **E. 4**

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369, consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

#### **E. 5**

En l'espèce, le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé. Il fait valoir que, suite à sa deuxième opération du pouce droit, les douleurs se sont accentuées. Aussi, malgré ses efforts pour se réinsérer professionnellement et l'activité légère de couturier qu'il a exercée suite à son accident, ses limitations fonctionnelles importantes ne lui permettent pas

de travailler à plus de 50% et avec un rendement oscillant entre 20 et 30%. Dans cette mesure, il se justifierait de lui accorder une demi-rente d'invalidité. Il convient dès lors de déterminer si le recourant présente effectivement une modification de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente.

#### **E. 6**

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences

A/2907/2011 - 10/16 - dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATF non publié U 80/05 du 18 novembre 2005).

#### **E. 7**

Selon 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. Il sied de préciser que la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPG, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance- invalidité (ATF I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATF 126 V 288, consid. 2d). L'art. 8 LPG précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPG).

#### **E. 8**

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 LPG). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé

équivalent à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en

A/2907/2011 - 11/16 - faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATF I 433/01 du 20 mars 2002, consid. 4c; ATF I 320/01 du 10 décembre 2001, consid. 2a). S'agissant du revenu sans invalidité, lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29, consid. 1; ATF 104 V 135, consid. 2c).

## **E. 9**

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'OFS (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut

A/2907/2011 - 12/16 - s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C\_142/2009 du

20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C\_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). 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).

#### **E. 10**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 8C\_780/2008 du 3 juin 2009, consid. 3.3.1). 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). S'agissant de rapports et d'expertises réalisées par des médecins liés à l'assureur par des rapports de service, la jurisprudence considère que cela ne permet pas de conclure pour ce seul motif à un manque d'objectivité ou d'impartialité de leur part (ATF 122 V 157, consid. 1c).

A/2907/2011 - 13/16 -

#### **E. 11**

En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée de nier une péjoration de son état de santé. Il conteste également le fait que l'intimée n'ait pas procédé à un nouveau calcul d'invalidité, alors même que ses conditions salariales se sont, sensiblement et bien malgré lui, modifiées, alors même qu'il a fourni des efforts pour se réinsérer professionnellement. Il reproche enfin à la SUVA de n'avoir pas procédé à une observation en milieu professionnel et de n'avoir pas retenu de diminution de rendement dans son cas, alors même que son employeur l'avait justement licencié en raison de cette diminution. L'intimée considère quant à elle qu'il n'y a pas d'élément permettant de mettre en doute l'analyse effectuée par son médecin d'arrondissement. Les médecins traitants du recourant n'avaient en effet jamais posé que les répercussions des séquelles accidentelles s'étaient notablement modifiées depuis l'examen

final de novembre 2008, de sorte qu'il ne se justifiait pas de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. L'état de santé étant resté inchangé, d'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires non plus.

#### **E. 12**

En l'occurrence, figurent au dossier de nombreux rapports du médecin traitant ainsi que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a estimé, à l'instar du Dr P\_\_\_\_\_, que les interventions pratiquées par le médecin traitant du recourant en juin 2010 et février 2011 n'avaient pas modifié l'exigibilité déterminée par son confrère en 2008. Il a conclu, après avoir fait un résumé du dossier du recourant, en tenant compte des plaintes exprimées et suite à un examen clinique, qu'il pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a d'ailleurs décrit lesdites limitations, soit l'impossibilité d'exercer un emploi exigeant de la force de préhension de la main droite ou le port de charges supérieur à 5 kg. De son côté, le médecin traitant du recourant a estimé que l'évolution était lentement défavorable, de sorte qu'une arthrodèse avait été programmée. Suite à cette première opération de juin 2010, la force de la main droite s'était améliorée. Il y avait d'ailleurs une consolidation clinique et radiologique. Le médecin traitant a considéré que, d'un point de vue strictement chirurgical, le résultat était excellent, même s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure. Il a jugé que les douleurs alléguées étaient à mettre en relation avec de problèmes psycho-sociaux. Suite à la seconde intervention de février 2011, le Dr O\_\_\_\_\_ a attesté que l'arthrodèse était consolidée et que la force était diminuée de moitié, de sorte que des mesures professionnelles semblaient indiquées dans le cas de l'assuré.

#### **E. 13**

De l'avis de la Cour, il apparaît que les deux interventions chirurgicales que le recourant a dû subir n'ont certes pas eu de réel succès du point de vue des douleurs, son médecin traitant a néanmoins jugé que les suites desdites opérations étaient favorables. Aussi, la persistance des douleurs devait-elle être attribuée à des

A/2907/2011 - 14/16 - problèmes étrangers à l'accident, et en particulier celui lié à la crainte d'être renvoyé dans son pays d'origine. Il n'y a dès lors pas de nouveau diagnostic, ni même la description de limitations fonctionnelles plus importantes de la part du Dr O\_\_\_\_\_ par rapport à la situation qui prévalait en 2009 et permettant de jeter le doute sur l'analyse du médecin d'arrondissement. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent réactionnel à un état de stress post-traumatique, posé par le Dr P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 mai 2011, n'y vient rien changer. Déjà, ce praticien a estimé que malgré les affections dont souffrait le recourant, l'exercice d'une activité était encore exigible à 100%, malgré les douleurs et l'impotence fonctionnelle. Ensuite, la Cour rappellera qu'un traumatisme psychique ne constitue un accident que lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de l'assuré et que l'événement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter certains chocs nerveux (SJ 1998 p. 429). Ainsi, seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et partant, sont constitutifs d'un accident (RAMA 2000 n° U 365 p. 89; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références). En l'occurrence, l'accident subi par le recourant, à savoir sa chute depuis une benne, n'était pas d'une rare violence et propre à faire naître un trouble psychique. La Cour de céans constate

ainsi que les troubles psychiques présentés par le recourant - qui sont certes susceptibles de limiter sa capacité de travail dans une certaine mesure - ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 novembre 2007. C'est donc à bon droit que la SUVA n'a pas retenu le nouveau diagnostic posé par le Dr P \_\_\_\_\_, dans la détermination du degré d'invalidité du recourant. Il s'ensuit qu'aucun des rapports produits ne permet de douter de l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement de l'intimée, l'état de santé du recourant devant être considéré comme stabilisé depuis sa première demande de prestations d'invalidité.

#### **E. 14**

La Cour relèvera que l'intimée a néanmoins omis d'investiguer la question de la diminution de rendement alléguée par le recourant et attestée par son employeur. Il apparaît que ladite diminution - non contestée puisque constatée par la SUVA elle-même lors de son déplacement sur le lieu de travail du recourant - doit être attribuée essentiellement au fait que l'activité de couturier - choisie par le recourant pour se réinsérer professionnellement - n'était pas en adéquation avec ses limitations fonctionnelles. Il a en effet décrit que, dans ses tâches quotidiennes, sa main droite était énormément sollicitée; son travail consistait à concevoir et réaliser en atelier des habillements pour femmes ou hommes en divers textiles. Il assemblait ainsi toutes les pièces à la machine à coudre et à la main, il ajoutait les boutons et autres éléments de fermeture. Il effectuait aussi les retouches. Cette activité exigeait de lui une grande habileté, de l'adresse, de la précision dans les mouvements ainsi

A/2907/2011 - 15/16 - qu'une certaine force de préhension et de serrage des mains, lorsqu'il devait utiliser les ciseaux, le fer à repasser ou maintenir fermement les étoffes des deux mains. Sa tâche était d'ailleurs grandement compliquée par le fait qu'il était droitier. Il s'ensuit que la diminution de rendement constatée par l'employeur du recourant était inévitable, dans une activité ne tenant pas compte des limitations fonctionnelles de la main droite du recourant. La Cour de céans relèvera enfin que les problèmes psycho-sociaux du recourant ont probablement contribué à cette diminution de rendement, conformément aux déclarations de ses médecins traitants. En l'absence de nouveau diagnostic, l'intimée n'avait pas à procéder à nouveau au calcul d'invalidité du recourant, ni même à tenir compte de cette diminution de rendement.

#### **E. 15**

C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas augmenté le taux de la rente d'invalidité du recourant.

#### **E. 16**

Il ressort enfin du dossier que le recourant a réellement fourni de nombreux efforts pour se réinsérer professionnellement. Il semble qu'aujourd'hui il émette de sérieux doutes sur son avenir professionnel, ne sachant pas quel type d'activité il peut encore exercer. L'aide au placement telle que suggérée par l'OAI lors de sa première prise de position en mai 2009 semble être une mesure appropriée pour que le recourant réussisse à mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Il est dès lors rappelé qu'il lui est loisible de formuler une demande écrite en ce sens à l'OAI (art. 18 al. 1 LAI) ainsi qu'une nouvelle demande de prestations (rente et/ou mesures de réadaptation professionnelle), s'il estime que son état s'est aggravé dans une mesure notable.

#### **E. 17**

Mal fondé, le recours sera rejeté.

A/2907/2011 - 16/16 - 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.