

GE_GERICHTE ATAS/666/2018 vom 27. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_666_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/666/2018 du 27 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/666/2018 del 27 luglio 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 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

A/121/2017 - 18/30 - Le recours a été déposé en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc recevable.

E. 2

a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un

état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références). b. 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 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – 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 90 consid. 4 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/121/2017 - 19/30 -

E. 3

a. Le litige concerne le degré d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 30 novembre 2006, à savoir deux des prestations en espèces prévues par la LAA. b. Il n'est pas contesté que la recourante a subi, le 30 novembre 2006, un accident pour lequel l'intimée, étant alors son assureur-accidents, doit verser les prestations prévues par la LAA, pour toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec ledit événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Il n'est pas véritablement contesté et doit en tout état être souligné d'emblée que les conséquences ici pertinentes se limitent aux atteintes portées par l'accident précité au membre supérieur gauche de la recourante, soit à ses coude et poignet gauches (non compris une cure du tunnel carpien gauche). La perspective est donc différente de celle de l'AI, qui appréhende la situation de santé globale de ses assurés, en sorte que, en l'occurrence, la reconnaissance par l'OAI d'une invalidité de 90 % n'implique nullement qu'une semblable invalidité doive être admise à la charge de l'intimée, tant il est évident que l'OAI s'est prononcé dans le sens précité au regard de diagnostics nombreux ayant des répercussions sur la capacité de travail, dont un seul est également du ressort de l'intimée, à savoir, précisément, les atteintes au coude et au poignet gauches. Le dossier n'apporte aucun élément permettant de soutenir que les autres atteintes à la santé, physique et psychique, de la recourante relevées par les experts du CEMed – au demeurant sans répercussion sur la capacité de travail s'agissant des diagnostics d'ordre psychiatrique – seraient en lien de causalité avec l'accident du 30 novembre 2006. Dans la mesure où l'ensemble des atteintes à la santé n'en constituent pas moins une réalité que vit la recourante, la nécessité de faire abstraction de nombre d'entre elles conduit inmanquablement à rendre l'approche des points pertinents quelque peu théorique, notamment l'estimation du revenu d'invalidité de la recourante, soit de sa capacité de gain, au regard de ses seules atteintes précitées. c. Il apparaît utile, dans ce contexte, de résumer les faits pertinents, sur la base des explications, non contestées et au demeurant étayées par les pièces du dossier, que la Dre AA_____ a données dans son appréciation du 2 mars 2017 sur les atteintes à la santé ici pertinentes. L'accident du 30 novembre 2006 a provoqué une fracture-impaction versant de la tête radiale, une fracture de la pointe coronoïdienne, un fragment ostéochondral intra-articulaire libre et la présence d'un corps cartilagineux intra-articulaire libre dans le récessus articulaire antérieur à gauche. Le 6 décembre 2006, l'assurée a subi une première opération, ayant consisté principalement en micro-fracture et

chondroplastie au niveau du coude gauche. Au vu de la persistance d'une symptomatologie douloureuse et d'une suspicion d'instabilité au niveau du coude gauche, la recourante a subi deux autres interventions au niveau du coude gauche, avec reconstruction du ligament ulno-
A/121/2017 - 20/30 - huméral gauche réalisée à l'aide d'une greffe tendineuse à partir du tendon du muscle long palmaire. La recourante a alors développé une allodynie au niveau du poignet gauche, à l'endroit de la prise de greffe, en raison d'un névrome de la branche cutanée palmaire du nerf médian. Il s'en est suivi trois opérations à ce niveau, la dernière en septembre 2014. d. Estimant la situation médicale de la recourante, au regard des atteintes ici pertinentes, stabilisée lorsque cette dernière a été examinée par le médecin-conseil de l'intimée, le 8 décembre 2014, il incombait à l'intimée de se déterminer sur l'existence d'une invalidité ouvrant le droit à une rente d'invalidité et sur celle d'une atteinte à l'intégrité ouvrant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 4

a. Pour l'octroi de telles 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 LPGA), 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 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

A/121/2017 - 21/30 - 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 LPGGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose une invalidité, à savoir – en matière d'assurance-accidents comme dans les autres domaines des assurances sociales – une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA), d'au minimum 10 % dans l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA), alors qu'elle doit être d'au minimum 40 % dans l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI - 831.20). Selon l'art. 7 LPGGA, l'incapacité de gain est 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. L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, et, de plus, qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Une atteinte à la santé seule ne suffit pas, quelle que soit sa gravité, à constituer une invalidité ; elle doit avoir pour conséquence une incapacité de gain. L'incapacité de gain ne se réfère pas à la profession exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé ; si l'assuré est devenu incapable d'exercer sa profession mais peut prendre une autre activité raisonnablement exigible, après le traitement et la réadaptation, l'évaluation de l'incapacité de travail est faite d'après cette activité exigible. Si la perte de gain est due à un manque de places de travail, et non à l'atteinte à la santé, il n'y a pas d'invalidité, dans la définition de laquelle d'autres facteurs extérieurs sont aussi écartés, comme l'âge, le manque de formation, les différences socioculturelles (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-

A/121/2017 - 22/30 - WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, 2010, p. 137 ss, n. 166). b. Selon l'art. 16 LPGGA, 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. Le degré d'invalidité résulte de la différence entre le revenu dit d'invalide (ou avec invalidité) et le revenu sans invalidité, et ce au moment de l'ouverture du droit à la rente. 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 (ATF 129 V 222 et 128 V 174). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère

raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. La jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss). 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'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de la description de postes de travail (DPT), recueillies par la SUVA et devant remplir des conditions posées par la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 4.3 et 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3 ; cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_843/2015 du 7 avril 2016 sur les statistiques spécifiques à la branche de l'informatique et des télécommunications, et 9C_474/2016 du 8 février 2017 sur les statistiques de l'Union suisse des arts et métiers sur des statistiques spécifiques à la profession de moniteur d'auto-école indépendant). d. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2).

A/121/2017 - 23/30 - La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.290/04 du 28 décembre 2004 et les références ; ATAS/250/2017 du 28 mars 2017 consid. 13).

E. 6

a. En l'espèce, la recourante prétend à tort que l'intimée s'est appuyée, pour rendre la décision attaquée, exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil (soit le Dr Q_____) sans même que celui-ci ne l'ait examinée. Il résulte en effet du dossier que l'intimée a été examinée à plusieurs reprises par des médecins d'arrondissement de l'intimée, soit, dans un premier temps, par les Dr H_____ (les 23 novembre 2007, 23 juin 2008 et 3 avril 2009) et K_____ (le 21 mai 2010), puis par le Dr Q_____ (les 28 janvier 2013, 2 juillet 2013 et 8 décembre 2014). Ces médecins disposaient au surplus de la spécialisation dans la discipline médicale dont relevaient les atteintes pertinentes à la santé de la recourante, à savoir l'orthopédie. Il ne saurait par ailleurs être mis en doute que lesdits médecins – en particulier le Dr Q_____, qui est intervenu dans un second temps, plus pertinent pour juger d'une invalidité de la recourante – ont pris connaissance du dossier concernant cette dernière, et se sont donc prononcés en ayant une connaissance tant de l'anamnèse et des plaintes de la recourante que des nombreux rapports médicaux concernant ses atteintes au coude et au poignet gauches, soit des éléments pertinents auxquels tant le Dr Q_____ qu'ensuite la Dre AA_____ ont fait référence dans leurs appréciations respectives des 8 décembre 2014 et 2 mars 2017. b. Le 8 décembre 2014, lorsque le Dr Q_____ s'est prononcé, il n'y avait pas dans le dossier de rapports médicaux

relativement récents attestant que la recourante ne disposait d'aucune capacité de gain dans une activité adaptée. Le Dr Q_____ s'est fondé, pour en admettre une nonobstant les douleurs exprimées par la recourante à la palpation, principalement sur la mobilité du coude gauche de cette dernière, telle qu'il l'avait lui-même constatée (soit une flexion dépassant largement les 130° et une extension complète et aucun trouble dans la pro-supination), l'absence d'amyotrophie du membre supérieur gauche (également mesurée par ledit médecin), l'absence, d'après l'examen neurologique, de limitations dans la fonction sensitive des doigts (avec toutefois un examen qualifié de difficile du côté gauche), une cicatrisation complète suite à l'opération du

E. 9

En conclusion, le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

E. 10

a. Dès lors qu'elle obtient partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de procédure à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.-. b. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

A/121/2017 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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