

GE_GERICHTE ATAS/682/2013 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_682_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/682/2013 du 27 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/682/2013 del 27 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

Le 27 janvier 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assureur- accident du 12 décembre 2011 de réduire le taux des indemnités journalières à 22% à compter du 1er août 2011.

A/248/2012 - 5/12 - Le même jour, l'assuré a également interjeté recours contre la décision de l'assureur-accident du 23 décembre 2011 en concluant à l'octroi d'une rente de 100% en lieu et place de celle octroyée (22%). Le conseil du recourant, alléguant avoir besoin d'informations complémentaires, a sollicité un délai pour compléter ses écritures.

E. 5

Invité à se déterminer, l'assureur a conclu à l'irrecevabilité des recours interjetés par son assuré.

E. 6

Par arrêt incident du 1er mars 2012, la Cour de céans a déclaré les recours recevables et ordonné la jonction des procédures.

E. 7

L'intimée a alors saisi le Tribunal fédéral, lequel a déclaré son recours irrecevable (cf. ATF 8C_299/2012 du 4 juillet 2012)

E. 8

En conséquence de quoi, la Cour de céans a repris la procédure et accordé un délai à l'intimée pour se déterminer quant au fond.

E. 9

Le 10 août 2012, le recourant a produit un courrier émanant du fonds de prévoyance de l'HOTEL X_____, daté du 6 août 2012, dont il ressort que le fond lui a reconnu un degré d'invalidité de 100 % sur la base de la décision rendue par l'OAI, tout en se réservant le droit de revoir le calcul de sur-indemnisation une fois la situation en matière d'assurance-accidents éclaircie.

E. 10

L'intimé s'est déterminé quant au fond le 17 août 2012. Se référant aux arguments développés dans les décisions litigieuses, elle a conclu au rejet des recours.

E. 11

Par écriture du 24 septembre 2012, le recourant a complété ses écritures. Le recourant fait remarquer que l'intimée a calculé son revenu d'invalidité en se référant aux données

statistiques et non aux descriptions de postes de travail (DPT). Il en tire la conclusion que cela démontre que l'intimée n'a pu trouver d'activité concrète exigible de sa part. A cet égard, il ajoute que les réadaptateurs de l'OAI, des professionnels en la matière, ont d'ailleurs considéré qu'il n'était plus en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail. Le recourant soutient qu'on ne saurait dès lors se fonder sur des possibilités de travail irréalistes comme l'a fait l'intimée, à laquelle il reproche de n'avoir pas tenu compte des importantes limitations fonctionnelles qu'il rencontre étant rappelé qu'il est droitier et, par ailleurs, proche de l'âge de la retraite. Le recourant conclut que, tout comme l'OAI, l'assureur-accidents devrait lui reconnaître une invalidité totale et, en conséquence, lui verser des indemnités

A/248/2012 - 6/12 - journalières de 100 % jusqu'au 30 septembre 2011, puis une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 2011.

E. 12

Par écriture du 19 novembre 2012, l'intimée, après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance-invalidité, a dupliqué. En premier lieu, l'intimée fait remarquer qu'on ne saurait tirer la conclusion du fait qu'elle a eu recours aux salaires statistiques – pratique agréée par la jurisprudence – qu'il n'existerait aucune activité concrète pouvant correspondre aux capacités du recourant. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée rappelle souligne avoir appliqué la réduction maximale pour tenir compte des importantes limitations fonctionnelles rencontrées par un assuré droitier atteint au niveau du bras droit et proche de l'âge de la retraite. Si l'intimée reconnaît qu'en principe, la notion d'invalidité est identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, elle rappelle qu'en aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par un autre, bien que, d'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne puisse être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. L'intimée fait remarquer qu'il est arrivé au Tribunal fédéral d'écarter l'appréciation des organes de l'assurance-invalidité au profit de celle de l'assureur-accidents lorsque celle-ci reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible et sur une comparaison des revenus corrects. En l'occurrence, l'intimée considère qu'aucun avis médical complet n'est venu infirmer l'avis de son expert. En particulier, aucun des avis médicaux contraires à l'expertise n'examine réellement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, alors qu'il s'agit bien là du cœur du litige. Elle soutient que si le résultat du stage organisé par l'OAI a été désastreux, c'est que le stage en question ne respectait pas les limitations fonctionnelles définies par l'expert. Il n'est dès lors guère étonnant que le recourant ait ressenti des douleurs en montant des tableaux électriques à mi-hauteur alors qu'il eût fallu qu'il travaille sur un plan de travail abaissé. Par ailleurs, l'intimée fait remarquer que si l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière, c'est non pas en raison d'une totale incapacité de travail - au contraire, une capacité de 100 % lui a été reconnue dans une activité adaptée - mais parce qu'il était proche de l'âge de la retraite et que l'OAI a estimé qu'il ne se justifiait pas, dans ces conditions, d'investir dans des prestations de réinsertion.

A/248/2012 - 7/12 - EN DROIT 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 depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la 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 343 consid. 3). 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 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige se limite à la question du taux des prestations de l'assureur-accidents auquel a droit le recourant pour la période postérieure au 31 août 2011. En l'occurrence, c'est plus particulièrement le revenu d'invalidé qui est contesté. Le droit aux prestations en lui-même en revanche, ne l'est pas. 5. a) 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). b) Le revenu d'invalidé 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

A/248/2012 - 8/12 - social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail (voir en matière d'assurance-accidents : ATF non publié 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3 et les références citées). c) 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). d) En résumé, il y a lieu de constater que l'incapacité de gain ne se confond pas forcément avec l'incapacité de travail. En effet, l'incapacité de travail correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). L'incapacité de travail s'examine par conséquent par rapport à la profession habituelle de l'assuré ou à son domaine d'activité. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a notamment admis une incapacité de travail non seulement lorsqu'une personne n'est plus capable d'exercer totalement ou partiellement son activité habituelle en raison d'une atteinte à la santé mais également lorsqu'une personne ne peut continuer son activité

professionnelle qu'au risque d'une aggravation de son état de santé (voir notamment ATF 130 V 343 consid. 3.1 ; ATF non publié 9C_31/2008 du 6 octobre 2008, consid. 3.4). e) Quant à l'incapacité de gain, elle correspond à 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. 6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, 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 entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

A/248/2012 - 9/12 - 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. En aucune manière 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. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. 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. Par exemple, le TFA a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3; arrêts T. du 13 janvier 2004 [I 564/02] et R. D. du 24 mars 2004 [U 288/03]).- 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).

A/248/2012 - 10/12 - 8. 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 de ces dernières 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). 9. a) En l'espèce, l'intimée fonde sa réduction des prestations sur l'avis de l'expert A_____, dont elle relève qu'il n'a été infirmé par aucun élément médical au dossier. Il est vrai que les observations objectives rapportées par l'expert dans ses rapports ne sont pas contestées. Seule est critiquée la capacité de travail résiduelle retenue par l'expert dans son rapport initial – étant constaté que le SMR a en revanche admis une pleine capacité de l'assuré dans une activité adaptée en octobre 2011. Le SMR allègue en revanche que l'expertise initiale du Dr A_____ consistait surtout en un faisceau de prévisions à vérifier. Certes, l'expert a admis qu'en février 2011, la situation n'était pas encore stabilisée. Il comptait sur le fait que la limitation fonctionnelle douloureuse diminuerait d'ici l'été 2011. Il n'en demeure pas moins que le Dr A_____ a cependant considéré qu'en février 2011, l'assuré était d'ores et déjà capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état. Le SMR soutient quant à lui que tel n'a été le cas qu'octobre 2011 mais il n'apporte pas d'argument réel à l'appui de sa position, si ce n'est l'impotence préalable de l'épaule droite, attestée par téléphone par le remplaçant du médecin-traitant, appréciation qui ne saurait suffire à s'écarter des mesures objectives rapportées par l'expert dans son rapport initial. S'il est vrai qu'en octobre 2011, la situation était améliorée par rapport à février, il n'en demeure pas moins qu'une activité adaptée à 100% a paru exigible à l'expert en février 2011 déjà. Cette appréciation est d'ailleurs corroborée par les observations des EPI, qui indiquaient, dans leur rapport de mai 2011, que si le stage de monteur électricien avait échoué - parce que l'assuré avait adopté des positions contre-indiquées, un stage de monteur en électronique ou un travail sur graveuse manuelle pourraient sans doute être envisagés avec plus de succès. De la lecture des rapports des EPI, il ressort que c'est donc bien parce que l'activité proposée au recourant ne correspondait pas aux limitations fonctionnelles

A/248/2012 - 11/12 - retenues qu'elle a échoué. En revanche, une autre activité adaptée a été jugée envisageable par les réadaptateurs. Eu égard à ces considérations et à l'absence d'élément médical probant venant infirmer la position du Dr A_____, il y a lieu de retenir qu'en février 2011, l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé. b) Quant au fait que l'AI lui ait reconnu le droit à une rente d'invalidité à 100%, le recourant ne saurait en tirer argument à l'encontre de l'assureur-accidents tant il est vrai que si l'OAI l'a mis au bénéfice d'une rente entière, c'est non pas en raison d'une totale incapacité de travail - au contraire, une capacité de 100 % lui a été reconnue dans une

activité adaptée - mais parce qu'il était proche de l'âge de la retraite et que l'OAI a estimé qu'il ne se justifiait pas, dans ces conditions, d'investir dans des prestations de réinsertion. Ainsi que le fait remarquer l'intimée, les considérations de l'AI quant à l'âge de l'assuré ne sauraient être reprises mutatis mutandis en matière d'assurance- accidents. En effet, l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) prévoit expressément que si c'est en raison de son âge que l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Dans le cas particulier, l'assureur-accidents était donc fondé à considérer la situation sous l'angle différent de celui de l'assurance- invalidité. Enfin, le revenu d'invalidité retenu par l'intimée ne paraît pas critiquable dans la mesure où elle s'est référée, conformément à la jurisprudence, aux salaires statistiques et a qui plus est appliqué la réduction maximale autorisée par la jurisprudence. Eu égard aux considérations qui précèdent, les recours sont rejetés.

A/248/2012 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Au fond :

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