

GE_GERICHTE ATAS/819/2018 vom 17. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_819_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/819/2018 du 17 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/819/2018 del 17 settembre 2018

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 - 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

À 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

A/908/2018 - 13/19 - 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).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2017, son droit à la rente et son degré d'invalidité.

E. 6

Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions tendant au paiement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2017. a) Selon l'art. 49 al. 1 à 3

LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 ; arrêt U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 3.2). La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une

A/908/2018 - 14/19 - décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008). La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, 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 (ATF 134 V 145). b) Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. Selon la jurisprudence, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a ; ATF 118 V 185 consid. 1a et les références). À ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre

le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6 ; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a ; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient donc à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a ; ATF 119 V 350 consid. 1b). Le principe de l'obligation d'invoquer les griefs, qui vaut en règle générale également dans la procédure d'opposition, pose ainsi une limite au principe de l'application du droit d'office. L'administration n'a à examiner la décision litigieuse que dans la mesure où elle est attaquée ou qu'elle donne lieu à un contrôle sur la base des griefs des parties ou d'après les indices ressortant des pièces (ATF 119 V 347-351 ; RAMA 1997 295-297).

A/908/2018 - 15/19 - c) Conformément aux art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b ; pour la procédure d'opposition : ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

E. 7

En l'espèce, dans son courrier du 29 septembre 2017, l'intimée a clairement indiqué au recourant qu'elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017, compte tenu de la stabilisation de son état de santé. L'examen d'un éventuel droit à la rente était en cours d'examen et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allait être confirmé dans la décision d'attribution. Ce courrier du 29 septembre 2017 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 (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008 consid. 4.2 et les références citées). Il s'agit donc d'une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières, l'intimée aurait dû adresser au recourant une décision en bonne et due forme. Quand bien même la procédure ordinaire n'a pas été suivie, le courrier du 29 septembre 2017 acquière les mêmes effets qu'une décision à l'expiration d'un délai d'un an. Dans ce délai, le

recourant peut toutefois contester l'application de la procédure simplifiée et solliciter la notification d'une décision formelle.

A/908/2018 - 16/19 - Dans son recours du 15 mars 2018, le recourant a conclu principalement à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1er novembre 2017 et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2017. En outre, dans le cadre de son opposition du 21 novembre 2017 à la décision du 19 octobre 2017, le recourant avait déjà contesté la stabilisation de son état de santé, relevant que la poursuite du traitement contre la douleur était préconisée par ses médecins. Certes, le recourant n'a pas formellement conclu à la notification d'une décision sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du versement des indemnités journalières. Toutefois, au vu de la teneur de son opposition puis de son recours et du fait qu'il conclut à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1er novembre 2017, le recourant a en réalité contesté la stabilisation de son état de santé au 31 octobre 2017. L'intimée l'a d'ailleurs bien compris puisqu'elle s'est prononcée sur ladite stabilisation dans sa décision sur opposition du 12 février 2018 et dans sa réponse du 15 mai 2018. Or, la date de la stabilisation de l'état de santé du recourant a fait l'objet du courrier du 29 septembre 2017. Les conclusions du recourant tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières dès le 1er novembre 2017 doivent être interprétées comme une demande de décision formelle sur la question de la stabilisation du cas et, partant, sur la suppression du versement des indemnités journalières, avec effet au 31 octobre 2017. Cette demande intervient en outre dans le délai d'un an prévu par la jurisprudence dès lors que le courrier litigieux a été adressé au recourant le 29 septembre 2017 et que le recours a été interjeté le 15 mars 2018. Partant, il y a lieu de déclarer irrecevables les conclusions tendant à la poursuite du versement des indemnités journalières, l'intimée étant toutefois invitée à rendre une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression des indemnités journalières, décision contre laquelle le recourant pourra faire valoir ses droits.

E. 8

Reste à déterminer le sort de la décision entreprise, soit la décision sur opposition du 12 février 2018. En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

A/908/2018 - 17/19 - Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). En

résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA).

E. 9

Il ressort de ce qui précède que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et inversément. Ainsi, dans la mesure où la stabilisation du cas est contestée par le recourant et qu'aucune décision n'est entrée en force sur cette question, il y a lieu de considérer que l'intimée s'est prononcée de manière prématurée sur les questions de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut qu'annuler la décision du 19 octobre 2017 et la décision sur opposition du 12 février 2018.

E. 10

Cela étant, il convient encore de relever que même si les décisions précitées n'avaient pas été annulées en raison de leur prématurité, elles auraient de toute manière dû l'être sur le fond. En premier lieu, il apparaît que le rapport de la CRR du 7 août 2017 ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Si les Drs L_____ et M_____ semblent admettre l'existence d'une capacité de travail dans une telle activité, ils ne déterminent pas son taux et ne se prononcent pas clairement sur les conclusions du rapport des ateliers professionnels de la CRR, pourtant manifestement en lien avec les douleurs invoquées au niveau du membre supérieur gauche et de ses conséquences sur un retour à l'emploi. En outre, l'anamnèse est quasiment inexistante et le rapport ne contient aucun développement au sujet des autres pièces médicales figurant au dossier, en particulier les rapports du Dr C_____, de sorte que l'on ignore si les Drs L_____ et M_____ en ont eu connaissance et les ont pris en considération. Les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante faisant défaut, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur les conclusions de la CRR pour nier au recourant le

A/908/2018 - 18/19 - droit à toute rente d'invalidité (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il en va de même s'agissant de l'avis du 26 septembre 2017 et de l'appréciation médicale du 6 février 2018 du Dr J_____.

L'avis du 26 septembre 2017 est extrêmement bref et dénué de toute motivation. Quant à l'appréciation médicale du 6 février 2018 elle ne contient qu'un simple résumé des pièces médicales du dossier et une brève appréciation du Dr J_____, l'anamnèse et les plaintes du recourant faisant défaut. En outre, bien que ce médecin retienne une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il ne motive pas ses conclusions et ne se prononce pas sur les traitements contre la douleur en cours et dont le recourant fait part dans son opposition. Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur ces documents pour nier au recourant le droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'intimée a retenu cinq DPT, dont un concernant une activité d'ouvrier magasinier, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant. L'activité de magasinier consiste à assurer le stockage et la distribution de matières, de produits ou de pièces (définition selon le dictionnaire Larousse :

https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/magasinier_magasini%C3%A8re/485_20).

En d'autres termes, cette activité implique la manutention d'objets et ou de cartons ou de caisses de manière très fréquente, ce qui nécessite inévitablement une préhension en force des deux mains. Or, la préhension en force de la main gauche est incompatible avec l'état de santé du recourant, selon la CRR et le Dr J_____. Dès lors, l'intimée ne pouvait pas déterminer le revenu d'invalidé du recourant sur la base des DPT retenus (cf. arrêt 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_2014 in SVR 2016 UV n° 14 p. 43 consid. 4.4).

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 19 octobre 2017 et la décision sur opposition du 12 février 2018 seront annulées. L'intimée sera invitée à se prononcer, dans une décision formelle, sur les questions de la stabilisation du cas et de la suppression du droit aux indemnités journalières. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/908/2018 - 19/19 - 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.