

GE_GERICHTE ATAS/873/2013 vom 29. August 2013

GE Cour de justice, 2013-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/873/2013 du 29 août 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/873/2013 del 29 agosto 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; RSG 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.

E. 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.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2). S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom

E. 6

a) Selon l'art. 68 LPGA, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. Cette disposition est également applicable lorsque les prestations en cause sont versées en raison d'événements assurés différents (KIESER, op. cit., n. 10 ad art. 68). b) Selon l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la

capacité de gain (al. 2). L'art. 36 LAA vise à éviter qu'un assuré doive s'adresser à plusieurs assureurs pour un même dommage. Cette disposition se rapporte à tous les états malades antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées isolément (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS,

A/985/2012 - 15/19 - L'assurance-accidents obligatoire in: Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 n. 290). c) Si le versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité n'exclut pas le paiement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents, comme cela découle des dispositions légales, il convient de souligner que les cas de cumul des prestations portent avant tout sur les situations dans lesquelles l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité – qui prend en principe naissance une année après le début de l'incapacité de travail conformément à l'art. 29 al. 1 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) – alors que l'assurance-accidents n'a pas encore passé au régime de la rente (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op. cit., n. 396 p. 954), ou encore les cas où les assurés au bénéfice d'une rente d'invalidité partielle subissent un accident entravant leur capacité de travail résiduelle. Pour ces derniers, l'art. 24 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202) dispose que lorsque le bénéficiaire d'une rente d'invalidité est victime d'un nouvel accident couvert par l'assurance qui aggrave son invalidité, le salaire déterminant pour le calcul de la nouvelle rente allouée pour les deux accidents est celui qu'il aurait reçu pendant l'année qui a précédé le dernier accident s'il n'avait pas subi auparavant un accident couvert par l'assurance. Si ce salaire est inférieur à celui qu'il touchait avant le premier accident couvert par l'assurance, le salaire supérieur est déterminant. d) Il s'agit en l'espèce d'un cas de figure différent de ceux régis par les dispositions légales citées ci-dessus, puisqu'une rechute est survenue alors qu'une atteinte non assurée par l'intimée entraîne déjà une incapacité de travail et une invalidité totales. L'intimée se prévaut de l'art. 23 al. 8 OLAA, aux termes duquel le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. Cependant, contrairement à ce que semble alléguer l'intimée, cette disposition n'a pas pour conséquence d'exclure le droit à des indemnités journalières pour les assurés au bénéfice d'une rente d'une assurance sociale. En effet, l'art. 23 al. 8 OLAA doit être compris en ce sens que pour les bénéficiaires de rentes d'assurance sociales, le salaire perçu avant la rechute est toujours déterminant et que ces derniers n'ont pas droit à des indemnités journalières lorsqu'ils ne percevaient pas de salaire avant leur rechute (André-Pierre HOLZER, Der versicherte Verdienst in der obligatorischen Unfallversicherung, RSAS 2010, p. 221). L'intimée ne peut dès lors pas se fonder sur cette disposition pour refuser le versement d'indemnités journalières. Les recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA N° 13/85 établies par la Commission ad-hoc sinistres LAA prévoient que selon l'art. 16 LAA, une incapacité de gain causée par un accident est une condition pour le versement d'une indemnité journalière. Tant et aussi longtemps qu'il existe avant l'accident une

A/985/2012 - 16/19 - incapacité de travail causée par une maladie, l'accident ne peut pas déclencher le versement d'indemnités journalières. Ces recommandations ne sont ni des

ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 134 V 1 consid. 3.5). Il n'y a cependant pas lieu de s'en écarter en l'espèce dès lors qu'elles sont conformes à la jurisprudence. En effet, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que lorsqu'un assuré est déjà complètement invalide pour des raisons étrangères à l'accident, il n'y a plus de place pour une diminution supplémentaire de la capacité de gain en raison de l'accident. Quand bien même l'accident aurait entraîné une invalidité, l'assurance-accidents n'a pas à servir de rente (RAMA 1/2006 n°U 570 p. 74, consid. 2.4).

E. 7

Il découle de l'analyse a contrario des recommandations de la Commission ad-hoc et de la jurisprudence que si l'incapacité de travail ou de gain non couverte disparaît à un certain moment, à partir duquel seules les lésions accidentelles ont une incidence sur la capacité de gain, l'assuré a droit à des indemnités journalières. Le recourant affirme que tel est le cas en l'espèce, ses problèmes de genou ayant pris le pas sur son atteinte neurologique, laquelle n'aurait plus justifié d'incapacité de travail dès mars 2009. 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). b) 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

A/985/2012 - 17/19 - 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 125 V 351 consid. 3 et les références).

c) En l'espèce, si le Dr T_____ a certes considéré, dans son certificat du 19 avril 2011, que l'atteinte au genou a entraîné une incapacité de travail totale en tant qu'agent d'aéroport, son rapport du 6 septembre 2011 ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Ce document ne contient en effet ni status détaillé, ni anamnèse. De plus, faute d'avoir procédé à une description détaillée de l'évolution des problèmes neurologiques, ses conclusions - selon lesquelles l'atteinte au genou a été responsable de l'incapacité de travail à 50% dès mars 2009 et à 80% dès septembre 2009 - ne sont pas suffisamment motivées. Elles sont en outre contradictoires puisque le médecin

fait état de la réduction de l'incapacité de travail liée à l'atteinte du genou depuis la pose de la prothèse, tout en maintenant que l'incapacité de travail est restée totale en raison de toutes les pathologies, soit également des troubles neurologiques. Or, si les troubles neurologiques n'entraînaient plus qu'une incapacité de travail de 20% en septembre 2009, la réduction de l'incapacité de travail résiduelle aurait dû conduire au moins à une capacité de travail partielle. Les déclarations du Dr T_____ lors de son audition par la Cour de céans ne permettent pas de pallier les lacunes de son rapport, dès lors qu'il ne s'est pas prononcé clairement sur l'origine de l'incapacité de travail. On ajoutera que, selon le rapport du physiothérapeute, le traitement prodigué de septembre à octobre 2009 visait à traiter tant l'atteinte orthopédique que neurologique, ce qui paraît démontrer que cette dernière n'avait pas disparu. Il n'existe aucun autre rapport permettant de déterminer si - et, dans l'affirmative, à quelle date - l'atteinte neurologique n'a plus eu de répercussion sur la capacité de travail du recourant. On ne peut tirer de telle information du rapport du Dr N_____ du 23 mars 2009, puisque ce médecin ne se prononce ni sur la capacité de travail ni sur son origine. Le rapport du Dr S_____ du 6 mai 2010 n'est d'aucun secours non plus dès lors qu'il ne distingue pas les répercussions sur la capacité de travail liées à l'atteinte neurologique de celles qui résultent des troubles du genou. Son rapport ne remplit en outre pas les conditions posées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

A/985/2012 - 18/19 - Quant au rapport du 27 mai 2010 des Prof. U_____ et V_____, il n'évoque que l'atteinte orthopédique, de sorte qu'on ne peut en tirer de conclusion sur la question litigieuse en l'espèce. Enfin, ni le Dr A_____ ni le Dr B_____ n'ont émis de conclusions sur l'origine de l'incapacité de travail. Cela étant, si les indications du Dr T_____ ne permettent pas de démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante si et, cas échéant, dès quelle date l'incapacité de travail du recourant a été imputable exclusivement à l'atteinte orthopédique, elles sont néanmoins suffisantes pour justifier des investigations afin d'élucider ces points. L'intimée aurait dû y procéder en vertu de l'obligation d'instruire d'office, ancrée à l'art. 43 al. 1 première phrase LPGa, qui dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. d) Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant procédé à aucune mesure d'instruction pour élucider la question litigieuse. La cause lui sera donc renvoyée, à charge pour elle de diligenter une expertise neurologique et orthopédique établissant l'évolution dans le temps de l'incapacité de travail liée aux atteintes neurologiques et du genou, puis de rendre une nouvelle décision.

E. 8

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/985/2012 - 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.