

## **GE\_GERICHTE ATAS/88/2016 vom 3. Februar 2016**

GE Cour de justice, 2016-02-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_88\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_88_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/88/2016 du 3 février 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/88/2016 del 3 febbraio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

décembre 2016 ; – La décision d’orientation professionnelle rendue par la CDAPH le

#### **E. 3**

décembre 2013 également, valable jusqu’au 2 décembre 2015, dont il ressort qu’au vu des éléments du dossier, les membres de la commission ayant rendu la décision estimaient que l’état de santé du recourant et ses capacités de travail lui permettaient de rechercher un emploi en milieu ordinaire de travail. Le recourant devait s’adresser à l’agence locale d’Annemasse de Pôle Emploi ;

A/1459/2014 - 16/35 - – La décision de formation professionnelle rendue par la CDAPH le 22 mai 2014 dont il ressort qu’une formation de technicien en organisation contrôle qualité et métrologie auprès du centre de rééducation professionnelle (formation qualifiante) était octroyée. La décision était valable jusqu’au 21 mai 2017 ; – La décision RQTH de réexamen rendue par la CDAPH le 22 mai 2014, valable jusqu’au 21 mai 2017 ; – Une demande de prise en charge d’un stage en centre de rééducation professionnelle (CRP) relative à la formation de technicien en organisation contrôle qualité et métrologie, du 19 juin 2014 ; – Une attestation de présence du directeur du CRP « L’Englennaz », du 15 septembre 2014, à teneur de laquelle le recourant avait rejoint la formation précitée en date du 15 septembre 2014. 63. Une audience d’enquêtes s’est déroulée le 14 janvier 2015. Entendu à cette occasion, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué avoir été le psychiatre traitant de l’assuré de fin 2009 jusqu’à fin 2014. Lors de la première consultation, il avait diagnostiqué un syndrome post-traumatique d’intensité moyenne et avait immédiatement mis son patient sous traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Ce syndrome avait évolué par la suite, étant passé à un épisode dépressif sévère, réactionnel aux événements de 2008, ce qui constituait un développement classique. A plusieurs reprises, le recourant avait verbalisé des idées suicidaires. Il avait également fait deux décompensations : lorsqu’il était question de supprimer les prestations et lorsqu’il était revenu de la CRR où on lui avait dit qu’il était capable de travailler à 100%. Par la suite, au fur et à mesure que des solutions de prise en charge du point de vue professionnel étaient trouvées du côté français, l’état de santé du recourant s’était amélioré, à son souvenir dès le début de l’année 2014. Le traitement s’était terminé non seulement parce que le recourant allait mieux mais également en raison du fait que les assurances suisses ne prenaient plus en charge les frais. La capacité de travail du point de vue psychique était nulle au début du suivi, pour toutes les activités, ainsi que lors des épisodes de décompensation et totale à la fin du suivi. Entretemps, le recourant avait suivi des stages de réadaptation, pendant lesquels l’incapacité de travail n’était plus psychique mais physique. Du point de vue psychiatrique, il était d’accord avec les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ mais s’étonnait du décalage entre les limitations fonctionnelles et la capacité de travail, jugée à 100%. 64. Interrogé par la chambre de céans, Monsieur M\_\_\_\_\_, formateur

pour adulte handicapé auprès du CRP a expliqué, par courrier non daté mais vraisemblablement établi au mois de février 2015, qu'il accompagnait le recourant dans le cadre de sa reconversion professionnelle et que la formation durait 76 semaines. 65. Par certificat d'accompagnement psychologique du 6 mars 2015, Monsieur N\_\_\_\_\_, directeur du CRP L'Englennaz, et Madame O\_\_\_\_\_, psychologue

A/1459/2014 - 17/35 - clinicienne dans ce CRP, ont attesté que le recourant était accompagné psychologiquement. Cet accompagnement, mis en place à la demande du recourant, s'inscrivait dans le cadre de son parcours de réadaptation professionnelle, afin de le soutenir dans son projet de reconstruction professionnelle suite à la reconnaissance de son handicap. Sur le plan somatique, des troubles du sommeil, des douleurs physiques et des troubles de la concentration en formation mettaient en évidence le vécu traumatique exprimé par le recourant, qui avait encore besoin d'un travail psychologique, afin de pouvoir accepter ses difficultés physiques et, par conséquent, ses incapacités pour certaines activités et donc son handicap. 66. Par courrier du 9 mars 2015, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin au sein du CRP L'Englennaz, a indiqué que le recourant se plaignait, sur le plan somatique, de douleurs importantes et gênantes au niveau du membre inférieur gauche, en relation directe avec l'accident du 16 mars 2008. Il prenait du Lyrica 2000, une fois par jour et du Doliprane si les douleurs étaient importantes. Il lui arrivait aussi de prendre de l'Anafranyl en cas de besoin. 67. Les enquêtes se sont poursuivies le 11 mars 2015. A cette occasion, Madame A\_\_\_\_\_, épouse du recourant, a expliqué qu'après l'accident du 16 mars 2008, son époux avait envie de retravailler mais ne pouvait le faire en raison des douleurs. Il ne dormait pas bien la nuit vu ses douleurs, encore présentes à ce jour. Il était par ailleurs stressé, nerveux, il perdait patience pour la moindre des petites choses, ne pouvait pas se promener avec ses enfants, ne pouvant pas rester longtemps debout. La plupart du temps, le recourant gardait les deux jambes tendues sur le canapé du salon. Il ressentait des douleurs dans tout le corps et sur la jambe en particulier. Il devait alterner les positions environ toutes les 10 minutes. Il ne pouvait pas non plus rester longtemps assis, ne pouvant pas garder les jambes pliées. Il n'était plus en mesure de l'aider dans l'accomplissement des tâches ménagères quand bien même il en avait envie. Ils partaient rarement en vacances, d'une part en raison des prix et d'autre part vu l'impossibilité de prendre la voiture. Il était content de suivre la formation dans le centre de réinsertion en France quand bien même cela le fatiguait. Son époux était toujours en traitement chez le médecin de famille en France et auprès d'un psychiatre en Suisse et prenait des médicaments, notamment des antidouleurs, deux fois par jour, voire plus en cas de douleurs. S'agissant du voyage à Lyon, le recourant avait pris des antidouleurs avant le voyage et avait fait des pauses pendant le voyage. Après l'effort, il avait dû rester couché une semaine. 68. Le même jour, Monsieur Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il connaissait le recourant depuis septembre 2014, date du début de leur formation au CRP. Cette formation de technicien en métrologie et organisation (contrôle de pièces avec des appareils de mesure) devait se tenir jusqu'en 2016 et avait lieu du lundi au vendredi, à raison de

## **E. 8**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

A/1459/2014 - 29/35 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d. Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; arrêt 8C\_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit MOSER-SZELESS, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des

A/1459/2014 - 30/35 - preuves (MOSER-SZELESS, op.cit., p. 153; voir aussi l'arrêt 8C\_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). (8C\_779/2012 arrêt du 25 juin 2013). e. 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). f. 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 des parties 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).

## E. 9

En l'espèce, la SUVA s'est notamment fondée sur le rapport de la CRR du 18 juin 2012, complété le 17 janvier 2014, pour mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2012 et reconnaître un taux d'invalidité de 14%. a. En premier lieu, le recourant semble contester la valeur probante du rapport des médecins de la CRR dès lors qu'il remet en question les limitations fonctionnelles retenues. Force est de constater que le rapport de la CRR du 18 juin 2012, complété le 17 janvier 2014, remplit sur les plans formel et matériel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Dans un tel cas, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour

A/1459/2014 - 31/35 - en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, en l'espèce, on peut considérer que le recourant se limite tout au plus à contester de manière générale les conclusions de l'expertise sans faire état d'éléments objectivement vérifiables. Par conséquent, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la CRR et de considérer que le recourant peut travailler dès le 1er janvier 2013 à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. b. En deuxième lieu, le recourant invoque le fait qu'il doit régulièrement faire des pauses de 5 à 10 minutes chaque heure de sorte qu'il convient de réduire sa capacité de travail de 17% à ce seul titre ( $8 \times 10 \text{ mn} = 80 \text{ minutes de pause}$  ;  $80/480 = 16,666\%$ , arrondi à 17% ; soit 10 minutes de pause, toutes les heures pendant 8 heures). Cet argument ne saurait être suivi pour les motifs suivants : – Lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Dans la mesure où la durée totale des pauses correspond à la diminution de rendement et que celle-ci détermine la capacité de travail résiduelle, il y a lieu d'appliquer, par analogie, la jurisprudence précitée et de retenir la valeur médiane de 7,5. – Selon l'art. 15 al. 1 let. b de la loi sur le travail (loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr - RS 822.11), le

travail sera interrompu par des pauses d'au moins une demi- heure, si la journée de travail dure plus de sept heures. Par conséquent, une des pauses préconisées par les médecins de la CRR se recouvre déjà avec la pause légalement prévue par l'art. 15 al. 1 let. b LTr. Dans le même ordre d'idées, la pause après la dernière heure de travail se recouvre avec la fin de journée de l'assuré, de sorte qu'elle ne peut être prise en considération. Ainsi, le recourant peut prendre au total 6 pauses supplémentaires pendant sa journée de travail. Par conséquent, si l'on part de l'idée que le recourant prend chaque jour six pauses de 7,5 minutes, son travail est réduit de 45 minutes, soit de 9,5%. Cela étant, même si la chambre de céans devait retenir la capacité de travail en prenant en considération six pauses supplémentaires et non huit, elle renoncerait, comme elle en a la faculté, à une reformatio in pejus vu la faible différence avec le taux retenu par la SUVA (12,5 %) (cf. ATF 119 V 249).

A/1459/2014 - 32/35 -

c/aa. En troisième lieu, le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu par la SUVA, considérant qu'un ouvrier dans sa situation réaliserait, à plein temps, un salaire mensuel de CHF 3'690.- selon les statistiques. À titre liminaire, la chambre de céans rappelle qu'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 figurant dans l'ESS ou de données salariales résultant des DPT. Toute autre manière d'établir un revenu avec invalidité n'est donc pas conforme à la jurisprudence. Dans le cas d'espèce, l'intimée a appliqué la méthode des DPT. Il convient donc d'examiner si elle a respecté la jurisprudence lors du calcul du revenu d'invalidité. Dans la décision sur opposition querellée, la SUVA a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève, à savoir les numéros 429983 (collaborateur de production), 6637 (chauffeur-livreur), 7239 (distributeur de messagerie), 9135 (technicien en télécommande) et 822 (caissier). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2012, année de l'ouverture du droit à la rente. Les différentes activités retenues respectent les limitations fonctionnelles du recourant. Les DPT prises en considération par l'intimée ne requièrent par ailleurs aucune formation particulière, hormis des initiations/formations internes d'une durée de deux semaines à douze mois qui paraissent, au vu du travail demandé, tout à fait à la portée du recourant. L'intimée a en outre précisé que 242 postes entraient en considération eu égard aux limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et à la région retenue et a mentionné les salaires minimum (CHF 41'505.-), maximum (CHF 73'899.-) et moyen (CHF 55'706.-). Quant au revenu annuel moyen des cinq DPT retenues, il s'élève à CHF 56'464.80 et est 1,4 % au-dessous de la moyenne des salaires moyens des 242 postes pouvant entrer en considération de sorte qu'il est suffisamment représentatif (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_72/2008 du 26 juin 2008, dans lequel le salaire moyen des cinq DPT, supérieur de 4% à la moyenne des salaires moyens, a été considéré comme étant représentatif). Au vu de ce qui précède, il n'y a aucune raison de s'écarter des DPT retenues. c/bb. La chambre de céans relève encore que si les DPT retenues devaient être écartées, il conviendrait d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales. Un tel calcul ne conduirait cependant pas à un résultat plus avantageux pour le recourant, dès lors qu'en se fondant sur l'ESS 2010, le salaire de référence pour quarante heures de travail par semaine est celui des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 4 (tableau TA1), soit CHF 4'901.- x 12 mois soit CHF 58'812.- par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2010 (41,6 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de

la statistique), ce montant devait être adapté et porté à un montant annuel

A/1459/2014 - 33/35 - de CHF 61'164,50 (CHF 58'812.- : 40 x 41,6). Ce montant devait être encore ajusté à l'indexation des salaires 2011 (+ 1 %) et 2012 (+ 0,8 %) ce qui conduirait à un revenu d'invalidé de CHF 62'270,35. Même avec un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, on parviendrait à un revenu d'invalidé de CHF 56'043.30. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 57'667.-, il en résulterait un taux d'invalidité de 2.81 % ( $(57'667.- - 56'043.30) : 57'667.- \times 100 = 2.81 \%$ ), arrondi à 3 % (ATF 130 V 121), ce qui est largement inférieur au degré d'invalidité reconnu par la SUVA. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT (cf. consid. 11 c/bb supra).

#### **E. 10**

En dernier lieu, le recourant invoque sa situation du point de vue de la sécurité sociale en France pour justifier une invalidité plus importante que celle retenue par l'intimé. Cela étant, force est de constater que les pièces produites par le recourant relatives à l'allocation de retour à l'emploi (ARE) et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permettent de considérer que le recourant est apte à occuper un emploi adapté dans le milieu ordinaire du travail. En effet, le recourant a bénéficié d'une ARE pour la période du 4 février 2013 au

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1459/2014 - 35/35 - 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.