

# **GE\_GERICHTE ATAS/897/2019 vom 1. Oktober 2019**

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_897\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_897_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/897/2019 du 1 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/897/2019 del 1 ottobre 2019

## **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), 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).

A/160/2018 - 13/32 - 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 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 les deux accidents sont survenus avant le 1er janvier 2017, le droit du recourant 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. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE). En l'espèce, le recourant a interjeté recours le 15 janvier 2018 contre la décision sur opposition du 29 novembre 2017 reçue le lendemain. Le délai de recours a commencé à courir le 1er décembre 2017, puis a été suspendu du 18 décembre 2017 au 2 janvier 2018 et est arrivé à échéance le 15 janvier 2018. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

### **E. 5**

Bien que le recourant présente des troubles des tendons, l'intimée ne conteste pas qu'ils sont dus à des événements accidentels au sens de l'art. 4 LPGA, ni qu'ils sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 janvier 2013, respectivement du 5 décembre 2016. En revanche, sont litigieux le calcul du degré d'invalidité, plus particulièrement la capacité de travail résiduelle exigible du recourant dans une activité adaptée, la stabilisation de son état de santé, la méthode de calcul du degré d'invalidité, le revenu sans invalidité et le taux de l'atteinte à l'intégrité due à l'accident du 15 janvier 2013.

## **E. 6**

À titre préalable, le recourant demande la suspension de la procédure jusqu'à droit connu quant à la rechute annoncée en mars 2018, au motif que la procédure litigieuse doit nécessairement inclure ladite rechute et eu égard à l'opposition qu'il entend former à la décision de l'intimée du 29 novembre 2018 qui fixe l'indemnité journalière à CHF 32.40. À cet égard, il invoque un lien suffisamment concret entre

A/160/2018 - 14/32 - la décision du 29 novembre 2018 et la présente procédure, l'absence de stabilisation de son état de santé, ainsi que la similitude de l'état de fait et de droit. a. En 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. 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 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). 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 du litige, 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 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). 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 et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). c. En l'espèce, à la date de la décision litigieuse, soit le 29 novembre 2017, le recourant ne souffrait pas de la rechute de ses troubles de l'épaule gauche qui entraîne une nouvelle incapacité de travail attestée médicalement dès le 19 avril 2018. Par conséquent, au vu de l'état de fait existant à la date de la décision litigieuse, en principe, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette rechute pour apprécier la légalité de ladite décision. En outre, la

question de l'extension de la procédure à cette rechute ne se pose pas dès lors que, selon la jurisprudence, la rechute est attribuable à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme

A/160/2018 - 15/32 - guérie (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Dès lors, bien que le recourant semble déduire de cette rechute l'existence d'un état de santé non stabilisé à la date de la décision litigieuse, une évolution de l'état de santé après la date de la décision de clôture du cas n'a pas d'incidence sur celle-ci puisqu'à la date de la décision, il suffit que l'atteinte à la santé puisse être considérée en apparence comme étant guérie, sans que cela soit effectivement le cas dans les faits. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le montant de l'indemnité journalière fixé à la suite de la rechute a une quelconque incidence sur la présente procédure, puisque la question du montant de l'indemnité journalière versée à la suite de l'accident du 5 décembre 2016 ne fait pas l'objet de la décision sur opposition, respectivement de la procédure actuelle. Aussi n'y a-t-il pas lieu de suspendre la procédure jusqu'à droit connu sur la question de la rechute pour trancher le droit à la rente d'invalidité.

## **E. 7**

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/160/2018 - 16/32 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 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). d. 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 8**

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). 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).

### **E. 9**

a. En l'espèce, s'agissant de l'accident du 15 janvier 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostique, dans ses deux rapports du 10 août 2015, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une lésion du bourrelet glénoïdien suite à un choc direct, ainsi qu'une déchirure itérative partielle non transfixiante du tendon du sus-épineux mise en évidence par l'arthro-IRM du 28 avril 2014 après arthroscopie pour traitement de ces lésions. Lors de son examen, il constate des mobilités inférieures à celles mesurées par le Dr E\_\_\_\_\_, le 2 mars 2015, ce qui le fait douter de la coopération effective du recourant. Cette conclusion est d'ailleurs confirmée par les mesures effectuées postérieurement par le Dr E\_\_\_\_\_ et protocolées dans son rapport du 30 septembre 2015. Il retient la persistance d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche qui atteint le plan de l'horizontale. Il conclut à une

A/160/2018 - 17/32 - capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée, à savoir réalisée indifféremment en positions assise ou debout, sans mouvement répété en rotation de l'épaule gauche, sans port de charges de ce côté, avec idéalement l'avant-bras gauche reposant sur un support ou une table. Le médecin d'arrondissement a maintenu son appréciation dans une note du 26 mai 2016. Celle-ci se fonde sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 10 mars 2016 constatant l'absence d'anomalie sur le plan neurologique, ainsi que sur celui du Prof. G\_\_\_\_\_ du 11 avril 2016, dans lequel aucune perturbation significative de la cinématique scapulo-thoracique, ni incompétence de la coiffe n'a pu être observée. Le Prof. G\_\_\_\_\_ évoque la participation probable de facteurs organiques à l'évolution actuelle, étant précisé que la récurrence partielle de la lésion partielle du sus-épineux ne saurait à elle-seule expliquer ni l'importance de l'état douloureux, ni l'impotence fonctionnelle. En définitive, les appréciations du Dr F\_\_\_\_\_ reposent sur un

examen du recourant, sur les plaintes de celui-ci qu'il relativise, ainsi que sur le dossier radiologique et médical. Par ailleurs, l'évaluation du médecin d'arrondissement est confirmée par le rapport du Prof. G\_\_\_\_\_. Même si ce dernier ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, il fait état de la probable participation de facteurs non orthopédiques et organiques dans l'évolution actuelle, respectivement il relativise les douleurs dont se plaint le recourant en relevant qu'elles ne sont pas explicables objectivement. Dès lors, il n'existe pas de doute quant à la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée malgré les douleurs dont fait état le recourant, en l'absence de perturbation significative de la cinématique scapulo-thoracique, ainsi que l'a constaté le Prof. G\_\_\_\_\_. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_271/2011 du 26 octobre 2011 consid. 4.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Aussi, c'est à juste titre que le Dr F\_\_\_\_\_ a tenu compte des douleurs alléguées par le recourant, mais en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, à savoir sur la mobilité mesurée lors de son examen clinique et sur les examens radiologiques, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 366/05 du 12 juillet 2005). Par ailleurs, la jurisprudence a confirmé plusieurs fois l'exigibilité d'une activité légère adaptée à plein temps, à savoir avec travaux légers et sans port de charges, en cas de lésions de l'épaule gauche (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral

A/160/2018 - 18/32 - 9C\_925/2009 du 16 juillet 2010 consid. 3.1), de sorte que l'appréciation du médecin d'arrondissement est cohérente. S'agissant des rapports du Dr E\_\_\_\_\_, il y a lieu de relever qu'en établissant des certificats médicaux attestant que le recourant avait repris le travail à 20 % dans une activité administrative, le médecin n'a pas considéré que sa capacité de travail dans une activité administrative était limitée à 20 %, mais seulement indiqué que la reprise du travail était de 20 %, à savoir le taux de la part administrative des tâches du recourant dans son entreprise, comme cela ressort de la notice téléphonique du

#### **E. 14**

juillet 2014. Dans son rapport du 19 avril 2016, il considère de façon peu claire qu'au vu du pronostic réservé, une augmentation du taux de travail de 20 % uniquement dans une activité de bureau n'est pas réalisable et ceci de manière définitive. Puis, dans son rapport du 23 juin 2016, il considère que la symptomatologie actuelle n'est que partiellement expliquée par la problématique orthopédique. Par conséquent, il admet qu'il y a lieu de relativiser les plaintes du recourant. De plus, dans ses divers rapports adressés à l'intimée, le Dr E\_\_\_\_\_ n'évalue à aucun moment la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En revanche, dans son rapport du 3 avril 2014 adressé à l'OAI, il considère que dans une activité adaptée épargnant l'épaule gauche, le recourant présente une capacité de travail de 100 %, soit la même appréciation que celle du Dr F\_\_\_\_\_. Par ailleurs, ce dernier ne conclut pas à une capacité résiduelle de 15 %, mais bien de 100 %, étant précisé que le taux de 15 % qu'il retient concerne le degré de l'atteinte à l'intégrité. Par conséquent, les

avis du Dr E\_\_\_\_\_ ne permettent pas de douter de la fiabilité et de la pertinence des appréciations du Dr F\_\_\_\_\_ du 10 août 2015, respectivement de leur valeur probante à la date de la décision litigieuse. En outre, il n'y a pas lieu de prendre en compte son rapport du 30 janvier 2019 dès lors qu'il concerne la rechute d'avril 2018, qui ne fait pas l'objet de la présente procédure. Dès lors, la chambre de céans suivra les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, à savoir que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dès le 7 août 2015 dans une activité épargnant l'épaule gauche. b. S'agissant de l'accident du 5 décembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostique un traumatisme du coude droit et de l'épitrôchlée (rapport du 6 avril 2017). Il se réfère à l'IRM du 27 février 2017 qui met en évidence une tendinopathie insertionnelle du muscle brachial sans signe de désinsertion. À l'examen clinique, il constate une prono-/supination complète, comparable avec le côté controlatéral, ainsi qu'une palpation un peu douloureuse de la région de l'épitrôchlée. Il conclut à la reprise de l'activité professionnelle dès le 12 avril 2017. Dans ses divers certificats médicaux, le Dr D\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 100 % après le 12 avril 2017, sans expliquer pourquoi il retient une telle incapacité de travail et pourquoi il s'écarte de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Étant donné que ses certificats médicaux ne contiennent aucune

A/160/2018 - 19/32 - description clinique détaillée justifiant l'incapacité de travail retenue, ils ne remplissent pas les critères jurisprudentiels qui permettent de reconnaître à un rapport médical une valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3a) et ne sauraient mettre en doute la pertinence ainsi que la fiabilité de l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 avril 2017, respectivement sa valeur probante. Par conséquent la chambre de céans suivra les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, à savoir que le recourant est en mesure de reprendre son activité professionnelle dès le 12 avril 2017. 10. Le recourant conteste le refus de l'intimée de lui verser une rente d'invalidité, plus particulièrement la méthode de calcul utilisée et le degré d'invalidité retenu. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13

LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

A/160/2018 - 20/32 - Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du

## **E. 16**

mars 2015 consid. 4.1). 11. Le recourant conteste que son état de santé soit stabilisé et implicitement que l'intimée était en droit de statuer sur la rente d'invalidité. À cet égard, il méconnaît la portée de l'art. 19 al. 1 LAA, qui n'exige pas une stabilisation de l'état de santé pour statuer sur le droit à la rente d'invalidité, mais l'absence d'une sensible amélioration de l'état de santé escomptée de la poursuite du traitement. Or, en l'occurrence, le recourant ne soutient pas qu'un autre traitement médical serait en mesure d'améliorer significativement sa capacité de travail, mais conteste que sa capacité de travail résiduelle soit de 100 %. Par conséquent, l'intimée a retenu à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé avec effet au 30 novembre 2015. 12. Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'intimée a utilisé la méthode ordinaire de comparaison des revenus de l'art. 16 LPGA, alors que le recourant soutient qu'elle aurait dû utiliser la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité utilisée pour les indépendants. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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

A/160/2018 - 21/32 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre

elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). c. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un

A/160/2018 - 22/32 - assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1). D'après la jurisprudence, dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités

administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2007 du

#### **E. 17**

juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc ; voir la jurisprudence résumée dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_810/2017 du 9 avril 2018 consid. 2.2 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4, in SVR 2010 IV n° 37 p. 115 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 4.4). De jurisprudence constante, ce n'est qu'à des conditions strictes que l'on peut considérer qu'un changement d'activité professionnelle, singulièrement la cessation d'une activité agricole, ne constitue pas une mesure raisonnablement exigible de l'assuré ; en particulier, l'activité exercée jusqu'alors ne doit pas être poursuivie aux coûts de l'assurance-invalidité, même si l'intéressé effectue un travail d'une certaine importance économique (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1 ; 8C\_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.1 ; 9C\_357/2014 du 7 avril 2015, consid. 2.3.1 ; 9C\_624/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.1.1 ; 9C\_834/2011 du 2 avril 2012 consid. 4 et les références). 13. En l'espèce, selon les explications données par le recourant, le 5 novembre 2013, en tant que patron de son entreprise, il exerçait une activité essentiellement physique sur les chantiers, à savoir peinture en bâtiment, carrelage, constructions diverses, déménagements, chauffeur poids-lourds. De plus, au vu de la capacité de travail de

#### **E. 20**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis sur la seule question de la rente d'invalidité et la décision du 29 novembre 2017 est annulée au sens des considérants. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité. Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée 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]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). \*  
\* \* \* \* \*

A/160/2018 - 32/32 - 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.