

GE_GERICHTE ATAS/934/2019 vom 10. Oktober 2019

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_934_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/934/2019 du 10 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/934/2019 del 10 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). 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 l'accident est survenu avant cette date, 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. 3.2

et les références). Les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (ATF 134 V 162). Le Tribunal fédéral a souligné que l'existence d'un éventuel abus de droit peut être admise plus facilement lorsque l'assuré est représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours ou d'une opposition et qu'il lui est également connu qu'un délai légal n'est pas prolongeable. Aussi a-t-il jugé qu'en cas de représentation, l'octroi d'un délai supplémentaire en application des dispositions précitées s'impose uniquement dans la situation où l'avocat ou le mandataire

professionnellement qualifié ne dispose plus de suffisamment de temps à l'intérieur du délai légal non prolongeable du recours, respectivement de l'opposition, pour motiver ou compléter la motivation insuffisante de l'écriture initiale. Il s'agit typiquement de la situation dans laquelle

A/315/2019 - 18/19 - un assuré, qui n'est pas en possession du dossier le concernant, mandate tardivement un avocat ou un autre mandataire professionnellement qualifié et qu'il n'est pas possible à ce dernier, en fonction de la nature de la cause, de prendre connaissance du dossier et de déposer un recours ou une opposition motivés à temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 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]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase 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 art. 89C let. c LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 28 janvier 2019 est recevable.

A/315/2019 - 10/19 -

E. 4.2

; arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). 8. a. En l'espèce, malgré le libellé des conclusions du recourant, lequel requiert qu'il soit « dit » qu'il a droit au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières, il y a lieu de les interpréter comme tendant à la condamnation de l'intimée au versement desdites prestations. Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires, dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.3). b. Le courrier du 14 juin 2018, par lequel l'intimée a indiqué au recourant qu'elle mettrait un terme au paiement des soins médicaux et au droit à l'indemnité

A/315/2019 - 11/19 - journalière pour le 30 septembre 2018, ne revêt pas la forme d'une décision, mais constitue une simple communication rendue conformément à la procédure simplifiée. L'intimée aurait certes pu notifier une décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical après avoir constaté le désaccord du recourant avec sa prise de position. Toutefois, en rendant le 6 novembre 2018 une décision formelle de refus du droit à la rente, l'intimée a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 septembre 2018, comme elle l'avait précédemment annoncé dans sa communication. Puisque le recourant a valablement

contesté la décision du 6 novembre 2018, puis la décision sur opposition du 10 décembre 2018, s'agissant de son droit à la rente, ses conclusions relatives au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières sont recevables, étant rappelé que la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part, forment un seul objet du litige. 9. Les conclusions principales du recourant étant recevables, il sied à présent d'examiner si l'intimée pouvait, en date du 6 novembre 2018, statuer sur le droit à la rente.

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du

E. 10

a. Selon l'art. 19 al. 1, 1ère phrase, 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. b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

A/315/2019 - 12/19 - L'assureur-accidents ne peut clore le cas et mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2; ATF 128 V 169 consid. 1; ATF 116 V 41 consid. 2c). Lorsque les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse (art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA), même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée (arrêt du Tribunal fédéral U 342/06 du 7 septembre 2007 consid. 4).

E. 11

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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 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. 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 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

A/315/2019 - 13/19 - 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). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 ; 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).

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).

E. 13

En l'occurrence, l'intimée considère qu'elle pouvait se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et mettre ainsi un terme au paiement du traitement médical et des indemnités journalières pour le 30 septembre 2018. Son appréciation est fondée sur les conclusions du Dr H_____ qui a retenu, dans son rapport du 12 juin 2018, que les limitations fonctionnelles étaient définitives et que l'état de santé du recourant était stabilisé. Le recourant estime pour sa part qu'une amélioration de sa situation ne peut pas être exclue en cas de suivi d'un traitement adéquat. Il est donc d'avis que son état de santé n'est pas stabilisé.

E. 14

a. La Cour de céans observe que les rapports du médecin d'arrondissement se fondent sur l'étude du dossier médical du recourant, dossier qui comprend tous les rapports pertinents, dont le dossier d'imagerie et le résumé du séjour à la CRR, ainsi que sur des examens personnels du recourant. Les plaintes de ce dernier ont été

A/315/2019 - 14/19 - prises en considération et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Enfin, les conclusions du Dr H_____ sont claires, cohérentes et motivées, de sorte que son appréciation répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions relatives à la stabilisation de l'état de santé du recourant. Au contraire, son appréciation est partagée par le Dr G_____, lequel a mentionné dans son rapport du 5 mai 2018 que l'état semblait stabilisé. À toutes fins utiles, la Cour de céans relève encore qu'il ressort du rapport final du Dr H_____ que le recourant a noté peu d'évolution entre janvier et juin 2018, ce qui tend à démontrer l'absence de toute amélioration « sensible » de son état de santé au cours des six mois précédant la dernière évaluation du médecin d'arrondissement, alors même que l'assuré bénéficiait encore d'un traitement régulier d'ergothérapie. De même, dans son compte-rendu du 27 novembre 2018, le Dr G_____ a noté que le recourant n'avait pas constaté d'évolution entre août et novembre 2018. C'est dire que la stabilisation du cas s'est poursuivie. Enfin, les explications du Dr G_____ du 24 janvier 2019 quant au SDRC ne sont d'aucune aide au recourant. En effet, ce médecin n'a en aucun cas indiqué qu'un traitement serait susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de son patient. b. La Cour de céans considère ainsi comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir, sur la base du

rapport du Dr H_____ du 12 juin 2018, que le traitement suivi par le recourant, en particulier les séances d'ergothérapie, n'était pas de nature à entraîner une amélioration significative de son état de santé. Elle pouvait donc statuer sur le droit à la rente et mettre un terme à la prise en charge des frais et au versement des indemnités journalières.

E. 15

Il convient encore de se déterminer sur le degré d'invalidité.

E. 16

a. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. 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 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). b. 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. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en

A/315/2019 - 15/19 - dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Le revenu d'invalide 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 social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

E. 17

Dans le cas d'espèce, l'intimée est d'avis, conformément aux conclusions de son médecin d'arrondissement, que les atteintes du recourant au niveau du membre supérieur droit ne permettent pas la reprise de l'activité habituelle de ferrailleur, mais sont compatibles avec l'exercice, à plein temps et sans diminution de rendement, d'une activité ne nécessitant ni l'usage de la force ni le port de charges de plus de 5 kg avec la main droite. Le recourant ne remet pas en cause les conclusions du rapport final du 12 juin 2018 du Dr H_____ en ce qui concerne les diagnostics posés, l'évaluation de sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles retenues. Il n'invoque pas le moindre motif à l'encontre du calcul du degré d'invalidité.

E. 18

a. La Cour de céans relève à toutes fins utiles que le revenu de valide a été déterminé en application de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse CN 2016 – 2018 (salaire horaire de base CHF 25.85, durée annuelle de travail de 2112 heures), convention qui fait partie intégrante du contrat

A/315/2019 - 16/19 - de travail conclu par le recourant. Le salaire ainsi fixé (4'927.- CHF/mois) est au demeurant très favorable au recourant, dès lors que la Cour de céans a jugé, dans le litige opposant les parties sur le montant de l'indemnité journalière, que l'intimée était fondée à prendre en considération les revenus mentionnés dans le compte individuel du recourant pour l'année 2015, soit un revenu annuel de CHF 24'207.- (cf. arrêt du 10 octobre 2019 en la cause A/3368/2017). S'agissant du salaire d'invalidé (5'008.- CHF/mois), l'intimée a sélectionné cinq DPT qui ne requièrent qu'une formation interne comprise entre une heure et six mois. Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2018 et n'apparaissent pas d'emblée incompatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, lequel conserve l'usage de ses deux mains et n'est limité que dans le travail de force et le port de charges de plus de 5 kg, avec sa main droite uniquement. Aucun élément ne justifie de s'écarter du salaire avec invalidité retenu par l'intimée. b. Force est donc de conclure que le recourant ne subit aucune perte de gain, le revenu avec invalidité étant supérieur à celui sans invalidité.

E. 19

Le recourant a encore conclu, très subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'intimée considère toutefois que le présent litige ne concerne que le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas été contestée au stade de l'opposition à la décision du 6 novembre 2018 et n'a donc plus été examinée dans la décision rendue sur opposition. Elle conclut donc à l'irrecevabilité des conclusions du recourant en tant qu'elles portent sur ladite indemnité.

E. 20

a. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale 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'ordonnancement de la procédure. En vertu de l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. L'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale

du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA). b. La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (ATF 130 V 388 ; arrêt du Tribunal fédéral I 158/05 du 2 juin 2006 consid. 5.2.1 et les références). L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure

A/315/2019 - 17/19 - la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant ; à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales, et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral I 158/05 du 2 juin 2006 consid. 2.2 et les références). Il appartient 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 18 mars 2001 in SJ 2001 II 212). C'est pourquoi la décision de l'assureur entre partiellement en force dans la mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points), et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (ATF 119 V 350 consid. 1b). Dans le cas d'une décision portant sur deux objets, il suffit néanmoins qu'il soit possible de déduire des conclusions de l'opposant interprétées au regard des griefs formulés une volonté de contester l'un et l'autre des objets (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2017 du 31 août 2018 consid.

E. 21

a. En l'espèce, dans sa décision du 6 novembre 2018, l'intimée a nié au recourant, d'une part, le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a notamment exposé que, selon les conclusions de son médecin d'arrondissement, le recourant ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité. Dans son opposition du 5 décembre 2018, le recourant a indiqué contester cette décision, soutenant qu'il existait « un droit à une rente d'invalidité » et estimant qu'il devait « être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité ». Son argumentation s'est limitée à reprendre quelques paragraphes du compte-rendu de son médecin traitant suite à sa dernière consultation, paragraphes desquels il ressortait, selon lui, qu'il présentait « un degré d'invalidité supérieur à 10% ». S'il est exact que le rapport du Dr G_____ du 21 novembre 2018 fait

état d'une diminution de la force et de la mobilité de la main droite, ce qui pourrait éventuellement suggérer l'existence de troubles fonctionnels du membre supérieur droit, il n'en reste pas moins que les griefs et les conclusions du recourant portent exclusivement sur son droit à une rente, sans référence aucune, même implicite, au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dès lors que le recourant est représenté depuis plusieurs années par le même mandataire professionnellement qualifié, lequel l'a d'ailleurs assisté dans le litige l'opposant à l'intimée concernant le calcul des indemnités journalières, on ne saurait reprocher à l'assurance un formalisme excessif. Il incombait sans conteste au recourant de motiver son opposition et de prendre des conclusions quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'il entendait contester la position de l'intimée à cet égard. b. L'intimée pouvait donc limiter son examen au droit à la rente et considérer que sa décision était entrée en force s'agissant de son refus de lui octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 22

Au vu de ce qui précède, la décision sur opposition du 10 décembre 2018 est confirmée. Mal fondé, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/315/2019 - 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.