

GE_GERICHTE ATAS/960/2018 vom 18. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_960_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/960/2018 du 18 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/960/2018 del 18 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). On précisera que les conclusions de la recourante tendant à la reconnaissance de son incapacité de gain et de son degré d'invalidité sont de nature constatatoire, et partant, en principe irrecevables en raison de leur caractère 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. 5.2). Ces conclusions n'ont cependant

A/2939/2017 - 19/26 - pas de portée propre par rapport à celles, condamnatoires, dont elles ne sont que les prémisses juridiques.

E. 3

Conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération pendente lite). En l'espèce, l'intimée a fait usage de cette possibilité et a reconsidéré sa décision, dont elle a restreint la portée temporelle à l'examen du degré d'invalidité dès le 1er novembre 2016, soit dès la stabilisation de l'état de la recourante à la suite du second accident. Le litige est ainsi circonscrit au droit à la rente de la recourante dès cette date. S'agissant des prestations auxquelles la recourante a droit du 1er juillet 2014 au 30 octobre 2016, qui n'ont pas fait l'objet d'une décision entrée en force, il appartiendra à l'intimée de trancher cette question sur opposition dans les meilleurs délais.

E. 4

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est

réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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).

E. 5

À teneur de l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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 déterminer quels travaux on A/2939/2017 - 20/26 - peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

E. 6

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de

l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

E. 7

Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré met à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du

A/2939/2017 - 21/26 - 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

E. 8

S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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 (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique, ou de données salariales résultant de DPT (ATF 139 V 592 consid. 2.3). La détermination du revenu d'invalidité 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'invalidité 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 consid. 4.2.3). Lors

du recours aux données statistiques des ESS, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

A/2939/2017 - 22/26 - Les activités décrites dans les DPT ayant servi de référence dans la décision initiale doivent être exigibles de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_430/2014 du 21 décembre 2015 consid. 4.4). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produits satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, dans le cas contraire, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2).

E. 9

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 déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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

A/2939/2017 - 23/26 - 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 10

En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer quelle est la capacité résiduelle de travail de la recourante. L'intimée s'est fondée sur l'appréciation médico-théorique de la CRR pour conclure à une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les Drs J_____ et K_____. Le rapport de ces derniers contient une anamnèse complète et relate les plaintes de la recourante. Ces médecins ont en outre livré leurs conclusions, motivées et fondées sur des examens cliniques et paracliniques détaillés, après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier. Partant, leur expertise satisfait en tous points aux exigences dégagées par la jurisprudence et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne justifient pas une appréciation différente. S'agissant en particulier de l'expertise du Dr G_____, elle est antérieure à l'appréciation des médecins de la CRR et ne porte que sur l'activité de concierge, dont il n'est plus contesté à ce stade de la procédure qu'elle ne peut plus être exercée. Quant au rapport du 19 octobre 2015 du Dr H_____, on notera que les limitations fonctionnelles qu'il signale dans la sphère professionnelle sont largement similaires à celles retenues par la CRR, de même que la conclusion relative à la capacité de travail nulle en tant que polisseuse. S'agissant de ses critiques à l'égard des DPT retenus par l'intimée, elles ne sont plus d'actualité, puisque cette dernière y a substitué d'autres DPT. Enfin, en ce qui concerne l'incidence des troubles des genoux de la recourante, force est également de constater que l'appréciation de la Dresse Q_____, parfaitement motivée notamment sur les raisons qui lui permettent de s'écarter de

A/2939/2017 - 24/26 - l'évaluation du Dr H_____, permet d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'accident survenu en janvier 2016 et la persistance de ces troubles après la fin du séjour à la CRR, de sorte que c'est à juste titre qu'aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue à ce titre. Le grief quant à l'instruction de l'existence d'une lésion assimilée doit être écarté, puisque la Dresse Q_____ a exclu de manière probante que cette lésion ait été causée par l'événement de janvier 2016. Partant, une expertise ne se justifie pas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

Eu égard à ces éléments, la Cour de céans fait sienne la conclusion selon laquelle la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er novembre 2016. Il faut encore souligner que la décision de l'OAI ne lie pas l'intimée. En premier lieu, parce que cet office ne se fonde pas sur des conclusions médicales, auxquelles il a préféré les constatations des EPI, ce qui n'est pas conforme à la jurisprudence rappelée supra. En second lieu, parce que l'intimée ne répond pas des atteintes des genoux, dont l'OAI doit en revanche tenir compte et qui ont conduit les EPI à exclure la possibilité d'une activité exercée en position debout, dans leur rapport de juillet 2016.

E. 11

Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, on rappellera qu'aux termes de l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. En cas de pluralité d'accidents, le salaire est fixé selon cette disposition que si l'on procède pour la première fois à la fixation de la rente et que le droit à celle-ci naît plus de cinq ans après le premier accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 343/99 du 16 mars 2000 consid. 4b/aa). En l'espèce, l'intimée a retenu à titre de revenu d'invalidité le revenu perçu par la recourante en 2009, qu'elle a indexé en 2016 (CHF 82'604.-). Or, selon les renseignements recueillis auprès des employeurs en septembre 2016, le revenu effectif de la recourante serait resté de CHF 75'950.- en 2015. Quant au revenu après invalidité, l'intimée s'est fondée sur les DPT produites à l'appui de sa réponse. Les descriptifs des activités qu'impliquent ces emplois soulèvent toutefois de sérieux doutes quant à leur compatibilité avec les limitations fonctionnelles retenues, telles que rappelées par la Dresse Q_____. En effet, si aucun descriptif ne mentionne le port de charges ou le travail bras au-dessus de la tête, force est néanmoins de constater qu'il s'agit de travaux répétitifs qui paraissent

A/2939/2017 - 25/26 - impliquer une position des bras en porte-à-faux (cf. le poste d'emballleur appelé à placer des objets sur un tapis roulant, par exemple), alors même que la nécessité d'avoir les bras en appui a été soulignée tant par la Dresse E_____ que par la Dresse Q_____. Les quatre autres DPT, impliquant également des activités répétitives des bras, ne sont pas suffisamment détaillées pour qu'on puisse conclure de manière certaine à leur compatibilité avec les importantes limitations fonctionnelles de la recourante sur ce plan. On ne peut en tous les cas pas exclure que ces activités exigent des mouvements que l'intéressée n'est pas en mesure de réaliser. Il semble notamment douteux que l'activité consistant à opérer une presse ne requiert pas l'usage de force, impossible pour la recourante. En outre, comme le souligne à juste titre la recourante, au vu de leur nature, ces activités pourraient impliquer un travail au-dessus des épaules. Ces doutes justifient de s'écarter des DPT pour recourir à l'ESS afin de déterminer le revenu après invalidité. Le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme était de CHF 4'300.- en 2014. Indexé et adapté à la durée normale de travail (DNT) de 41.7 h./sem. en 2016, le revenu après invalidité est de CHF 54'494.60. Eu égard aux limitations fonctionnelles et à l'âge de la recourante, une déduction statistique de 20% sera opérée sur ce revenu, ce qui le

porte à CHF 43'596.-. La comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 75'950.- en 2016 aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 42.6%, arrondi à 43% selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3), ce qui ouvre à la recourante le droit à une rente d'invalidité du même taux à compter du 1er novembre 2016.

E. 12

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2939/2017 - 26/26 - 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.