REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/963/2007 **ATAS/1126/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 16 octobre 2007

En la cause

Madame F_____, domiciliée , COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZWAHLEN Guy	recourante

contre

CSS ASSURANCE, p.a Droit & compliance;Tribschenstrasse 21, LUCERNE	intimée

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Anne REISER, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après la recourante), née en 1946, vendeuse en pâtisserie et en confiserie de formation, a été employée dans l'entreprise de boulangerie-pâtisserie-confiserie de son mari, de 1970 à 2004.

2. En date du 27 décembre 2001, la recourante a glissé dans un parking souterrain et s'est fracturé le poignet droit. Une opération a eu lieu le même jour, et un matériel d'ostéosynthèse a été posé. Tout d'abord totalement incapable de travailler, la recourante a repris une activité à 50 % le 1er mars 2002.

3. CSS ASSURANCE (ci-après l'intimée) a pris en charge le cas.

4. En raison d'une complication sous la forme de la rupture du long extenseur du pouce droit, une nouvelle opération a eu lieu au mois de juin 2002. Le 30 septembre 2002, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie de la main, attestait d'une fonction complète du transfert (extension du pouce), d'une fracture en voie de guérison avec recouvrement de la mobilité de la chaîne articulaire du poignet dans les délais, et d'une proposition de traitement de la cicatrice (adhérence de la peau entraînant une gêne mécanique).

5. Consulté pour un deuxième avis par la recourante, le Dr B_____, spécialiste en chirurgie de la main, attestait le 13 novembre 2002 de ce que, malgré le mécontentement de sa patiente, il constatait cliniquement « une évolution tout à fait favorable avec des amplitudes du poignet tout à fait satisfaisantes et une réanimation du pouce du long extenseur tout à fait correcte ».

6. Consultée pour un troisième avis par la recourante, la Dresse C_____, spécialiste en chirurgie de la main, a attesté, dans un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'intimée, le 19 février 2003, d'un status post-fracture du poignet droit avec rupture « de l'EPL dans les suites et algodystrophies ». Une correction chirurgicale de la cicatrice peut éventuellement être prévue, aucun rendez-vous n'est fixé pour l'instant. S'agissant de la reprise du travail, le médecin renvoie au Dr A_____. Le Dr D_____, chirurgien de la main, relève dans son rapport intermédiaire du 25 juillet 2003 la présence d'une adhérence sur la cicatrice, propose la correction de la cicatrice, et indique qu'aucun arrêt de travail n'est signalé.

7. La résection de la cicatrice a finalement eu lieu, le 13 octobre 2003, avec arrêt de travail dès cette date.

8. Au mois de juin 2004, le Dr D_____ préconise une thalassothérapie, mentionne une invalidité partielle à craindre, et suggère une expertise au vu de l'importance du handicap. Il opérera à nouveau la recourante le 8 décembre 2004

pour révision chirurgicale avec transfert du tendon long extenseur en arrière du tubercule de Lister. L'incapacité de travail est à nouveau totale.

9. La SUVA a procédé à l'audition de la recourante et rédigé un rapport le 29 mars 2005. Après la description de son travail en boulangerie, la recourante a expliqué les limitations fonctionnelles qu'elle avait subies à la reprise de son activité (manque de force, manque de dextérité), et expliqué travailler depuis le 1er juillet 2004 à raison de quatre heures par semaine pour une fiduciaire (classement et photocopies, petits travaux administratifs). Elle a repris son activité lucrative après la dernière opération le 10 janvier 2005.

10. Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a procédé à un examen médical final le 23 mai 2005. Après un résumé du dossier, la mention des plaintes de la recourante (douleurs toujours présentes au poignet droit, force et sensibilité diminuées), le médecin-conseil a procédé à l'examen clinique, puis à l'examen des radiographies du dossier. Dans son appréciation médicale, il conclut qu'après quatre interventions chirurgicales, le traitement est actuellement terminé et la situation stabilisée. Les limitations fonctionnelles sont les mouvements de force de la main droite, la flexion/extension répétitive du poignet droit, le mouvement de supination complète de manière répétitive de l'avant-bras droit. Dans un travail adapté tenant compte de ces limitations la recourante peut travailler avec un horaire complet. Il existe toutefois un dommage permanent fixé à 15 %.

11. Par décision du 3 octobre 2005, l'intimée a alloué à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15 %, soit 16'020.- fr. En revanche, les conditions pour l'octroi d'une rente ne sont pas remplies, les séquelles de l'accident ne réduisant pas la capacité de gain de façon importante.

12. Acceptant le montant de l'IPAI, la recourante s'est toutefois opposé au refus de toute rente.

13. Par décision sur opposition du 6 février 2007, l'intimée a maintenu sa position. Rappelant l'appréciation médicale de son médecin-conseil, l'intimée constate que la recourante ne subit pas de perte de gain, puisqu'elle réalisait un salaire annuel de 60'000.- fr. lorsqu'elle travaillait à 100 % dans la boulangerie de son époux, et pourrait réaliser dans son travail actuel au sein d'une fiduciaire un salaire de 63'964.- fr. par année pour une activité à temps plein, activité exigible d'elle.

14. Dans son recours du 9 mars 2007, la recourante conclut préalablement à la suspension de l'instruction jusqu'à production d'un rapport d'ergothérapie, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle procède à une nouvelle expertise qui apprécie la baisse de rendement consécutive aux séquelles de l'accident, avec suite de dépens. Rappelant les faits, elle constate que le médecin-conseil n'a pas analysé la baisse de rendement

effective, et conteste pouvoir travailler avec un plein rendement dans une activité à plein temps, même dans son travail d'aide de bureau, qui est une activité adaptée. Elle souhaite effectuer un bilan d'ergothérapie et en produire le rapport.

15. Dans sa réponse du 3 avril 2007, l'intimée s'oppose à la suspension de l'instruction, considérant que le bilan d'ergothérapie n'aura pas valeur d'expertise neutre et indépendante, et qu'une baisse de rendement ne serait pas forcément de nature à fonder le droit à une rente. En outre, la recourante conteste pour la première fois l'analyse médicale de son médecin-conseil.

16. Par ordonnance du 5 avril 2007, le Tribunal de céans a autorisé la recourante à produire un bilan d'ergothérapie, et lui a fixé pour ce faire un délai au 30 mai 2007.

17. La recourante a produit un rapport d'ergothérapie pré-professionnelle des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), secteur rééducation, et relève que s'il est confirmé qu'elle peut exercer une activité à temps plein, son rendement est considérablement diminué.

18. Le Tribunal a transmis ce rapport à l'intimée, en la priant de le soumettre au médecin-conseil pour détermination.

19. Par écriture du 13 août 2007, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle constate que le bilan d'ergothérapie n'a pas chiffré la baisse de rendement retenue dans des activités demandant une manipulation manuelle. Son médecin-conseil relève, par ailleurs, que si les travaux répétitifs ne sont plus possibles avec la main droite, la recourante peut décharger celle-ci par l'utilisation de la main gauche, ou par l'utilisation d'aide, comme un chariot. Des activités suffisamment variées permettent d'éviter la fatigue de la main droite. Il ne retient dès lors aucune baisse de rendement dans l'activité actuelle, qui est adaptée, « presque idéale ». L'intimée rappelle que l'invalidité correspond à une diminution des possibilités de gain et non de la capacité de travail. En l'état, même une certaine baisse de rendement ne serait pas de nature à diminuer la capacité de gain de la recourante de 10 % au moins.

20. Le Tribunal a transmis cette écriture et l'avis du médecin-conseil à la recourante, et l'a priée de se déterminer sur le maintien ou le retrait de son recours.

21. Par courrier du 20 septembre 2007, la recourante a confirmé maintenir son recours. Elle relève que le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé sans avoir le document sous les yeux. L'activité de bureau, même légère, demande quelques efforts physiques car la recourante reçoit les clients, effectue les photocopies, fait des courses à la poste et chez divers commerçants, porte le courrier et le met sous pli, effectue du classement. Le rapport d'ergothérapie est précis et retient une lenteur d'exécution dans toutes les activités manuelles. L'intimée doit donc analyser cette question de façon concrète. En l'état il y a lieu de retenir une baisse de

capacité de travail de 30 %, ce qui équivaut en l'espèce à une perte de gain du même pourcentage.

22. Après transmission de cette écriture à l'intimée, par pli du 26 septembre 2007, le Tribunal a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés essentiellement postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent d'ailleurs 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 345 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte exclusivement sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

   Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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). Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). A 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.

6. La plupart des éventualités assurées 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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

   En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

   Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'espèce, il est établi que l'activité antérieure n'est plus adaptée en raison du port de charges qu'elle impliquait (corbeilles de pain de 25 kilos, seaux de 5 kilos) et de manipulations précises devenues difficiles. En revanche, il est établi également que la recourante peut travailler à temps plein dans une activité adaptée et que l'activité d'aide du bureau qu'elle déploie actuellement auprès d'une fiduciaire correspond à une activité adaptée qui permet de respecter les limitations fonctionnelles. Les médecins de la recourante ne prétendent pas le contraire, pas plus que le bilan d'ergonomie ou que la recourante elle-même.

   Celle-ci allègue toutefois une baisse de rendement importante, quoique non chiffrée, qui aurait pour conséquence d'entraîner l'ouverture du droit à une rente, et s'appuie pour cela sur le bilan ergonomique effectué auprès des HUG. L'intimée le conteste et se réfère à l'évaluation de son médecin-conseil et au manque de précision, sur ce point, du bilan ergonomique.

8. Le bilan d'ergonomie décrit les tâches exécutées comme suit : recevoir la clientèle et l'orienter à la personne demandée, classer le courrier dans les casiers, aller à la poste, timbrer le courrier, photocopier des documents et les remettre à l'ayant-droit, classer le courrier, rechercher des documents.

   Tout d'abord, il y a lieu de relever que l'analyse du médecin-conseil sur cette question est convaincante. Celui-ci explique en effet que les tâches que doit effectuer la recourante sont légères et variées, de sorte qu'elle peut aisément décharger son poignet droit à l'aide, d'une part, de sa main gauche, mais aussi, d'autre part, à l'aide d'accessoires, comme un chariot à roulettes dans le bureau lui-même pour le transport de dossiers. On ajoutera que s'agissant du transport du courrier à la poste ou des différents achats dans les commerces, la recourante peut avantageusement utiliser un caddie. Enfin, le bilan ergonomique lui-même retient

que la recourante timbre le courrier de la main gauche. Ainsi, s'il paraît vraisemblable que certaines douleurs puissent apparaître, occasionnellement, on ne saurait retenir une baisse de rendement significative. À ce propos, force est de constater que le bilan ergonomique lui-même ne fait aucune estimation en pourcentage de la baisse de rendement qu'il retient, et surtout que le bilan porte tant sur l'activité antérieure que sur l'activité actuelle entretenant par là même une certaine confusion. En effet, le rapport traite tout d'abord du parcours professionnel de la recourante, puis du poste de travail dans la boulangerie, ensuite du poste de travail dans la fiduciaire, pour aboutir à l'évaluation des capacités fonctionnelles. Dans ce cadre, sous « manutention », est examinée la question du port d'un plateau en bimanuel, et il est précisé que pour poser le plateau rempli de marchandises, il y a une difficulté au moment de basculer le plateau et de le poser à plat sans verser les objets. Il est fait également état, au même endroit, du port de charges maximum avec la main droite (2 kilos) et avec la main gauche (5 kilos) s'agissant d'un seau. Ces deux activités n'ont toutefois rien à voir avec l'activité dans une fiduciaire et concernent plus vraisemblablement l'activité de vendeuse en boulangerie. Le bilan porte ensuite sur la sensibilité et sur les fonctions gestuelles, où l'on retient essentiellement une force diminuée à droite et une prise en crochet incorrecte à droite (enroulement incomplet). Le bilan se conclut sur l'appréciation de la recourante elle-même quant à ses limitations dans l'activité actuelle et par le constat d'une lenteur d'exécution « dans toutes les activités manuelles ». On peine toutefois à déterminer, à la lecture de ce bilan, si les activités d'aide de bureau, décrites ci-dessus, sont également, et dans quelle mesure alors, ralenties.

En application du principe de la vraisemblance prépondérante, il convient dès lors de suivre l'avis du médecin-conseil de l'intimée et de retenir que, s'il y a une baisse de rendement, ce qui n'est pas établi à satisfaction, elle est faible et n'est pas de nature à générer une perte de gain supérieure à 10 %.

9. Vu ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Florence SCHMUTZ	Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le