

GE_GERICHTE ATAS/1005/2009 vom 19. August 2009

GE Cour de justice, 2009-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1005_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1005/2009 du 19 août 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1005/2009 del 19 agosto 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). En l'occurrence, le dernier domicile du recourant en Suisse était à Genève. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, les recours concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre des décisions sur opposition portant sur le degré d'invalidité du recourant. Par conséquent, il se justifie de joindre les causes nos A/408/2008 et A/1789/2008 sous la cause n° A/408/2008 (ATF 128 V 126 consid. 1 et 194 consid. 1).

E. 4

Interjetés dans la forme prescrite et le délai de 30 jours dès la notification des décisions, les recours sont recevables (art. 56 et 60 LPGA).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant au versement, par l'assureur-accidents, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner les atteintes à la santé en lien de causalité

A/408/2008 - 19/32 - avec l'accident, la capacité de travail du recourant suite à ces atteintes, sa perte de gain ainsi que le taux de l'atteinte à son intégrité. Il convient encore de préciser qu'au vu des conclusions du recourant formulées le 21 mai 2008 contre la décision sur opposition du 18 avril 2008, le recourant ne conteste plus le gain assuré pris en compte pour calculer le montant de la rente, de sorte que cette question n'est plus litigieuse (cf. ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a).

E. 6

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 ou non professionnel.

E. 7

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995). L'atteinte à la santé doit être également en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

A/408/2008 - 20/32 -

E. 8

Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé. Le taux de l'incapacité de travail s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il utilise dans un autre secteur sa capacité résiduelle de travail (ATF 115 V 133 consid. 2, 404 consid. 2; ATFA non publié du 29 août 2006, U 264/05, consid. 3). 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références).

E. 9

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. A 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. 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 352 ss consid. 3).

A/408/2008 - 21/32 - Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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. Etant 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). Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 10

Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir fondé son appréciation sur les rapports du Dr N_____ pour retenir que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Il fait valoir que son atteinte au genou droit ne lui permet pas une telle capacité de travail. En outre, il reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles dont il souffre à la hanche et à l'épaule gauches ainsi que son affection psychique. Dans ses rapports des 10 avril et 20 novembre 2006, le Dr N_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a posé les diagnostics de status après fracture par enfoncement et petite séparation du plateau tibial interne du genou droit, petit arrachement fracturaire du bord externe du plateau tibial externe et status après ostéosynthèse et arthroscopie. Lors de son examen effectué le 29 mars 2006, il a estimé que dans l'activité exercée habituellement, la capacité de travail était de 50%. Le recourant était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit assis et ne nécessitant pas d'efforts. Lors de l'examen du 20 octobre A/408/2008 - 22/32 - 2006, le spécialiste a estimé les mêmes degrés de capacité. Il a précisé que l'activité était adaptée pour autant qu'elle n'implique pas de s'agenouiller, de s'accroupir, d'avoir une position prolongée assise genoux fléchis, ni de longs déplacements ou la montée /descente fréquentes d'escaliers. S'agissant de la hanche gauche, ce médecin a expliqué dans son rapport du 20 novembre 2006, que le recourant avait des douleurs sur la face externe de la hanche gauche. Il s'agissait soit d'une insertionite, soit d'une périarthrite de la hanche. Il ne voyait pas de lien de causalité entre ces douleurs et l'accident assuré. Suite à l'arthro-IRM effectuée le 2 août 2007 par le Dr O_____, le Dr N_____ a expliqué dans un rapport daté un 26 juillet 2008, que ce cliché confirmait une petite fissuration du labrum antérieur et supérieur sans désinsertion significative ni kyste para-labral. Ces conclusions rejoignent celles du Dr P_____, spécialiste en radiologie du squelette, et du Dr O_____. Cette lésion du bourrelet cotyloïdien gauche n'était cependant pas en rapport de causalité avec l'accident. Si tel avait été le cas, le recourant s'en serait plaint très vite après l'accident. En outre, une douleur provoquée par une lésion traumatique d'un bourrelet ne fait pas mal sur la partie latérale de la hanche, mais dans le pli de l'aîne. Or, les plaintes du recourant en novembre 2006 se situaient au niveau de l'insertion musculaire. Selon le spécialiste, il s'agissait vraisemblablement, mais sans qu'il puisse le prouver, d'une instertionite musculaire du muscle fessier sur le grand trochanter,

ce qui n'avait rien à voir avec le bourrelet cotyloïdien. Il a confirmé son avis selon lequel ce trouble n'était pas en lien de causalité avec l'accident, et ce pour les raisons suivantes : pendant les deux années qui ont suivi l'accident, le recourant ne s'était pas plaint de sa hanche gauche. Il avait pu marcher en décharge du membre inférieur droit, avec deux cannes, en utilisant le membre inférieur gauche, ce qui représentait une surcharge momentanée jusqu'à la fin de l'utilisation des deux cannes. Si ce surmenage articulaire et musculaire avait entraîné la douleur externe dont se plaignait le recourant, elle serait apparue pendant ou juste après la marche avec les deux cannes. Le Tribunal de céans constate que les rapports du Dr N_____ remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur conférer pleine valeur probante. L'expert a examiné le recourant à quatre reprises et a pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique. L'expert a procédé à une anamnèse complète, il a pris en compte les plaintes du recourant et a décrit de façon précise les lésions présentées. Il a ensuite examiné et discuté de façon détaillée les lésions, au regard du dossier radiologique et a expliqué notamment pour quelles raisons les plaintes à la hanche gauche ne sont pas en lien de causalité avec l'accident. Enfin, ces conclusions ainsi que celles relatives à la capacité de travail résiduelle sont claires et convaincantes, de surcroît, elles ne sont contredites par aucune pièce du dossier médical, de sorte que le Tribunal ne saurait s'en écarter.

A/408/2008 - 23/32 - De l'avis du recourant, le Dr N_____ aurait fait preuve de partialité à son égard, au motif qu'il lui a fait remarquer qu'il n'avait pas à croiser les jambes si cette position engendre des douleurs. Le Tribunal de céans ne voit cependant pas en quoi les propos que l'expert a tenus envers le recourant seraient de nature à jeter un doute sur son impartialité, ce d'autant plus que l'expert a précisé que les douleurs étaient en l'occurrence effectivement possibles lors d'une telle position. Le recourant fait en outre valoir que de l'avis du Dr Q_____, ses douleurs au genou sont expliquées par la réduction de la surface du plateau tibial interne (rapport du 17 juillet 2006). Le Tribunal de céans constate cependant que le Dr N_____ a également considéré que les plaintes étaient expliquées en partie par l'examen clinique et les radiographies (rapports du 20 novembre 2006). En outre, les diagnostics posés par ces deux spécialistes concordent. Enfin, il convient de relever que le Dr Q_____ ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles du recourant, ni sur sa capacité de travail. Le rapport du Dr Q_____ n'est ainsi pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr N_____ sur ces points. Par ailleurs, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas pris en compte son atteinte à l'épaule gauche. Le rapport du 3 juin 2004 de la Dresse L_____ et du Dr M_____, médecins auprès des HUG, fait certes état d'une lésion traumatique du sus-épineux gauche. Le physiothérapeute ayant suivi le recourant, Monsieur I_____, a également noté que le problème à traiter était notamment une contusion de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche. Au status final, il n'a cependant fait aucune mention de cette atteinte (rapport du 3 juin 2004). Le Dr Q_____ a en outre procédé à un examen clinique de l'épaule gauche et n'a rien constaté d'anormal (rapport du 28 juillet 2006 p.6). Le Dr N_____ a par ailleurs examiné la radiographie de l'épaule gauche effectuée le 5 avril 2004, laquelle était sans particularité (rapport du 26 février 2006, p.7). On relèvera par ailleurs qu'à l'exception des deux rapports précités établis le 3 juin 2004, aucun rapport médical ne fait état de plaintes à l'épaule gauche. Au demeurant, le recourant n'allègue pas que ces douleurs l'ont conduit à consulter un médecin, ni qu'elles entraînent une incapacité de travail. Ainsi, force est de constater l'absence d'éléments concrets permettant de retenir qu'à la date de la décision litigieuse, soit le 7 janvier 2008, le recourant présentait une

rechute ou une séquelle au niveau de l'épaule gauche ouvrant droit à des prestations d'assurance (art. 11 OLAA ; ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05). Enfin, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles psychiques dont il souffre suite à l'accident.

A/408/2008 - 24/32 - Il résulte certes du rapport établi le 20 mai 2005 par le Dr I_____, chef de clinique auprès du département de psychiatrie des HUG, que les symptômes évoqués par l'assuré étaient alors compatibles avec un trouble de l'adaptation avec modification des émotions (F43.23 réaction dépressive). Selon les explications données par le recourant par devant le Tribunal de céans, il avait été en traitement pendant six mois, puis avait arrêté, avec l'accord du médecin (procès-verbal de comparution personnelle du 14 mai 2008). Il résulte par ailleurs des pièces versées à la procédure que c'est seulement le 5 avril 2007, soit presque trois ans après l'accident, que le recourant s'est plaint de troubles psychiques auprès de l'intimée. De surcroît, rien au dossier ne laisse supposer qu'il souffre de troubles psychiques et que ceux-ci auraient une répercussion sur sa capacité de travail. L'existence d'une incapacité de travail due à des troubles psychiques n'ayant pas été établie, il n'y a dès lors pas lieu d'examiner s'il existe entre l'événement dommageable de caractère accidentel et ces éventuels troubles, un lien de causalité naturelle et adéquate (cf. ATF 115 V 403). Ainsi, aucun des griefs invoqués par le recourant ne permet de justifier que l'on s'écarte des conclusions bien motivées et convaincantes des expertises effectuées par le Dr N_____. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il y a lieu par conséquent de relever que c'est à juste titre que l'intimée a retenu que seules les lésions au genou droit sont en lien de causalité avec l'accident et qu'elles entraînent une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La décision litigieuse du 7 janvier 2008 n'est donc pas critiquable sur ce point.

E. 11

Selon 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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). La comparaison des revenus doit être effectuée en fonction des circonstances existant lors de l'ouverture du droit à une éventuelle rente (ATF 128 V 174).

A/408/2008 - 25/32 - Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet de calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). 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 (ATF non publié du 7 décembre 2007, U

410/06 ; RAMA 1993 p. 100). 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 dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. 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'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la

A/408/2008 - 26/32 - catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152).

E. 12

En l'occurrence, pour la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2007, soit l'année de l'ouverture du droit à la rente. Au moment de l'accident, le recourant effectuait un stage de formation de six mois à Genève. Dès juillet 2005, le recourant a cependant dû quitter la Suisse et rentrer au Liban puisqu'il ne s'est pas vu accorder une autorisation de séjour avec prise d'emploi. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas que, sans l'accident, le recourant aurait pu rester en Suisse pour y travailler en situation régulière. S'agissant d'un assuré qui, au moment de l'ouverture du droit à la rente, résidait au Liban, on peut certes se demander s'il ne serait pas opportun de s'appuyer sur les données économiques libanaises. Cela étant, le marché équilibré du travail étant une notion théorique, il suffit, en effet, d'examiner quelle est (ou quelle serait) - sur un marché du travail supposé équilibré - l'activité raisonnablement exigible dans laquelle l'invalidé peut (ou pourrait) mettre à profit sa capacité résiduelle de gain; il importe peu, à cet égard, que l'assuré soit domicilié à l'étranger. En ce qui concerne, par ailleurs, la comparaison des revenus déterminants pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré domicilié à l'étranger, elle doit s'effectuer sur le même marché du travail, car la disparité des niveaux de rémunération et des coûts de la vie d'un pays à l'autre ne permet pas de procéder à une comparaison objective des revenus en question (ATF 110 V 273). Il s'ensuit qu'il se justifie de recourir aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'ESS, et ce tant pour le salaire sans invalidité que pour le salaire avec invalidité.

E. 13

a) Au moment de son accident, le recourant exerçait un stage de six mois à Genève pour un salaire mensuel de 2'135 fr. 40. Il avait préalablement effectué une

A/408/2008 - 27/32 - formation universitaire en gestion hôtelière internationale, tout en travaillant régulièrement au sein de divers hôtels, totalisant six ans d'expérience. Il s'ensuit que, sans accident, le recourant aurait pu obtenir un salaire dans les métiers de l'hôtellerie et de la restauration (poste 55) correspondant aux travaux les plus exigeants et aux tâches les plus difficiles ainsi qu'à un travail indépendant et très qualifié (niveau de qualification 1 et 2) dans le secteur privé, soit 5'028 fr. par mois pour un homme, ou 60'336 fr. par année (ESS 2006, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans l'hôtellerie en 2006 (42,1 heures ; La Vie économique, 1/2-2009, B9.2), et comme le revenu statistique doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux dans ce secteur en 2007 (+ 1,4% ; La Vie économique, 1/2-2009, B10.2), ce montant doit être porté à 64'391 fr. ($60'336 + 1.4\% = 61'180 \times 42.1 : 40$). Le recourant prétend qu'il aurait pu obtenir, sans accident, au moins un salaire de 5'404 fr. par mois dès le 1er juillet 2005, correspondant au salaire d'un cadre supérieur dans l'hôtellerie (catégorie 4a de la CCT), soit 70'252 fr. par année. Or, il n'apparaît nullement, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans accident le recourant aurait pu obtenir un tel salaire après son stage. Il résulte en effet des pièces versées au dossier que le salaire de 5'404 fr. par mois correspond à celui d'un cadre supérieur, qualification que le recourant n'avait pas, ce au vu de son parcours professionnel et de sa formation (note au dossier du 17 janvier 2006, courrier de l'employeur du 13 juillet 2006, note au dossier du 29 mai 2007). De surcroît, il n'est nullement établi que les salaires indiqués dans la CCT auraient pu s'appliquer sans autre au recourant dès lors que la question de la reconnaissance des diplômes qu'il a obtenus se serait posée, étant donné notamment que la formation dispensée par l'Institut Z_____ n'est pas reconnue au niveau fédéral. b) Selon les conclusions du Dr

N_____, le recourant peut exercer une activité à plein temps dans un travail adapté, c'est-à-dire essentiellement sédentaire, avec possibilité de changer de position pour soulager le genou, ne nécessitant pas de devoir s'agenouiller, ni s'accroupir, évitant les positions prolongées assis genoux fléchis, les longs déplacements ou les montées/descentes fréquentes d'escaliers (rapports des 10 avril et 20 novembre 2006). Le Dr N_____ a en outre expliqué que les fonctions exercées par le recourant auprès de son employeur dans les ressources humaines (planification du travail du personnel de l'hôtel, la planification des vacances) ou en matière de comptabilité correspondent d'ailleurs à une activité adaptée à ses troubles somatiques (rapports des 26 février et 21 mai 2005). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que le salaire avec invalidité auquel peut prétendre le recourant correspond au salaire sans invalidité de 64'391 fr., auquel il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimée a retenu à cet égard un abattement de 10% en

A/408/2008 - 28/32 - raison du « handicap » du recourant. Le Tribunal de céans est cependant d'avis que compte tenu de la nationalité étrangère du recourant et de la nécessité qu'il a de ne pas s'agenouiller, ni s'accroupir, d'éviter les positions prolongées assis genoux fléchis, les longs déplacements ou les montées/descentes fréquentes d'escaliers, une réduction de 15% se justifie (pour comparaison, voir ATFA non publié du 30 novembre 2001, cause I 422/01). Il s'ensuit que le recourant présente un degré d'invalidité de 15% en 2007. Les décisions litigieuses des 7 janvier et 18 avril 2008, qui retiennent un degré d'invalidité de 10%, doivent être annulées sur ce point.

E. 14

Il reste à examiner si l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité a été correctement effectuée par l'intimée. Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité

pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients

A/408/2008 - 29/32 - spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich MEYER-BLASER, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30).

E. 15

En l'occurrence, l'intimée a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20% en se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr S_____. Dans son rapport du 17 décembre 2007, ce dernier a retenu que le recourant présente une gonarthrose interne séquellaire d'une fracture du plateau tibial interne droit ainsi qu'une petite instabilité résiduelle de son compartiment externe, mais qui semble modérée. Il a évalué à 20% le taux de cette atteinte, soit 15% pour l'arthrose fémoro-tibiale interne isolée, qu'il qualifiait de moyenne, et 5% pour la discrète instabilité associée. Le taux retenu par le Dr S_____ ne saurait cependant être confirmé par le Tribunal de céans. Ce médecin a en effet considéré que le recourant présente déjà une gonarthrose, alors que selon le Dr Q_____, la gonarthrose constitue l'évolution prévisible de l'atteinte actuelle (rapport du 28 juillet 2006), et que les radiographies effectuées à la demande du Dr N_____ n'ont pas révélé de signes d'arthrose (rapport du 10 avril 2006).

A/408/2008 - 30/32 - Pour ces motifs, l'appréciation du Dr S_____ doit être écartée. Le Tribunal de céans constate, à la teneur des rapports versés au dossier, que la survenance ultérieure d'une aggravation de l'atteinte à la santé doit être considérée comme établie (rapports du Dr N_____ des 26 février 2005, 20 novembre 2006 ; rapport du Dr Q_____ du 28 juillet 2006). En outre, contrairement à ce que prétend l'intimée, cette aggravation est en l'occurrence quantifiable, puisque de l'avis du Dr N_____, dans le cas du recourant, on peut compter sur une atteinte à l'intégrité de l'ordre de 30% lorsqu'une éventuelle prothèse sera posée (rapport du 20 novembre 2006). Le recourant fait valoir que le taux de l'atteinte à l'intégrité doit prendre en compte le fait qu'au vu de son jeune âge, il sera contraint de supporter les douleurs plus longtemps avant de pouvoir bénéficier de la

pose d'une prothèse. Le recourant oublie cependant que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité à 30 %. Dans la mesure où la décision litigieuse 7 janvier 2008 retient un taux de 20%, elle sera également annulée sur ce point.

E. 16

Les recours seront par conséquent admis partiellement et les décisions litigieuses seront annulées en tant qu'elles retiennent un degré d'invalidité de 10% et une atteinte à l'intégrité de 20%. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouveau calcul du montant de la rente et de l'indemnité à l'atteinte à l'intégrité. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de 4'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA).

A/408/2008 - 31/32 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.