

# **GE\_GERICHTE ATAS/1166/2020 vom 30. November 2020**

GE Cour de justice, 2020-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1166\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1166_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1166/2020 du 30 novembre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1166/2020 del 30 novembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. En matière d'assurances-sociales est compétent le tribunal des assurances du canton de domicile de l'intéressé ou de l'une des parties (art. 58 al. 1er LPGA). Si l'intéressé 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 à son siège (art. 58 al. 2 LPGA). L'existence d'un for au lieu de la succursale peut être admise lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est notamment le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur sis à Genève. Bien qu'il s'agissait de la succursale genevoise d'une société anonyme dont le siège principal était à Lausanne, la compétence rationae loci de la chambre de céans est donnée conformément à l'arrêt précité.

b. Selon 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). La compétence ratione materiae de la chambre de céans est ainsi également établie.

### **E. 2**

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 en 2007, 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**

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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, plus particulièrement, sur le montant pris en considération à titre de revenu avec invalidité.

### **E. 5**

a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

A/4429/2019 - 18/30 - En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Ainsi, selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). A teneur de l'art. 19 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 (art. 19 al. 1 LAA). Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). C'est le lieu de relever que le versement d'indemnités journalières exclut le versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et vice versa. b. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

## **E. 6**

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

A/4429/2019 - 19/30 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on

évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). b. Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l'assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

## **E. 7**

a. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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

A/4429/2019 - 20/30 - 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). c/aa. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidé peut alors être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1). c/bb. Depuis la 10<sup>ème</sup> édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches

inhérentes à la profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1\_skill\_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_370/2019 du

#### **E. 10**

Par ailleurs, force est de constater que le dossier ne comporte aucune décision confirmant la suppression des indemnités journalières au 28 février 2009. En effet, par arrêt du 29 juin 2011 (ATAS/663/2011), la chambre de céans a annulé les décisions des 2 février et 28 juin 2010 par lesquelles l'intimée avait supprimé les indemnités journalières et lui avait déjà renvoyé la cause pour nouvelle décision. Rien n'a été effectué, l'intimée s'étant concentrée sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son arrêt du 16 octobre 2018 (ATAS/936/2018), la chambre de céans avait déjà constaté des défaillances de l'intimée dans l'instruction du dossier et lui a renvoyé la cause pour décision non seulement sur la fin du droit à l'indemnité journalière mais également sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, l'éventualité d'un déni de justice étant même évoquée. A nouveau, aucune décision sur la fin du droit aux indemnités journalières n'a été notifiée au recourant. Il existe donc une période, courant du 1er mars 2009 au 30 juin 2015, pour laquelle aucune décision n'a été rendue et qui n'a pas été indemnisée. Or, c'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint notamment au moment de la naissance du droit à une rente. Certes, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, comme c'est le cas en l'espèce, le recourant pouvait être tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur (cf. art. 6 in fine LPGA). Un changement de profession suppose toutefois, d'une part, une atteinte probablement permanente à la capacité de travail dans la profession habituelle et, d'autre part, un état de santé stable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/02 du 1er octobre 2003 consid. 1.3 ; voir également Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance- accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire), in SBVR Soziale Sicherheit, 2016, n° 214-215). Par ailleurs, dans l'hypothèse d'un changement de profession, un délai de trois à cinq mois doit être imparti à l'assuré pour que celui-ci puisse s'adapter aux nouvelles circonstances et chercher du travail. Dans l'intervalle, l'assurance-accidents reste tenue de verser les indemnités journalières. À l'issue du délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de

l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pourcent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail

A/4429/2019 - 29/30 - résiduelle (ATF 114 V 286 consid. 3c in fine et arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 31/04 du 9 décembre 2004 consid. 2.2 in fine). Dans ce contexte, il convient d'appliquer les principes régissant le calcul du taux d'invalidité, notamment l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et le taux d'abattement pour procéder à la comparaison (Béatrice DESPLAND, L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé, 2012, p. 69). Dans la mesure où l'état de santé du recourant a été considéré comme étant stabilisé en 2015 seulement, se pose la question de la poursuite du versement des indemnités journalières, cas échéant réduites, jusqu'à cette date, éventualité que l'intimée n'a jamais examinée sous cet aspect. Comme cela a déjà été le cas en 2018, la chambre de céans renverra également la cause à l'intimée pour que celle-ci se prononce sur les indemnités journalières, éventuellement réduites, dues entre le 1er mars 2009 et le 30 juin 2015. A noter, dans ce contexte, que le recourant a informé l'intimée de son accident dans les délais et selon les formes prescrites. De plus, il a régulièrement requis la prise en charge des suites de son accident. Partant, ses prétentions ne sauraient être prescrites (cf. art. 24 al. 2 LPGA et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_888/2012 du 20 février 2013 consid. 3 et 5).

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 30 octobre 2019 sera annulée. Il sera constaté que le degré d'invalidité du recourant est de 24%, donnant droit à une rente du même taux. La cause sera toutefois renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision sur la question des indemnités journalières, le cas échéant dues pour la période du 1er mars 2009 au 30 juin 2015, une instruction complémentaire sur cette question étant réservée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4429/2019 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Annule la décision sur opposition du 30 octobre 2019. 4. Constate que le degré d'invalidité du recourant est de 24% et condamne l'intimée à lui verser la rente correspondant à ce taux. 5. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur la question des indemnités journalières dues entre le 1er mars 2009 et le 30 juin 2015. 6. Condamne l'intimée à verser CHF 3'000.- au recourant à titre de dépens. 7. Dit que la procédure est gratuite. 8. 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 - RS 173.110); 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

Julia BARRY

La présidente

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

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