

# **GE\_GERICHTE ATAS/139/2018 vom 19. Februar 2018**

GE Cour de justice, 2018-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_139\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_139_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/139/2018 du 19 février 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/139/2018 del 19 febbraio 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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**

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

### **E. 3**

Le recours, déposé dans les délais et formes prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2).

A/3991/2017 - 19/28 - En l'espèce, compte tenu des conclusions du recours, seul le degré d'invalidité du recourant est litigieux, à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, la responsabilité quant à l'incidence d'éventuels troubles psychiques sur la capacité de gain du recourant n'a pas été tranchée de manière définitive par sa décision du 26 juin 2017, qui n'est pas entrée en force en raison de l'opposition interjetée.

### **E. 5**

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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

## **E. 6**

La jurisprudence a développé plusieurs critères pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Il y a d'abord lieu de classer les accidents en fonction de leur déroulement en trois catégories : les accidents de peu de gravité, ceux de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs développés par la jurisprudence, portant notamment sur les circonstances de l'accident et la gravité des lésions (cf. ATF 117 V 369 consid. 4c et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1), dont trois au moins doivent être remplis. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio- cérébral, la jurisprudence applique les mêmes critères que ceux dégagés à propos

A/3991/2017 - 20/28 - des troubles d'ordre psychique, avec toutefois certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10).

## **E. 7**

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). 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.

## **E. 8**

L'art. 16 LPGa prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS. 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

A/3991/2017 - 21/28 - dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises confirmé la détermination du salaire sans invalidité sur la base des revenus prévus par la convention collective de travail applicable dans la branche (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1, 8C\_71/2014 du 12 juin 2014 consid. 4.1 et 8C\_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 6.2.1.2). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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).

## **E. 9**

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. À 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. Le principe d'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer les assureurs sociaux de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus

A/3991/2017 - 22/28 - ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPG), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

## **E. 10**

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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). 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 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

A/3991/2017 - 23/28 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

## **E. 11**

En l'espèce, l'intimée a établi le degré d'invalidité du recourant en se fondant sur une capacité de travail complète dans une activité mono-manuelle. Il convient dans un premier temps d'analyser si les rapports des médecins sur lesquels elle s'est fondée répondent aux exigences développées par le Tribunal fédéral. Tel est le cas du rapport des médecins de la CRR. En effet, ces derniers ont pris connaissance du dossier du recourant, dont ils ont relaté les plaintes et l'historique médical. Ils ont fondé leurs diagnostics et leurs conclusions sur des examens fouillés ainsi que sur des consultations spécialisées. Le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 7 septembre 2016 est également conforme aux réquisits jurisprudentiels, puisqu'il contient un résumé du dossier, énumère les plaintes du recourant et consigne les résultats du status clinique. Ses conclusions, émises après avoir pris connaissance des documents d'imagerie, sont motivées. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, du point de vue strictement orthopédique, le recourant est en mesure d'exercer une activité mono-manuelle répétitive simple. Il n'existe aucun rapport médical permettant de s'écarter de ce point de vue. La chambre de céans souligne que les médecins traitants ayant pris en charge les suites orthopédiques de

l'accident ont tous retenu que la profession de maçon n'était plus exigible – à l'instar des médecins de la CRR et des médecins d'arrondissement de l'intimée. Ils n'ont cependant pas exclu l'exercice d'une activité adaptée, à tout le

A/3991/2017 - 24/28 - moins dans un premier temps. En effet, les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ signalaient en automne 2014 qu'un changement de profession devait être envisagé. Le Dr B\_\_\_\_\_ a également relevé cette nécessité en février 2015. En mars 2016, ce médecin a indiqué qu'une activité sans port de charges ni longs déplacements était possible. Dans son rapport du 21 juin 2017, il a certes critiqué le fait de ne pas octroyer une rente entière au recourant. A l'appui de cette position, le Dr B\_\_\_\_\_ a cependant évoqué des éléments tels que l'âge, la formation et la barrière de la langue. Or, ce sont là des facteurs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 3.2), dont ne répond pas l'intimée. En outre, comme on l'a vu, les prestations de l'assurance-accidents ne sont pas censées pallier des difficultés de réinsertion dues au marché du travail. Pour le surplus, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B\_\_\_\_\_, elles ne sont en soi pas incompatibles avec la reprise d'une activité adaptée si l'on se réfère à ses précédents rapports. Enfin, si l'on s'en tient à l'avis du SMR du 2 septembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ aurait indiqué à l'assurance-invalidité que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Le Dr N\_\_\_\_\_ a certes relevé que les troubles cardiaques, respiratoires et métaboliques du recourant pouvaient avoir une incidence négative sur la capacité de gain du recourant. Cela étant, ces troubles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, si bien que l'intimée n'a pas à en tenir compte. Il n'est au demeurant pas avéré qu'ils aient une incidence sur la capacité de gain du recourant. Quant aux troubles neuropsychologiques, la chambre de céans retient ce qui suit. L'appréciation neurologique du Dr O\_\_\_\_\_ n'est guère convaincante, dès lors que ce médecin affirme essentiellement que la lésion cérébrale de la région occipitale droite existait déjà avant l'accident du 16 août 2013, ce qu'il entend apparemment démontrer par le fait qu'elle apparaît sur le scanner réalisé le jour de l'accident. A défaut d'autres explications, cette seule constatation ne suffit pas à conclure que cette lésion est antérieure au 16 août 2013. Cependant, tant la valeur probante de cette appréciation que cette question peuvent rester ouvertes en l'espèce. En effet, le bilan neuropsychologique réalisé à la CRR n'a pas révélé d'anomalie. Le recourant s'est certes plaint d'oubli lors de son entretien avec le Dr Q\_\_\_\_\_, mais ces troubles n'ont pu être objectivés lors de l'examen clinique. Il n'existe du reste aucun autre rapport médical constatant des troubles cognitifs. Par conséquent, aucune incapacité de gain ne peut être retenue pour ce motif. En ce qui concerne les troubles psychiatriques, on notera en premier lieu que le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ comprend tous les éléments formels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Ce médecin a en effet établi l'anamnèse, recueilli les plaintes du recourant, et émis des diagnostics et des conclusions en les motivant à satisfaction de droit. Le seul rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016, nullement motivé et se bornant à poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans indiquer sur quels critères il se fonde, ne saurait être considéré comme une expertise de nature à remettre en cause les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_.

A/3991/2017 - 25/28 - contrairement à ce qu'affirme le recourant. Ce dernier a du reste affirmé que la symptomatologie dépressive était d'intensité légère dans son opposition, semblant se rallier à l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée. Au vu de ces éléments, on ne saurait s'écarter des conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, aux termes desquelles l'état psychique du recourant n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail. Par

surabondance, c'est ici le lieu de rappeler que même si le recourant présentait des troubles psychiques suffisamment graves pour avoir des répercussions sur sa capacité de travail, l'intimée n'en répondrait que si un lien de causalité adéquat pouvait être admis eu égard aux circonstances concrètes, conformément aux critères dégagés par la jurisprudence, dont la réalisation n'a pas été examinée en l'espèce. Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant était à même de reprendre une activité adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. En particulier, le grief du recourant portant sur le fait que l'intimée ait admis une capacité résiduelle de travail sans lui avoir octroyé de mesure de réadaptation professionnelle tombe à faux, puisque l'assurance-accidents n'alloue pas de telles prestations (ATF 134 V 189 consid. 2.3).

## E. 12

Il convient à présent d'examiner si le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée est correct. En préambule, on soulignera dans ce cadre que le recourant ne saurait se prévaloir du degré d'invalidité retenu par l'OAI, notamment au motif que la décision de cet assureur n'était pas entrée en force au moment où l'intimée a statué sur son invalidité. a) S'agissant du revenu sans invalidité, le recours au revenu tiré de la convention collective de travail du domaine de la construction n'est pas critiquable dans son principe, conformément à la jurisprudence citée. En particulier, eu égard au fait que les rapports de travail du recourant ont été résiliés avant la survenance de son accident, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas tenu compte des salaires que le recourant aurait pu réaliser au service de son employeur. On notera du reste que les salaires réellement perçus ne sont guère supérieurs aux revenus minimaux prévus par la convention collective de travail. L'intimée n'ayant fourni aucune autre précision sur la manière dont le revenu sans invalidité a été fixé, la chambre de céans ne peut contrôler son calcul. Quoi qu'il en soit, le revenu sans invalidité peut être fixé comme suit. L'art. 42 de la Convention nationale du secteur de la construction (CN) 2016-2018 prévoit notamment les classes de salaire suivantes : classe C pour un travailleur de la construction sans connaissance et classe B pour un travailleur de la construction avec connaissances professionnelles mais sans certificat professionnel, qui, du fait de sa bonne qualification a été promu par l'employeur de la classe de salaire C dans la classe de salaire B. Selon l'annexe 9 à la CN, le canton de Genève est situé en zone rouge.

A/3991/2017 - 26/28 - L'art. 41 al. 2 CN fixe notamment les salaires de base suivants pour les classes de salaire B et C dans la zone rouge : CHF 5'112.- par mois et CHF 29.05 par heure pour la classe B et CHF 4'548.- par mois et CHF 25.85 pour la classe C. Selon les art. 49 et 50 CN, les travailleurs ont droit à un 13ème salaire, cas échéant versé au pro rata temporis. La Convention complémentaire «Genève» à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse prévoit à son art. 1 al. 1 let. b qu'une pause est payée à raison de 2.9 % du salaire brut mensuel. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à CHF 68'383.20, soit 13 mensualités de CHF 5'112.- multipliées par 2.9 % pour tenir compte de la pause payée. b) Quant au revenu avec invalidité, le recours aux revenus statistiques ne prête pas non plus flanc à la critique, à la lumière de la jurisprudence rappelée ci-dessus. On soulignera en particulier que le caractère mono-manuel de l'activité adaptée ne suffit pas à exclure l'applicabilité du revenu de niveau 1 tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS. En effet, cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). Le

Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalidité soit fixé en référence à ce revenu dans le cas d'activités mono-manuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C\_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Il n'était ainsi pas nécessaire que l'intimée détermine précisément les activités entrant en ligne de compte eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant. Selon l'ESS de 2014 (tableau TA1\_skill\_level), le revenu d'activités de niveau 1 pour un homme est de CHF 5'312.- par mois, soit CHF 63'744.-. Indexé à 2016 dès lors que l'évolution des salaires en 2017 n'est pas encore connue, et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu sans invalidité est ainsi de CHF 67'052.40. Compte tenu de l'abattement de 25 %, ce revenu est réduit à CHF 50'289.-. c) La comparaison avec le revenu sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 26.46 %, qui doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3), soit 26 %.

### **E. 13**

Reste à examiner le montant de la rente à laquelle le recourant a droit. Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident; est 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). L'art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance- accidents (OLAA - RS 832.202) définit le gain assuré comme le salaire déterminant

A/3991/2017 - 27/28 - au sens de la législation sur l'AVS, compte tenu des dérogations suivantes: sont également assurés les salaires non soumis aux cotisations de l'AVS en raison de l'âge de l'assuré (let. a) ; font également partie du gain assuré les allocations familiales qui, au titre d'allocation pour enfants, d'allocation de formation ou d'allocation de ménage, sont versées conformément aux usages locaux ou professionnels (let. b) ; pour les membres de la famille de l'employeur travaillant dans l'entreprise, les associés, les actionnaires ou les membres de sociétés coopératives, il est au moins tenu compte du salaire correspondant aux usages professionnels et locaux (let. c) ; les indemnités versées en cas de résiliation des rapports de travail, lors de la fermeture ou de la fusion d'entreprises ou en des circonstances analogues, ne sont pas prises en compte (let. d). L'art. 24 al. 1 OLAA précise que si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités. L'intimée ne donne aucune explication sur les calculs qui lui permettent d'aboutir au gain assuré de CHF 67'365.-. Or, on peut admettre que si le recourant n'avait pas connu de période de chômage, il aurait à tout le moins perçu le revenu annuel prévu par la CN, soit CHF 68'383.20. A ce montant s'ajoutent les allocations familiales, conformément à la disposition réglementaire précitée. Ces allocations n'ont plus été versées dès le 1er avril 2013 dès lors que le recourant n'a plus été salarié dès cette date (cf. art. 13 al. 1 de la loi fédérale sur les allocations familiales [LAF – RS 836.2]). Les allocations versées durant l'année précédant l'accident s'élèvent à CHF 12'000.- (soit un montant mensuel de CHF 1'500.- versé d'août 2012 à mars 2013). Ce montant ajouté au salaire que l'assuré aurait perçu dans l'année précédant l'accident sans période de chômage de CHF 68'383.20 représente ainsi un gain assuré de CHF 80'383.20. Aux termes de l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à

80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. En l'espèce, le 80 % du gain assuré correspond à CHF 64'306.60. La rente s'élève à 26 % de ce montant, soit CHF 16'719.70 par an et CHF 1'393.30 par mois.

**E. 14**

Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est très partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'000.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPG).

A/3991/2017 - 28/28 - 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.