

GE_GERICHTE ATAS/212/2010 vom 2. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_212_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/212/2010 du 2 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/212/2010 del 2 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales

A/3343/2009 - 11/22 - 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). Sa compétence 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). Il y a lieu de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié la notion d'accident selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA est toujours d'actualité. En l'espèce, tant la question de l'octroi d'une éventuelle rente d'invalidité à partir du 1er octobre 2007 que celle de la surindemnisation portant sur la période du 1er septembre 2000 au 31 décembre 2003, devront être traitées eu égard aux dispositions de la LPGA qui sont applicables. Il sera revenu en détail par la suite sur la question de l'applicabilité de la LPGA à la surindemnisation. Quant aux règles de procédure, 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). Les dispositions de procédure contenues dans la LPGA sont dès lors applicables.

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 38 al. 4 let b et 56 à 61 LPGA).

E. 4

Les questions litigieuses portent sur le lien de causalité entre les troubles psychiques de l'assuré et l'événement survenu en date du 1er septembre 2000, son degré d'invalidité, ainsi que sur le calcul de la surindemnisation effectué par la SUVA pour la période du 1er septembre 2000 au 31 décembre 2003, et en particulier sur le gain présumable de l'assuré durant cette période.

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA - art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

E. 6

En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 1er septembre 2000 répond à la définition précitée.

A/3343/2009 - 12/22 -

E. 7

La question du lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident de septembre 2000 doit tout d'abord être tranchée.

E. 7.2

p. 367; 126 III 41 consid. 2 p. 43 et les références). Cela n'exclut pas de prendre en considération, dans le calcul de surindemnisation selon l'art. 69 al. 1 LPGGA, les indemnités journalières de l'assurance-accidents et les rentes versées rétroactivement par l'assurance-invalidité. Par ailleurs, le principe de concordance personnelle implique que les prestations des différents assureurs sociaux n'entrent en considération dans le calcul de surindemnisation que si elles reviennent au même ayant droit (arrêt du Tribunal fédéral U 53/07 du 18 mars 2008 consid. 5.1 et les références). b) En l'espèce, de septembre 2000 à décembre 2003, tant les indemnités journalières obtenues de la part de la SUVA que les rentes d'invalidité allouées par l'OAI dès le 1er février 2002 avaient pour fonction de compenser les conséquences somatiques et psychiques de l'accident du 1er septembre 2000 dues à l'incapacité de travail de l'assuré et constituaient un revenu de substitution pour celui-ci. Ainsi doit-il être constaté qu'il existe une concordance matérielle et personnelle au sens de l'art. 69 al. 1 LPGGA entre la rente d'invalidité et les indemnités journalières. Ces indemnités pourront dès lors être, cas échéant, réduites dans l'hypothèse d'une surindemnisation.

E. 8

a/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). a/bb) 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 (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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

A/3343/2009 - 13/22 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). b) Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). c) 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).

A/3343/2009 - 14/22 -

E. 9

a) Dans sa décision sur oppositions du 30 juillet 2009, la SUVA s'est principalement fondée sur les rapports du Dr U_____ pour nier tout rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident du 1er septembre 2000. L'assuré soutient que le Dr U_____ avait lui-même admis qu'il existait un rapport de causalité naturelle jusqu'en juin 2007. b) En juin 2007, le Dr U_____ a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation périodique et a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré avec réduction des comportements dommageables et toxicomaniaques, cependant, cette amélioration était insuffisante pour qu'il se réinsère dans le milieu professionnel. Le traitement était, d'après lui, du « registre maladie » et devait être poursuivi. En juin 2009, il a précisé que le trouble de la personnalité était présent depuis l'adolescence et qu'il pouvait se décompenser, ayant pour conséquence des troubles dépressifs, anxieux ou d'addiction. Il a ainsi conclu que ces troubles ne pouvaient pas être considérés comme étant en lien avec l'accident. c) Il doit être constaté que les déclarations de ce médecin se fondent sur un examen de l'assuré et sur son dossier. Ses observations et son appréciation sont claires et il a dûment motivé ses conclusions, qui convainquent le Tribunal de céans. Ses rapports présentent ainsi valeur probante au sens de la jurisprudence. De plus, sa position est largement confirmée par d'autres médecins, dont les rapports se trouvent également au dossier. En effet, le Dr P_____ avait notamment déjà relevé, en mai 2001, que l'anamnèse devait être étayée à la recherche d'un trouble psychique pré-traumatique et d'un abus d'alcool en particulier, et avait retenu un état dépressif, mais exclu un état de stress post-traumatique. Il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail en relation avec les troubles psychiques. Dans son expertise de septembre 2003, la Dresse S_____ a écarté l'existence d'un trouble psychique, soit notamment d'un stress post-traumatique ou d'un trouble dépressif et anxieux et a constaté que l'assuré présentait, avant l'accident, une dépendance à l'alcool, chez une personnalité narcissique, dépendance actuellement en rémission. Elle a considéré qu'en raison du contexte socioculturel et de la personnalité narcissique de l'assuré, la reprise d'une activité restait réservée « sans qu'on puisse incriminer de maladie ou trouble psychique ». Les facteurs étrangers à l'accident étaient supérieurs de 80% dans le tableau psychique. Quant au Prof T_____ ayant suivi l'assuré durant l'année 2004, bien qu'il ait attesté d'un trouble dépressif récurrent qui s'est atténué en juin 2004 et du fait qu'il n'était pas envisageable que l'assuré reprenne une activité lucrative, a également fait état que sa dépendance à l'alcool et son trouble de la personnalité n'avaient pas

A/3343/2009 - 15/22 - de rapport avec l'accident et que la personnalité émotionnellement labile était un trouble constitutionnel, présent depuis l'enfance, ce qu'il a confirmé par rapport de mars 2007. d) Au vu de ce qui précède, les rapports des autres médecins ne font

que corroborer les conclusions du Dr U _____, soit que les troubles psychiques présents chez l'assuré ne sont pas la conséquence de l'accident de septembre 2000. Ainsi, au vu de tous ces rapports concordants, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de la position du Dr U _____ et constate, au degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les troubles psychiques présentés par l'assuré n'étaient en tous les cas plus, dès juin 2007, en lien de causalité naturelle avec cet accident. Au demeurant, il peut être relevé que l'assuré a été suivi par M. C _____ dès le mois de janvier 2001, mais que ce suivi n'a duré que quelques mois. Cela conforte le Tribunal de céans dans le fait que les troubles psychiques, s'ils étaient en relation avec l'accident de septembre 2000, se sont rapidement amendés. e) Il apparaît dès lors que le rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques de l'assuré présents en juin 2007 et l'accident du 1er septembre 2000 doit être nié. Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il n'est pas nécessaire, ni opportun de revenir sur ce dernier.

E. 10

Il y a dès lors lieu de déterminer le degré d'invalidité de l'assuré eu égard à ses troubles somatiques et notamment à ses limitations fonctionnelles, afin de se prononcer sur son droit à une rente d'invalidité.

E. 11

a) En vertu de 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 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). b) Le revenu sans invalidité, soit le revenu que réaliserait l'assuré sans atteinte à la santé, doit être déterminé en prenant en considération le salaire qu'il réaliserait au plus tôt au moment du début du droit à la rente d'invalidité, sans l'atteinte à la santé, conformément à la preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V

A/3343/2009 - 16/22 - 472 consid. 4.1. et les références, arrêt du Tribunal fédéral 8C_143/2009 consid. 2.2.1) c) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de

25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc; ATFA non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2).

E. 12

a) La SUVA a retenu que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans sa profession antérieure de technicien en bâtiment et en génie civil, de sorte que son degré d'invalidité était nul, ce que l'assuré conteste, alléguant que seule une activité principalement sédentaire était envisageable. b/aa) D'un point de vue somatique, il a été constaté, ce qui n'est au demeurant pas contesté, que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles exposées par le Dr R_____ dans son rapport du 8 mai 2007, soit en évitant la marche de longue durée, la marche sur terrain inégal, la station debout de longue durée, les montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles et la position accroupie ou à genoux. On peut toutefois se poser la question de savoir si son activité antérieure, soit la profession de technicien en génie civil et bâtiment, peut entièrement être considérée comme une activité adaptée. b/bb) Pour établir sa décision sur oppositions, la SUVA s'est tout d'abord fondée sur un rapport du 12 mars 2004 de l'ETAT DE GENEVE, ancien employeur de l'assuré d'octobre 1997 à février 1999. Ce rapport indique que les tâches de l'assuré consistaient en des activités de bureau à 75% (plans sur ordinateur, diverses saisies, séances, etc.) et des activités à l'extérieur à 25% (relevés, mesures, déplacements en voiture, etc.). Cette activité nécessitait tant la station debout que la marche jusqu'à 50 mètres entre une demi-heure et 3 heures par jour ainsi que la marche en terrain accidenté, la marche de plus de 50 mètres et la montée d'escaliers pendant une période allant jusqu'à une demi-heure par jour (pièce 67 SUVA).

A/3343/2009 - 17/22 - b/cc) Elle a également sollicité de cinq entreprises du bâtiment actives à Genève diverses informations concernant les activités effectuées par un technicien en génie civil et bâtiment. Celles-ci ont fait état de taux très variables d'activités administratives (entre 30 et 80%) et d'activités à l'extérieur (entre 20 et 70%). b/dd) De plus, se trouve également au dossier la description de la profession de technicien ES en bâtiment, de laquelle il ressort qu'un tel technicien organise, supervise et dirige des travaux de construction, de rénovation du bâtiment ou de génie civil. Il est actif au bureau, notamment dans la gestion des travaux de préparation, l'établissement de plans ou encore la collaboration avec les ingénieurs et la prise de contact avec les représentants des constructeurs et des fournisseurs, mais également sur le terrain où il organise notamment le travail des entreprises, supervise le travail, résout d'éventuels problèmes techniques et vérifie la conformité des travaux effectués. Il sera précisé à cet égard que conformément à l'ensemble du dossier, cette description est proche de celle faite par son ancien employeur et correspond manifestement à sa formation. Enfin, eu égard à l'art. 23 al. 4 de l'ordonnance du DFE du 11 mars 2005 et entrée en vigueur le 1er avril 2005 concernant les conditions minimales de reconnaissance des filières de formation et des études post-diplômes des écoles supérieures, les « techniciens ET » peuvent se faire dès lors appeler « technicien dipl. ES », de sorte qu'il n'y a pas de différence entre ces deux appellations. b/ee) Enfin, le Dr W_____ a indiqué que conformément au rapport du 8 mai 2007 du Dr R_____, il existait un status de fractures des fémurs des deux côtés ainsi que des ménisectomies partielles des genoux. Les résultats des constatations objectives et radiologiques étaient favorables, de sorte que l'utilisation des cannes n'était pas nécessaire. Hormis les interférences psychiques, il n'y avait aucune raison somatique qui restreignait la capacité de

travail de l'assuré en qualité de technicien ES en bâtiment, activité qui était exigible à plein temps et sans diminution de rendement. Certes le Dr W_____ n'a-t-il pas examiné personnellement l'assuré et ne s'est-il principalement prononcé que sur sa capacité de travail dans sa profession antérieure, il s'est toutefois fondé sur les imageries médicales d'avril et octobre 2005, sur la description de l'activité de technicien ES en bâtiment, ainsi que sur le rapport final du R_____ lequel résumait le dossier, exposait son état de santé et retenait les diverses limitations fonctionnelles susmentionnées. Ce médecin a ainsi pris position en pleine connaissance des éléments principaux du dossier, de sorte que le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de son point de vue. c) En résumé, les médecins concordent sur l'entière capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Les cinq entreprises consultées ainsi que le dernier employeur de l'assuré relèvent des taux très variables d'activités administratives et d'activités à l'extérieur, étant précisé que la moitié de la journée est en tous les cas

A/3343/2009 - 18/22 - passée au bureau à effectuer des tâches administratives et que l'activité à l'extérieur d'un technicien en bâtiment consiste principalement dans l'organisation du travail des entreprises et dans la vérification de leur travail et qu'elle comporte également une part de trajets à effectuer. Finalement, le rapport du Dr W_____ ne peut pas être ignoré. Ainsi, dans la mesure où les activités d'un technicien en bâtiment sont, dans leur très grande majorité, des activités que l'assuré est capable d'exercer et que son poste est susceptible d'être adapté à ses limitations fonctionnelles, on peut, au degré de la vraisemblance prépondérante, difficilement imaginer une perte de gain liée à ses atteintes somatiques. Par conséquent, ses revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2). Son degré d'invalidité est ainsi nul, de sorte que c'est avec raison que la SUVA a refusé de lui allouer une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2007. Le recours sera dès lors rejeté sur ce point.

E. 13

Reste à se prononcer sur la restitution, pour cause de surindemnisation, des indemnités journalières allouées au titre de l'assurance-accidents obligatoire pendant la période du 1er septembre 2000 au 31 décembre 2003 et sur la compensation de cette créance avec l'arriéré de rentes de l'assurance-invalidité allouées à l'assuré.

E. 14

a) D'après la jurisprudence, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 p. 446 sv., 127 V 466 consid. 1 p. 467, 126 V 163 consid. 4 p. 166). En présence d'un état de choses durable, non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle ordinaire applicable, sauf disposition transitoire contraire ou lésion de droits acquis (ATF 121 V 100 consid. 1; arrêt H 96/03 du 30 novembre 2004 [SVR 2001 AHV n. 15 p. 48] consid. 5.2.1). Ce dernier principe vaut notamment en cas de changement des règles relatives au calcul de la surindemnisation, lorsque les faits pertinents se sont déroulés une part sous l'ancienne législation, pour une autre part sous la nouvelle législation (ATF 122 V 316 consid. 3c p. 319; cf. également arrêt du Tribunal fédéral U_53/07 du 18 mars 2008,

consid. 3.3 et Kieser, ATSG-Kommentar, 9 ad art. 82, p. 820 sv.). b) Il y a dès lors lieu de se fonder en l'espèce sur les règles de surindemnisation en vigueur depuis le 1er janvier 2003, date de l'entrée en vigueur de la LPGA.

E. 15

a) L'art. 68 LPGA prévoit que, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées.

A/3343/2009 - 19/22 - Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1er). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). En cas de surindemnisation provenant du cumul d'indemnités journalières et d'une rente, ce sont les premières qui sont réduites jusqu'à concurrence de la limite de la surindemnisation (art. 69 al. 3 LPGA a contrario ; ATFA non publié du 21 décembre 2005, K 73/05, consid. 2.2). En précisant que seules sont prises en considération dans le calcul de surindemnisation les prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable, l'art. 69 al. 1 LPGA renvoie notamment aux principes de concordance personnelle et matérielle. Il y a concordance matérielle entre les prestations si, d'un point de vue économique, elles ont la même fonction et si elles sont de même nature (cf. ATF 131 III 360 consid.

E. 16

a) Avant de pouvoir se prononcer sur la question de la surindemnisation en tant que telle, il doit encore être examiné si les prestations, dont la SUVA demande la restitution sur la base de la surindemnisation, ne sont pas prescrites. b/aa) À teneur de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées, la restitution ne pouvant toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1er). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a

A/3343/2009 - 20/22 - eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (al. 2 1ère phrase). b/bb) D'après la jurisprudence constante, les délais prévus à l'art. 25 al. 2 LPGA sont des délais de péremption (ATF 133 V 579 consid. 4.1 ; ATF 119 V 431 consid. 3a). Il y a lieu de préciser que le délai absolu de cinq ans ne commence à courir qu'à partir du moment où la prestation a effectivement été versée et non pas celui à partir duquel la prestation aurait dû être payée selon la loi (cf. ATF 127 V 484 consid. 3b/cc). Lorsque c'est le paiement de prestations arriérées par une assurance sociale qui justifie la restitution de prestations d'une autre assurance, le caractère indu des prestations à rembourser n'apparaît qu'après coup. Dans de telles circonstances, le délai de cinq ans ne peut commencer à courir qu'à partir du moment où il apparaît que ces prestations étaient indues et donc sujettes à restitution (ATF 127 V 484 consid. 3b/dd ; arrêt du Tribunal fédéral K 71/06 du 3 octobre 2007 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2008, art. 25, ad 41, p. 364). c) En l'espèce, la SUVA a reçu la décision sur opposition du 29 mai 2007 de l'OAI en date du 31 mai 2007, laquelle fixait de manière définitive les rentes d'invalidité allouées à l'assuré. Partant, en sollicitant la restitution des indemnités journalières par décision du 25 septembre 2007 reçue par l'assuré le jour suivant, le délai relatif d'un an est respecté et le délai absolu de cinq ans également. Par conséquent, le droit

de la SUVA de demander la restitution des prestations n'est manifestement pas éteint.

E. 17

Enfin, dans le cadre du calcul de la surindemnisation effectué par la SUVA, seul est litigieux le gain présumable perdu par l'assuré entre le 1er septembre 2000 et le 31 décembre 2003. L'assuré soutient à cet égard qu'il y a lieu de se fonder sur le salaire qu'il aurait obtenu en travaillant pour l'entreprise X_____ Sàrl. Quant à la SUVA, elle tient ce revenu pour improbable et s'est basée sur les données salariales de cinq entreprises actives à Genève occupant des techniciens en génie civil et bâtiment. Le Tribunal de céans constate que Monsieur X_____ a effectivement attesté au mois d'avril 2001 qu'il avait été discuté avec l'assuré d'un salaire de 6'500 fr. par mois versé treize fois l'an. Cependant, attendu que l'assuré et Monsieur X_____ devaient encore se rencontrer en date du 4 septembre 2000 pour finaliser leur accord et signer un contrat de travail, le début des relations de travail n'a pas été fixé. De plus, par jugement du 23 janvier 2003, le Tribunal de première instance du Canton de Genève a prononcé la faillite de la société X_____, laquelle a été radiée du Registre du commerce en date du 5 novembre 2003. Compte tenu des difficultés financières évidentes de cette société, il est difficile de savoir jusqu'à quelle date elle aurait pu verser son salaire à l'assuré, si celui-ci avait

A/3343/2009 - 21/22 - effectivement été engagé par cette société. En tout état de cause, l'assuré n'aurait pas perçu de salaire jusqu'à la fin de l'année 2003 et vraisemblablement n'en aurait-il même pas obtenu jusqu'au mois de janvier 2003. Ainsi, au vu de ces éléments, le Tribunal de céans considère, d'une part, que la prise en compte du salaire moyen obtenu par un technicien en génie civil et bâtiment, ayant environ trois ans d'expérience et employé dans une des cinq entreprises du bâtiment actives à Genève questionnées par la SUVA, semble être une hypothèse vraisemblable et n'apparaît pas, d'autre part, être en défaveur de l'assuré. Au demeurant, le calcul du gain présumable entre le 1er septembre 2000 et le 31 décembre 2003 ainsi que celui du montant des prestations sociales versées durant cette même période n'étant pas contestés ni d'ailleurs contestables, on ne saurait s'écarter du calcul de surindemnisation effectué par la SUVA, dont il résulte une créance de 20'019 fr. 80 en sa faveur. Cette somme pourra être compensée avec les sommes arriérées de la rente de l'assurance-invalidité (art. 20 al. 2 let. c de Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 en relation avec l'art. 50 al. 2 de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959)

E. 18

Le recours en tous points mal fondé sera dès lors rejeté.

A/3343/2009 - 22/22 -

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