

GE_GERICHTE ATAS/310/2019 vom 10. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_310_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/310/2019 du 10 avril 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/310/2019 del 10 aprile 2019

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), 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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 3

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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 (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, sont litigieuses les questions de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement médical et à refuser d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité.

E. 4

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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 LPGA). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1).

A/2392/2018 - 10/18 - c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. 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). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). e. Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Il convient, aux fins de procéder à une classification des accidents de nature à entraîner des troubles psychiques, non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6).

E. 5

Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

A/2392/2018 - 11/18 - La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, 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). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1

; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

A/2392/2018 - 12/18 -

E. 6

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). 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).

E. 7

a. 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. 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 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 p. 224 et la référence). c. S'agissant du revenu d'invalide, il doit aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère qu'il peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Dans la première hypothèse, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). d. 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 75 consid. 5b/aa-cc).

A/2392/2018 - 13/18 -

E. 8

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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. 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 351 consid. 3b/ee). 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 9

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

A/2392/2018 - 14/18 - probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 10

En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur les deux rapports de la CRR et celui du Dr M_____ met un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018. Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est pleinement capable d'occuper dans différents secteurs de l'industrie une profession sédentaire, exercée en position assise. Comme le revenu exigible de sa part dans une telle activité est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, l'assuré ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité.

E. 11

En premier lieu, il convient d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement médical. Comme cela a été précédemment exposé (cf. consid. 5), le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance. En l'occurrence, il ressort du second rapport de la CRR, daté du 23 janvier 2018, que l'intéressé est médicalement capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les médecins de la CRR ont jugé le cas médicalement stabilisé, dans la mesure où aucun traitement ne leur paraissait susceptible d'améliorer durablement cette situation. Ils ont précisé : « dans l'attente de l'évaluation du dossier par la SUVA et pour ne pas abruptement interrompre le traitement ambulatoire de physiothérapie, une série de neuf séances a été prolongée. Mais il est clair, au vu de l'évolution et des observations, qu'il n'y a pas grand-chose à attendre de cela. Nous proposons donc d'arrêter par la suite cette prise en charge ». Se ralliant à cette appréciation, le Dr M_____, dans son rapport final du 22 février 2018, a également considéré que l'état de santé était stabilisé. Il est vrai que le Dr H_____ a préconisé la prise en charge par l'assurance-accidents d'un soutien psychologique et d'une médication modifiant le seuil de la douleur. Ce médecin n'a

toutefois pas rendu vraisemblable, ni même allégué, que les traitements qu'il recommandait étaient susceptibles de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail du recourant. S'agissant plus particulièrement du soutien psychologique, c'est le lieu de relever qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles d'ordre psychique doit être d'emblée nié en présence d'un accident de peu de gravité, ce qui est le cas en l'espèce, puisque le recourant a subi une simple chute de hauteur d'homme, n'ayant eu comme conséquence immédiate qu'une contusion et une lésion méniscale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 330/00 du 14 mai 2002 consid. 3). Quant au physiothérapeute de l'assuré, il s'est borné à indiquer que mettre fin au traitement

A/2392/2018 - 15/18 - pourrait augmenter les douleurs de son patient. Or, selon la jurisprudence, il n'appartient pas à l'assureur-accidents de prendre en charge un traitement qui ne fait que soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4). En définitive, dès lors que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance requis que la poursuite du traitement médical permettrait d'améliorer sensiblement sa capacité de travail, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de le prendre en charge avec effet au 31 mars 2018.

E. 12

En second lieu, il sied de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier. a. La chambre de céans constate que les rapports de la CRR et du médecin d'arrondissement de la SUVA se rejoignent, en ce sens qu'ils parviennent à la conclusion unanime que le recourant pourrait exercer une activité professionnelle sédentaire, réalisée en position assise et ne nécessitant pas l'usage de la jambe droite. Ces rapports ont été établis en pleine connaissance du dossier, relatent les plaintes de l'intéressé, reposent sur des examens cliniques complets et leurs conclusions sont motivées, de sorte qu'ils satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). De ces rapports, il ressort que le recourant est capable de se déplacer, à tout le moins avec des béquilles. Son périmètre de marche est compris entre 20 et 30 minutes, selon la CRR. La conservation de la musculature du mollet et de la cuisse est bonne, sans amyotrophie observable. Par ailleurs, selon la CRR et le médecin d'arrondissement, il existe une nette discordance entre ses plaintes et les résultats des examens cliniques. Dans ce contexte, on ne voit pas que le recourant, qui est encore jeune, soit empêché d'exercer une activité sédentaire légère, épargnant sa jambe droite. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il faut plutôt admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées à ses problèmes de genou (arrêt du Tribunal fédéral 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/04 du 7 juillet 2015 consid. 6.1). Certes, les médecins de la CRR ont jugé « défavorable » le pronostic d'une réinsertion professionnelle. Ils ont néanmoins précisé que cela résultait essentiellement de facteurs extra-médicaux, tels qu'une focalisation excessive sur la douleur, une sous-estimation par l'intéressé de ses capacités et un contexte socio-professionnel précaire, caractérisé par une absence de formation et des problèmes financiers (litige avec l'ex-employeur et poursuites). Or, de jurisprudence constante, l'assurance-accidents n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé, tels qu'un manque de formation, par exemple (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre

2002 consid. 2.2).

A/2392/2018 - 16/18 - b. On ne trouve dans le dossier aucune pièce médicale qui contredirait l'exigibilité d'une activité adaptée, telle que décrite par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement. Les rapports succincts établis par les médecins du recourant ne discutent pas l'exigibilité d'une telle activité, dont rien ne permet au demeurant de penser qu'elle serait contraindiquée. C'est le lieu de relever que dans un premier rapport (août 2017), le Dr H_____ a répondu « a priori non » à la question de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème entravant la reprise du travail, avant de requérir, dans un rapport subséquent (juin 2018), la prise en charge d'un soutien psychologique et d'une médication antalgique, mais sans discuter la capacité de travail du recourant, en particulier dans une activité adaptée. Pour sa part, le Dr G_____ a inscrit « arrêts de travail non documentés » dans la partie du rapport intermédiaire de la SUVA consacrée à la reprise du travail. Quant au Dr B_____, il s'est limité à indiquer que l'on pouvait s'attendre à ce qu'une raideur du genou persiste à l'avenir, sans autre précision. Il est vrai que ce médecin a transmis à la SUVA plusieurs certificats d'arrêt de travail, mais ceux-ci se rapportent de toute évidence à l'activité antérieure de chauffeur-livreur et non à d'autres professions, potentiellement mieux adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, il convient de relever que dans leur rapport (avril 2018), les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont précisément enjoint l'intéressé à envisager une réadaptation professionnelle. c. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient avec l'intimée, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est pleinement capable d'exercer une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 13

Compte tenu de l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, comme l'a retenu à bon droit l'intimée, soit CHF 64'080.- (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2014, TA1_skill_level, ligne « total »). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- (CHF 64'080.- x 41.7 / 40), puis à CHF 67'675.- une fois indexé à 2017 selon l'évolution des salaires en termes nominaux, étant précisé que les statistiques pour l'année 2018 n'ont pas encore été publiées (de 2014 à 2017, l'indice est passé de 2'220 à 2'249 ; soit CHF 66'803.- x 2'249 / 2'220). Le revenu d'invalidé s'élève donc à CHF 67'675.-. Même si l'on voulait retrancher de ce montant un abattement de 25%, soit le taux maximal admis par la jurisprudence - malgré le fait que les circonstances ne justifient de toute évidence pas l'application d'un taux aussi élevé -, le revenu d'invalidé s'élèverait encore à CHF 50'756.-.

A/2392/2018 - 17/18 - Le revenu d'invalidé que le recourant pourrait réaliser malgré ses troubles du genou est donc en toute hypothèse supérieur au salaire sans invalidité qu'il aurait perçu sans accident, soit un montant incontesté de CHF 46'620.-. Il n'en résulte aucune perte de gain. Partant, c'est à juste titre que l'intimée lui a refusé l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents.

E. 14

Le recours est rejeté.

E. 15

La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). *****

A/2392/2018 - 18/18 - 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.