

# **GE\_GERICHTE ATAS/323/2020 vom 30. April 2020**

GE Cour de justice, 2020-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_323\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_323_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/323/2020 du 30 avril 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/323/2020 del 30 aprile 2020

## **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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant au 7ème jour après Pâques et du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, le recours est

---

A/1716/2019 - 15/27 - recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA; art. 89B et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

### **E. 4**

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, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de son degré d'invalidité. En revanche, le recourant ne conteste pas le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée.

### **E. 5**

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 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). c. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient 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, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut

---

A/1716/2019 - 16/27 - prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4).

## **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. 6.1**

; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_278/2010 du 26 mai 2010 consid. 2.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance- invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2066). c. S'agissant du revenu d'invalidé, 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 p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées).

---

A/1716/2019 - 18/27 - d. Depuis l'ESS 2012, certains tableaux qui servent de documents de référence pour l'assurance-invalidité ne se présentent plus sous la même forme qu'auparavant. En particulier, des « niveaux de compétences » remplacent les « niveaux de qualifications requises pour le poste de travail ». Ces niveaux de compétences ont été définis en fonction du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 constitue désormais le niveau de compétence le plus bas (alors qu'il correspondait auparavant au niveau des qualifications le plus élevé), et le niveau 4 le niveau de compétences le plus élevé (alors qu'il était le niveau des qualifications le plus bas). Le niveau 1 de l'ESS 2012 correspond donc au niveau de qualifications 4 des ESS établies jusqu'en 2010 (office fédéral des assurances sociales, lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). e. En ce qui concerne le taux d'abattement, 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien

plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1 et les références).

#### **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

---

A/1716/2019 - 17/27 - 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). Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (cf. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème édition 2015, n° 28 ad art. 16 LPGa et les références citées ; le même in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3ème édition 2016, n. 45 p. 292 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_449/2015 du 6 avril 2016 consid. 3). Ne font en revanche pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Il en va de même des allocations familiales et des remboursements de frais, qui ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (art. 6 al. 2 let. f et 9 al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants - RAVS ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/04 du 7 juillet 2005 consid.

#### **E. 8**

a. 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 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). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon

l'art. 29 al. 2 de la

---

A/1716/2019 - 19/27 - Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

### **E. 9**

Dans le cas particulier, il convient en premier lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 2012 et les troubles psychiques invoqués par le recourant (état dépressif récurrent), tels qu'ils ressortent notamment d'un rapport établi par le Dr Q\_\_\_\_\_ en juin 2019. a. En l'occurrence, le recourant a expliqué que le 28 septembre 2012, alors qu'il travaillait sur un chantier et portait de longues planches sous le bras droit, sa jambe gauche était tombée dans un trou, ce qui lui avait occasionné des éraflures au niveau du tibia gauche, des côtes droites, et des douleurs au niveau du genou, jusque dans la hanche gauche. L'assuré a consulté le jour-même le Dr C\_\_\_\_\_, lequel a retenu un diagnostic de « contusion entorse lombaire ; genou gauche ; thoracique » et fait état, notamment, de griffures de la hanche gauche, de la jambe gauche et du thorax, mais également de douleurs du ligament latéral interne (LLI) du genou, d'une tuméfaction et d'un dos bloqué, avec des douleurs L4-L5. Au regard de son déroulement et de ses conséquences, la gravité de l'accident doit tout au plus être qualifiée de moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Dans un tel cas de figure, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence). b. Considérées objectivement, les circonstances de l'accident ne peuvent être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions dont il est question, à savoir essentiellement des contusions, des éraflures et, selon le bilan IRM, des lésions méniscales du genou gauche (déchirures de grades III, respectivement II, des cornes postérieures du ménisque externe et interne), ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le critère de la gravité des lésions physiques n'est pas réalisé. c. En ce qui concerne le traitement médical, on rappellera que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt 8C\_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). En l'espèce, l'assuré a certes subi trois interventions chirurgicales en 2013, 2014 et 2016. Il convient cependant de relever que le traitement médical n'a

---

A/1716/2019 - 20/27 - consisté qu'en des mesures conservatrices (séances de physiothérapie, vélo, antalgiques et infiltrations, électrostimulation [Compex]), ce qui ne saurait être considéré comme un traitement pénible et invasif sur une longue durée (voir a contrario, pour un cas où ce critère a été admis, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne fait état d'une hospitalisation de longue durée. On ne peut dès lors pas parler d'une durée anormalement longue du traitement médical. d. Par ailleurs, le recourant n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical, entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Dans la lettre de sortie des HUG du 25 juillet 2016, les suites post-opératoires ont été jugées favorables et les douleurs « bien maîtrisées », ce qui a permis à l'assuré de retourner à domicile quatre jours après l'intervention. L'allégation du recourant selon laquelle l'allogreffe du ménisque serait considérée par « certains médecins » – il s'agit en réalité d'un seul médecin – comme une intervention de nature expérimentale ne permet pas de conclure que ce geste chirurgical constituerait une erreur médicale. La note d'entretien téléphonique à laquelle l'intéressé se réfère fait seulement état de doutes qu'aurait exprimé l'un de ses médecins sur le bénéfice thérapeutique qu'une allogreffe était susceptible d'apporter (« [...] il ne croyait pas que cette opération de greffe puisse apporter une amélioration, pour lui il s'agit d'une intervention expérimentale »). Cela ne suffit pas pour autant à démontrer que le choix de pratiquer cette intervention relèverait d'une erreur médicale. e. S'agissant du critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (cf. arrêt 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références). En l'occurrence, les rapports établis par le Dr I\_\_\_\_\_ en décembre 2013 et janvier 2014, suite à la première opération (ménisectomie externe), font état de fortes douleurs au niveau de la rotule gauche, d'un pronostic défavorable, d'une évolution négative et d'une « persistance [...] du statut neurologique sur SPE ». L'IRM réalisée en février 2014 a montré, entre autres, une importante délamination du cartilage de la crête patellaire, un fibrome bénin de la métaphyse distale du fémur, une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et une lésion oblique de la corne postérieure résiduelle du ménisque externe, associée à un œdème osseux sous- chondral. Suite à la seconde intervention chirurgicale (synovectomie partielle et ablation de la corne postérieure du ménisque externe), le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état, en octobre 2014, d'une amyotrophie du quadriceps et d'un Morton du côté gauche, tandis que le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté, en novembre 2014, d'une chondropathie fémoro-patellaire post-opératoire et d'un échec du traitement conservateur. Pour le reste, les suites opératoires de la troisième intervention (transplantation d'une allogreffe de ménisque latéral) ont été jugées favorables. Compte tenu des troubles mis en évidence suite à la première opération, notamment au niveau du cartilage, on pourrait éventuellement admettre que l'assuré a subi des difficultés en cours de

---

A/1716/2019 - 21/27 - guérison, voire des complications importantes. Ce critère n'a toutefois pas revêtu une intensité particulière. f. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein

temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Cela étant dit, les avis exprimés par les médecins d'arrondissement en mars 2016 et avril 2018, selon lesquels le recourant est objectivement en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sont intervenus plus de trois ans, respectivement plus de cinq ans après l'accident, ce qui constitue une durée relativement longue. À l'instar de l'intimée, on peut considérer que ce critère est réalisé, toutefois sans l'être de manière frappante. g. S'agissant enfin du critère de la persistance des douleurs physiques, il peut être admis, comme le concède d'ailleurs l'intimée. Il n'a toutefois pas non plus revêtu une intensité particulière. En effet, il ne ressort pas des déclarations de l'assuré qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.5). h. En fin de compte, seuls trois critères tout au plus sur les quatre requis sont réalisés en l'espèce. Aucun d'entre eux ne l'est d'une manière marquée. Cela est insuffisant pour que l'accident du 28 septembre 2012 soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques du recourant.

#### **E. 10**

À ce stade, il convient de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, au regard de ses seuls troubles somatiques. La décision attaquée, fondée sur le rapport final établi par le Dr P\_\_\_\_\_ en avril 2018, la juge entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. a. La chambre de céans constate que le rapport final du Dr P\_\_\_\_\_, bien que succinct, a été établi en pleine connaissance du dossier, relate les plaintes de l'assuré et repose sur un examen clinique complet. Ses conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité permettant d'alterner les positions et de travailler en position assise, idéalement avec les jambes étendues, ne nécessitant par ailleurs ni piétinement, ni montées et descentes d'escaliers, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). De ce rapport, il ressort notamment que le genou de l'assuré est sec, que la mobilité des articulations sus- et sous-jacentes est normale et la marche est relativement souple, sans boiterie. De son côté, l'assuré indique qu'il se déplace à vélo, qu'au-delà de quinze minutes, la marche génère des douleurs et qu'avec sa voiture automatique, il peut conduire, sans pause, environ 40 km au maximum. Contre les

---

A/1716/2019 - 22/27 - douleurs, il utilise du Brufen, du Dafalgan et de la glace. Dans ce contexte, on ne voit pas que le recourant, qui est encore jeune (NDR : il était âgé de 28 ans au moment de l'examen du Dr P\_\_\_\_\_), soit empêché d'exercer une activité sédentaire légère, permettant d'épargner sa jambe gauche. 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. b. Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ convergent avec celles du Dr N\_\_\_\_\_, dont le rapport de mars 2016 jugeait également exigible l'exercice, à plein temps, d'une activité adaptée. Elles rejoignent également le point de vue exprimé par le chirurgien de l'assuré, le Dr O\_\_\_\_\_, lequel a préconisé, dans son rapport de février 2017, une reconversion professionnelle dans une activité moins physique que la profession antérieure. Les médecins des HUG se sont également prononcés en faveur d'une reconversion professionnelle, dans un rapport établi en août 2016. c. S'agissant du rapport des EPI

invoqué par le recourant, daté du 15 avril 2019, ses conclusions divergent certes, à première vue, de celles des Drs P\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, puisqu'il relate que l'intéressé a besoin de réduire son temps de travail en fonction de ses douleurs et que son intégration sur le marché primaire du travail semble irréaliste à ce stade, tout en préconisant par ailleurs une aide de l'assurance-invalidité en vue d'une réinsertion professionnelle. Cela étant, on ne saurait attribuer à ce document une portée décisive : selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). En outre, les conclusions des EPI tiennent notamment compte du fait que l'assuré « rencontre d'importantes difficultés d'apprentissage liées à un niveau de français insuffisant », ce qui, selon les EPI, rendrait problématique l'accès à certains postes ou à certaines formations. Or, l'assurance-accidents n'a pas à répondre de la diminution de la capacité de gain due à des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé, tels que des difficultés linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). d. Quant au rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ de juin 2019, produit par l'assuré à l'appui de son recours, il ne permet pas davantage de s'écarter des conclusions des médecins d'arrondissement. Ce psychiatre, qui suit l'assuré depuis novembre 2016, a certes considéré que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était limitée à 50%, en raison d'un état dépressif récurrent (F 33.2). Toutefois, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Comme cela a déjà été exposé, la chute qu'a subie l'assuré en septembre 2012 n'a entraîné que des contusions, des éraflures et des lésions méniscales du genou gauche. En l'absence d'une relation de causalité adéquate

---

A/1716/2019 - 23/27 - avec l'accident du 28 septembre 2012, l'intimée ne répond pas des troubles psychiques qui, selon le Dr Q\_\_\_\_\_, limiteraient la capacité de travail. e. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans se rallie aux conclusions des médecins d'arrondissement de la SUVA, qui coïncident avec l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ et des médecins des HUG. Il en résulte, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de ferrailleur mais entière, sous l'angle somatique, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 18 avril 2018 au plus tard, date de l'examen du Dr P\_\_\_\_\_.

## **E. 11**

À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité, que l'intimée a fixé à 8,3%, sur la base d'une comparaison des gains. a. Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a estimé le revenu sans invalidité à CHF 66'155.- pour 2018 en se fondant sur la CN. Au stade de la réponse, puis de la duplique, elle a légèrement modifié son calcul pour aboutir finalement à un résultat de CHF 66'078.-. De son côté, le recourant, qui se réfère lui aussi à la CN, se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 83'098.-. Les parties divergent notamment sur la question de l'horaire habituel de travail et sur la prise en considération d'heures supplémentaires dans le calcul du revenu sans invalidité. À ce propos, le recourant soutient qu'antérieurement à l'accident, son horaire de travail était de 45 heures par semaine, ce qui impliquerait 4,5 heures de travail supplémentaire par semaine (rémunérées

à 125%). Comme cela a été précédemment exposé, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. 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. Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative soumis aux cotisations AVS, y compris la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière (cf. supra consid. 7). En ce qui concerne la durée du travail et les heures supplémentaires, les dispositions pertinentes de la CN, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018, sont les suivantes : « Durée du travail Total des heures annuelles de travail déterminant : 2'112 h/année. L'entreprise fixe la durée hebdomadaire du travail dans un calendrier qui doit être établi au plus tard en fin d'année pour l'année suivante. Cadre de la durée journalière et hebdomadaire du travail : 37,5h (5x7,5h) au minimum, 45h (5x9h) au maximum. Dispositions détaillées concernant les dérogations. Pause obligatoire de travail pour le canton de Genève : 15 minutes dans la matinée toute l'année (ne compte pas dans le temps de travail effectif ; payée à raison de 2,9 % du salaire brut mensuel) ».

---

A/1716/2019 - 24/27 - « Heures supplémentaires Durée hebdomadaire du travail >48 heures : supplément de 25%. Il est permis de reporter sur le mois suivant au maximum 20 heures effectuées en plus pendant le mois en cours, pour autant et aussi longtemps que le solde total ne dépasse pas 100 heures. Toutes les autres heures supplémentaires effectuées dans le mois en cours doivent également être indemnisées à la fin du mois suivant au salaire de base. L'employeur est autorisé à exiger du travailleur la compensation entière ou partielle du solde d'heures supplémentaires par un temps libre d'égale durée. Le solde des heures supplémentaires doit être complètement compensé jusqu'à fin mars de chaque année. Si cela n'est pas possible, le solde restant doit être indemnisé à la fin de mars avec un supplément de 25% ». En l'occurrence, il est vrai que la déclaration de sinistre reçue par la SUVA mentionne un horaire de travail de 45 heures par semaine. Toutefois, il ne ressort pas du dossier que, dans les faits, l'assuré aurait effectué des heures supplémentaires, a fortiori de manière régulière. Comme le fait remarquer l'intimée, c'est lorsqu'un salarié travaille plus de 48 heures par semaine qu'il peut prétendre à un supplément de 25% pour ses heures supplémentaires. Selon ses fiches de salaire, l'assuré n'a pas travaillé plus de 48 heures par semaine, de sorte que c'est à tort qu'il tient compte dans son calcul de 4,5 heures de travail par semaine payées à 125%. Ensuite, la durée normale du travail prévue par la CN est annualisée et correspond à 2'112 heures par année, soit 176 heures par mois. Or, sur la base de ses fiches de salaire (abstraction faite de celle, illisible, du mois d'avril 2012), l'assuré n'a travaillé en moyenne que 151 heures par mois (1209,25 heures / 8 mois) entre janvier et septembre 2012, chiffre inférieur à la durée normale du travail prévue par la CN. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'heures supplémentaires dans le calcul du revenu sans invalidité. Selon la CN, l'assuré aurait réalisé en 2018 un salaire horaire de CHF 25,85. En outre, il aurait eu droit à une pause rémunérée à hauteur de 2,9% du salaire brut, à une indemnité de vacances de 10,64% (ce taux correspond à 5 semaines de vacances par année) et à une indemnité pour jours fériés de 3,96% (9 [jours fériés] : 227 [nombre de jours travaillés par année] x 100 = 3,96%). À ce propos, on relèvera incidemment que 9 jours fériés correspondaient à un jour ouvrable en 2018 dans le canton de Genève et que, durant cette année-là, l'assuré aurait travaillé 227 jours (365 jours - 52 [dimanches] - 52 [samedis]

- 9 [jours fériés] - 25 [jours de vacances] = 227 jours). En tenant compte de ces différents suppléments, le salaire horaire s'élève à CHF 30,36 (25,85 + [25,85 x (10,6% + 3,96% + 2,9%)]). Lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4 et les références). Par conséquent, il convient de déduire des 2'112

---

A/1716/2019 - 25/27 - heures annuelles prévues par la CN les vacances (5 semaines à 40,5 heures chacune, soit 202,5 heures) et les jours fériés intervenus en 2018 (9 jours comprenant chacun 8,1 heures, soit 72,9 heures), ce qui donne 1'836,60 heures de travail. En multipliant cette durée par le salaire horaire (CHF 30,36), on obtient un salaire annuel de CHF 55'759.-. Il convient encore d'y ajouter le 13ème salaire de CHF 4'645.- (8,33% de CHF 55'759.-) et l'indemnité forfaitaire journalière de CHF 25.-, qui correspond à un montant de CHF 5'675.- pour l'année (227 jours x CHF 25.-). Ce faisant, on obtient un revenu sans invalidité pour 2018 de CHF 66'079.-. On relèvera que cette évaluation paraît plutôt favorable au recourant, dès lors que, si l'on avait voulu estimer son revenu sans invalidité sur la base de ses fiches de salaire, on aurait obtenu un salaire annuel de l'ordre de CHF 52'160.- pour 2012 (CHF 34'775.- / 8 x 12), chiffre largement inférieur au revenu sans invalidité retenu par l'intimée, même en tenant compte de l'évolution des salaires. b. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 60'665.- en se référant à l'ESS 2016 (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1) et en tenant compte d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant fait valoir que cette table statistique couvre tous les secteurs professionnels, y compris celui de la production, dans lequel il estime ne plus pouvoir travailler. À son sens, il conviendrait de se référer au salaire du secteur des services et d'augmenter l'abattement à 25% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles importantes, de sa nationalité étrangère, de sa méconnaissance du français, de son absence de formation et de son faible nombre d'années de services. En l'occurrence, vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1) dans le secteur privé, soit CHF 64'080.- par année (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, ligne total). Quoiqu'en dise le recourant, il y a lieu d'admettre qu'au regard du large éventail d'activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles correspondent à des travaux légers pouvant être effectués en position essentiellement assise (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 2005 consid. 6.1). Cette valeur statistique s'applique au demeurant 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, ce qui est le cas du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3). 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.-

---

A/1716/2019 - 26/27 - (CHF 64'080.- x 41,7 / 40), puis à CHF 67'429.- une fois indexé à 2018 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2016 à 2018, l'indice est passé de 2'239 à 2'260 ; soit CHF 66'803.- x 2'260 / 2'239). Moyennant un abattement de 10%, tel qu'évalué par l'intimé, on obtient un revenu d'invalidé de CHF 60'686.- (CHF 67'429.- x 0,9), lequel correspond à quelques francs près au chiffre retenu par l'intimée. c. Le recourant conteste le taux d'abattement (10%) qu'a retenu l'intimée pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Toutefois, il ne soulève aucun argument qui permettrait de s'écarter de ce taux de 10% : pour le fixer, l'intimée a déjà tenu compte de ses limitations fonctionnelles. S'agissant du critère des années de service, il n'entre pas en considération. Selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. De surcroît, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1). En ce qui concerne les difficultés linguistiques invoquées, il convient de relever que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). Quant à la nationalité étrangère, elle ne joue pas de rôle en l'occurrence, dès lors que le recourant est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3 et I 764/06 du 19 juin 2007). Pour le reste, il convient de relever que le Tribunal fédéral a appliqué des réductions de 5 à 10% dans plusieurs causes impliquant des limitations fonctionnelles similaires (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.3, 8C\_227 du 17 mai 2018 consid. 5 et 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3). Le taux d'abattement retenu par l'intimée ne prête donc pas le flanc à la critique. d. En définitive, la comparaison des revenus déterminants conduit à un degré d'invalidité de 8,2% (66'079 – 60'686) / 66'079), inférieur à 10% et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

#### **E. 12**

Mal fondé, le recours est rejeté.

#### **E. 13**

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

---

A/1716/2019 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :