

GE_GERICHTE ATAS/417/2021 vom 6. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_417_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/417/2021 du 6 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/417/2021 del 6 maggio 2021

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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 4

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). L'art. 38 LPGA prévoit que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 3 let. c). b. En l'occurrence, la décision litigieuse du 12 décembre 2018 a été notifiée au conseil du recourant le lendemain, de sorte que le délai de recours est arrivé à échéance le 28 janvier 2019, compte tenu de la suspension précitée. L'enveloppe du recours a été timbrée le 29 janvier 2019. Cependant, une recherche sur le site Internet de la Poste permet de confirmer que cet acte, daté du 28 janvier 2019 et envoyé par courrier recommandé, a bien été déposé le 28 janvier 2019, à 23h55.

A/372/2019 - 14/26 - c. Partant le recours, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, est recevable.

E. 6

Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du recourant.

E. 7

a. 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 LPGa ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). L'art. 18 al. 1 LAA dispose que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase LAA).

E. 8

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

A/372/2019 - 15/26 - c. 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 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH - RS 0.101]), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner toutes les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). La jurisprudence a rappelé que le caractère convenable d'un DPT en regard de l'éloignement entre le lieu de travail

A/372/2019 - 16/26 - prévu et le domicile ne peut pas être déterminé à l'avance et d'une manière générale, mais qu'il doit être examiné en fonction de la situation de santé et personnelle de l'assuré ainsi que de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 7.3).

E. 9

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). b. Selon la jurisprudence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas

pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du

E. 12

a. 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 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. 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 LPG), 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. À 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

A/372/2019 - 19/26 - 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. 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il

A/372/2019 - 20/26 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 13

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).

E. 14

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 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. 15

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

E. 16

En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 12 décembre 2018, l'intimée a octroyé au recourant le droit à une rente, calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 61%. Elle a retenu, conformément aux conclusions des Drs P_____ et Q_____, que l'intéressé ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'il demeurerait apte à travailler à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A/372/2019 - 21/26 -

E. 17

La chambre de céans constate tout d'abord que les rapports des Drs P_____ et Q_____ ont été établis en pleine connaissance de cause, sur la base du dossier complet du recourant qui contient de nombreuses appréciations fondées sur un examen personnel de l'intéressé, à l'instar des rapports des Drs L_____, E_____ et K_____, de la Dresse O_____ et des différents spécialistes œuvrant à la CRR. Les médecins-conseils de l'intimée ont étudié toutes les pièces médicales pertinentes, y compris les rapports radiologiques, ont tenu compte des plaintes du recourant et ont livré des conclusions motivées et convaincantes. Leurs rapports remplissent donc en principe les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 18

a. En ce qui concerne les atteintes à la santé, les Drs P_____ et Q_____ ont pris en considération le diagnostic principal posé par les médecins de la CRR, soit une paraplégie

incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10 suite à une myélopathie du cône médullaire, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle sur un polytraumatisme le 6 août 2014. Ils ont estimé que ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice, à 50%, d'une activité essentiellement sédentaire et peu contraignante, ne requérant pas le port de charges supérieures à 10 kg, de marche en terrain accidenté, de longs déplacements et des stations statiques prolongées. b. Le recourant ne conteste ni les diagnostics posés ni les limitations fonctionnelles retenues. Il soutient en revanche que ses atteintes à la santé entraînent une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée. c. La chambre de céans rappelle que les conclusions des Drs P_____ et Q_____ sont notamment fondées sur les documents établis lors du dernier séjour du recourant à la CRR, où une mesure d'évaluation des capacités professionnelles a permis de constater qu'il était apte à travailler sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives dans des activités à faibles contraintes physiques et permettant l'alternance des positions. Le recourant ne fait valoir aucune argumentation objective à l'encontre de cette appréciation, se contentant de rappeler les douleurs persistantes qu'il avait signalées dès son arrivée aux ateliers. Or, ces douleurs, au demeurant soulagées par la prise de médicaments (cf. rapports de la CRR des 2 octobre 2015 et 10 août 2017), ont bien été prises en considération, puisque seule une activité permettant l'alternance des positions a été considérée comme adaptée compte tenu des douleurs relatées, cotées à 3/10 EVA au repos et à 7/10 EVA après 30-60 minutes de marche et 30 minutes de position statique assise (cf. rapport de physiothérapie du service de paraplégie de la CRR).

A/372/2019 - 22/26 - On perçoit d'ailleurs mal les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer une activité peu contraignante et essentiellement sédentaire, sans port de charges lourdes et avec la possibilité de changer de positions. Il est notamment rappelé qu'il ne présente aucune restriction au niveau des membres supérieurs et qu'il souffre d'une paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10, ce qui signifie que les fonctions sensorielles et motrices sont conservées en dessous du niveau de lésion, et que la force des muscles-clés est suffisamment importante de sorte qu'elle peut être mise à contribution d'un point de vue fonctionnel (se mettre en position debout pour les transferts, éventuellement marcher avec des moyens auxiliaires, etc. ; cf. <https://community.paraplegie.ch/fr/wiki-fr/corps-complications/lesions-de-la-moelle-epiniere-et-consequences>). Il est indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne, peut se déplacer sans moyens auxiliaires chez lui, à l'aide de cannes et d'une attelle sur de courtes et moyennes distances, et peut monter et descendre des escaliers à l'aide de ses cannes. Il a repris la conduite de sa moto et n'utilise un fauteuil roulant manuel que pour parcourir de longues distances ou en cas de fatigue. Comme déjà rappelé, ses douleurs sont soulagées par le traitement médicamenteux. Enfin, les rapports des Drs L_____ et K_____, lesquels ont régulièrement rapporté une évolution et un pronostic favorables, ne font état d'aucun élément qui s'opposerait à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 50%. d. Partant, en l'absence de tout indice susceptible de remettre en cause les conclusions des médecins-conseils de l'intimée, leur appréciation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues peut être confirmée.

a. Le recourant allègue souffrir d'un état dépressif persistant en lien avec le sinistre assuré, et ce sans produire la moindre pièce à l'appui de ses allégations et sans préciser la date d'apparition de ce trouble psychique. b. La chambre de céans rappelle que l'intéressé a consulté la Dresse M_____ entre le 16 mars et le 24 mai 2016. Cette psychiatre a uniquement diagnostiqué des antécédents de troubles de l'adaptation, avec une perturbation des émotions, une anxiété et une humeur dépressive, et précisé que le patient était stable, même si une aggravation émotionnelle pouvait être envisagée (cf. rapport du 19 juillet 2016). Au mois d'août 2016, le recourant a indiqué à un collaborateur de l'intimée que le suivi psychologique avait été organisé à la demande de la CRR, mais qu'il y avait mis un terme après deux séances, car il n'en avait pas besoin (cf. procès-verbal de l'intimée). Dans ces circonstances, les conclusions du Dr N_____, selon lesquelles il n'existait alors aucune pathologie active sur le plan psychiatrique (cf. rapport du

E. 21

Partant, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques.

E. 22

a. S'agissant du degré d'invalidité, bien que le recourant ne fasse valoir aucun grief à l'encontre du calcul de l'intimée, la chambre de céans constate que celui-ci est critiquable à plusieurs égards. b. Concernant le revenu avec invalidité, quatre des cinq DPT retenus par l'intimée ne sont clairement pas adaptés à la situation du recourant puisqu'ils précisent qu'une activité à temps partiel n'est pas possible (DPT n° 3745, n° 5787, n° 362411 et n° 7237). De plus, quatre DPT portent sur des postes situés dans le canton de Vaud et éloignés de Genève (96 km pour DPT n° 3745, 40 km pour le DPT n° 5787, 63 km pour le DPT n° 362411, et 59 km pour le DPT n° 7237), ce qui obligerait le recourant à se déplacer en fauteuil roulant et n'apparaît ainsi pas exigible. Il sera également relevé que le salaire d'invalidité a été fixé à CHF 27'858.-, ce qui correspond au 50% du salaire moyen de CHF 55'715.60 selon les DPT. Il s'agit

A/372/2019 - 24/26 - toutefois des DPT de 2017, alors que le droit à la rente du recourant a pris naissance le 1er mars 2018. L'intimée aurait donc dû indexer le revenu retenu à l'évolution des salaires. c. Quant au revenu sans invalidité (CHF 72'061.-), il ressort du dossier de l'intimée que cette dernière s'est fondée sur les salaires perçus durant l'année avant le sinistre pour l'activité auprès de C_____ SA (CHF 18'517.-) et sur le salaire horaire convenu auprès de D_____ SA dès le 15 mai 2014, converti sur une année (CHF 51'991.-). La somme de ces deux montants s'élève toutefois à CHF 70'508.- et l'évolution des salaires qui semble donc avoir été prise en compte est difficilement vérifiable, en l'absence de toute explication. De surcroît, l'intimée a retenu un salaire horaire de CHF 22.73 pour D_____ SA et une indemnité de 8.30%, alors que le contrat du recourant mentionne clairement que des indemnités pour jours fériés, pour vacances et un 13ème salaire s'ajoutent au revenu de base de CHF 22.73, et que le salaire horaire s'élève à CHF 28.09. Cet employeur a ainsi indiqué un salaire horaire de CHF 28.20 pour 2017.

E. 23

Partant, le degré d'invalidité de 61% retenu par l'intimée ne peut en l'état être confirmé et la décision entreprise doit être annulée sur ce point. Dans la mesure où les parties ne se sont pas du tout prononcées sur l'application des ESS, la chambre de céans renverra la cause à

l'intimée pour qu'elle complète son enquête économique et procède à une nouvelle comparaison des revenus.

E. 24

a. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a reconnu au recourant un taux de 30%, sur la base des conclusions des rapports des Drs P_____ et Q_____. Le premier a appliqué la table n° 21.2 par analogie au diagnostic de paraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivomoteur D10, liée à une myélopathie du cône médullaire sur un polytraumatisme le 6 août 2014, avec des douleurs neurogènes et des troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle (cf. avis du 30 janvier 2017). Le second a précisé qu'une application schématique de la table 21 pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires pour un stade AIS D n'était pas appropriée, car le jambier et le fléchisseur des orteils gauches étaient les seuls muscles atteints au niveau des membres inférieurs, ce qui représentait le 20% des muscles clés de la classification ASIA (table 21.4). La paraplégie incomplète à prédominance gauche présentée par le recourant, avec une légère boiterie compensée par une attelle anti- step, correspondait à un stade AIS D-E. Étant donné que l'atteinte motrice de l'intéressé était moins grave qu'une paralysie complète du nerf sciatique et plus grave qu'une paralysie du nerf péronier, le taux se situait entre les 10% prévus pour une paralysie du nerf péronier et les 30% prévus pour une paralysie du nerf

A/372/2019 - 25/26 - sciatique. En tenant compte des symptômes associés, soit les douleurs neurogènes, les troubles neurogènes passagers de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle, le taux de 30% paraissait justifié (cf. appréciation du 11 décembre 2018). b. Le recourant pour sa part estime que sa « paraplégie irréversible » justifierait un taux de 100% (cf. écriture du 15 mai 2019). c. La chambre de céans observe que le taux requis par le recourant, lequel ne se prévaut d'aucune argumentation médicale, correspond à une tétraplégie ASIA de type A-C. Or, l'intéressé souffre d'une paraplégie incomplète de type ASIA D de niveau sensitivomoteur D10. Il ne présente aucune limitation au niveau des membres supérieurs, peut marcher sur de courtes et moyennes distances en utilisant son attelle et des cannes, n'a recouru à un fauteuil roulant que pour les longues distances ou en cas de fatigue, et demeure totalement indépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Sa situation ne saurait être assimilée à celle d'une personne tétraplégique. Aucun indice ne justifie de s'écarter de l'appréciation des Drs P_____ et Q_____, lesquels ont rédigé leurs avis en pleine connaissance du dossier et ont dûment motivé leurs conclusions.

E. 25

En l'absence de tout élément de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions convergentes des Drs P_____ et Q_____, le taux de 30% retenu par l'intimée peut être confirmé.

E. 26

Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et la décision entreprise annulée en ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité. Le dossier sera donc renvoyé à l'intimée pour nouveau calcul du droit à la rente, puis nouvelle décision motivée.

E. 27

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 800.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais,

émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]),
à charge de l'intimé.

A/372/2019 - 26/26 - 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.