

GE_GERICHTE ATAS/47/2025 vom 29. Januar 2025

GE Cour de justice, 2025-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_47_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/47/2025 du 29 janvier 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/47/2025 del 29 gennaio 2025

Erwägungen

E. 9

Il convient ensuite d'examiner à partir de quelle date le droit à la rente est né et si l'intimée était, le cas échéant, en droit de supprimer rétroactivement les indemnités journalières. Il sied à cet égard de rappeler que l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2020, mais qu'elle a finalement reconnu au recourant, par décision du 16 décembre 2020, rétroactivement une rente d'invalidité dès le 1er avril 2019, tout en révoquant le droit aux indemnités journalières déjà versées et en demandant leur restitution par compensation. Ce faisant, l'intimée se fonde sur l'expertise du C_____ de mars 2019 et l'avis de sa psychiatre conseil. L'intimée semble par la suite avoir attendu la mise en œuvre par l'OAI des mesures de réadaptation professionnelle préconisées par les experts du C_____. Toutefois, ledit office y a finalement renoncé, conformément au rapport du 8 juin 2020 de sa division de réadaptation. Le recourant conteste le droit de l'intimée de reconsidérer ou réviser sa décision d'octroi d'indemnités journalières rétroactivement.

E. 9.1.1

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte,

A/1345/2022 - 20/33 - l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les

références). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (art. 19 al. 3 LAA). En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) qui, sous le titre « Rente transitoire », prévoit à son alinéa premier que lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. a), avec la décision négative de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

E. 9.1.2

Selon la jurisprudence, une assurance-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4). La suppression du droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, d'une part, et le droit à une rente, d'autre part, constituent un seul objet de litige. Les décisions au sujet des indemnités journalières et le remboursement du traitement médical n'acquiescent force de chose jugée uniquement à partir du moment où l'assureur-accidents a statué sur la totalité de l'objet du litige.

E. 9.1.3

Selon l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. Sous la note marginale « traitement médical après la fixation de la rente », l'art. 21 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et

A/1345/2022 - 21/33 - remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (al. 1, let. b). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3). Les rechutes et les séquelles tardives supposent en règle générale que le droit au traitement médical ait pris fin. Lorsque le cas né de l'accident initial a été clos par l'octroi d'une rente d'invalidité, l'art. 11 OLAA fait dépendre le droit aux prestations d'assurance de la réalisation des conditions de l'art. 21 LAA. Cette réserve de l'art. 11 OLAA est toutefois sans portée véritable dans la mesure où les art. 21 al. 1 let. b et 21 al. 3 LAA prévoient précisément un droit aux prestations d'assurance en cas de rechute et de séquelles tardives. Lorsque ces éventualités conduisent à une aggravation durable de la

capacité de gain, la rente préexistante doit être révisée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA (André NABOLD, in Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éditeurs], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, n. 92 ad art. 6 LAA). En cas de rechute, la rente n'est pas suspendue. L'assurée peut prétendre à des indemnités journalières en plus de la rente. Celles-ci sont calculées sur la base du dernier salaire réalisé avant la rechute. Lorsque l'assuré ne réalisait pas de revenu, les indemnités journalières ne sont pas dues (SBVR Soziale Sicherheit - Jean- Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, p. 993 ch. 290)

E. 9.2.1

En l'occurrence, il n'est pas nécessaire d'examiner si les conditions de la reconsidération sont remplies pour supprimer rétroactivement le droit aux indemnités journalières et accorder une rente d'invalidité, aux conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA. En effet, comme mentionné ci-dessus, l'octroi des indemnités journalières et également le remboursement des traitements médicaux constituent des prestations provisoires, sur lesquelles l'assureur-accidents ne peut définitivement statuer qu'au moment où il prend une décision sur le droit à la rente.

E. 9.2.2

De l'expertise judiciaire ressort que les atteintes sont restées initialement stables. En 2016, le recourant a échoué à reprendre une activité moins exposée dans le cadre de son emploi à plus de 35%. L'état clinique est resté ensuite sans amélioration notable. La stabilisation de l'état de santé du recourant en mars 2019 n'a pas été mise en cause par les médecins traitants ni même par le recourant (cf. son courrier du 28

A/1345/2022 - 22/33 - octobre 2021). Sur la base d'un examen du recourant en mars 2019, les experts du C_____ considèrent également que l'état est stabilisé dès lors qu'hormis la poursuite du traitement antalgique et des troubles du sommeil, aucun traitement ne permet d'améliorer fortement et sensiblement le résultat de guérison. Ainsi, il doit être admis que l'état de santé du recourant était stabilisé en mars 2019, conformément à l'avis de la Dre I_____, et que le droit à la rente est né le mois suivant, en avril 2019. Cela étant, l'intimée était en droit de supprimer les indemnités journalières rétroactivement à mars 2019 et de les compenser avec les rentes dues.

E. 10

Quant au degré d'invalidité, il doit être examiné sur la base d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en 2019, comme relevé ci-dessus.

E. 10.1

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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 128 V 174).

E. 10.1.1

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par

A/1345/2022 - 23/33 - l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (ATF 145 V 41 consid. 5.2.1). Ces principes s'appliquent aussi dans le cas de jeunes assurés. Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 5.1 et les références, destiné à la publication). Contrairement à l'exigence de fréquentation d'un cours, la jurisprudence ne prévoit pas qu'il y ait une certitude d'engagement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 5.4, destiné à la publication). On ne peut pas déduire sans autre d'une carrière d'invalidé réussie dans un nouveau domaine d'activité que la personne assurée aurait atteint, sans invalidité, une position comparable dans son domaine d'activité habituel (ATF 145 V 141 consid. 5.2.1).

E. 10.1.2

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 (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les

salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). 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

A/1345/2022 - 24/33 - 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. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, 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. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). La table TA1_skill_level repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétences homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1). 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les

A/1345/2022 - 25/33 - références). 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). La prise en compte d'un abattement lié aux années de service n'est pas justifiée dans le cadre du choix du niveau de compétences 1 de l'ESS, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2023 du 28 mars 2024 consid. 6.2.3. et la référence).

E. 10.2.1

En l'espèce, l'intimée a pris en considération un revenu sans invalidité de CHF 183'432.- par an en 2019, après avoir adapté le salaire de 2015 à l'évolution des salaires jusqu'en 2019. Toutefois, selon le recourant, il aurait obtenu une promotion sans la survenance de l'accident. Ce faisant, il se fonde sur l'attestation du 26 janvier 2018 de son ex-employeur. Selon celle-ci, il aurait pu prétendre à un poste de responsabilité auprès du département pour lequel il travaillait et percevoir une rémunération entre CHF 230'000.- et CHF 250'000.- par année, bonus compris. Cette déclaration est claire et ne donne pas lieu à une interprétation. Cela paraît au demeurant hautement vraisemblable au vu de l'évaluation des compétences du recourant en 2014 par son ex-employeur. Ses performances ont obtenu des notes entre 2 et 3, étant précisé que la note 2 est donnée lorsque certaines attentes sont dépassées, et la note 3 lorsque les performances correspondent aux attentes. Le recourant a par ailleurs été mis au bénéfice du plan d'attribution d'actions réservé aux employés susceptibles de contribuer au succès à long terme et au développement du groupe, comme le démontre le versement en exécution de la vente des actions reçues. Cela étant, la chambre de céans tient pour établi qu'il aurait pu réaliser un salaire de CHF 240'000.- sans invalidité, soit la moyenne entre CHF 230'000.- et CHF 250'000.-.

E. 10.2.2

Quant au salaire sans invalidité, l'intimée s'est fondée sur la table TA1 des statistiques ESS de l'année 2018, en se référant au niveau de compétences 2 (tâches pratiques tel que le traitement des données et des tâches administratives, de la branche économique 69-71, comprenant des activités de comptable et de

A/1345/2022 - 26/33 - gestion). Le salaire médian pour un homme s'élève à CHF 6'453.-. En tenant compte de durée moyenne du travail (41,5h/semaine), alors que les statistiques sont fondées sur une durée de 40 heures, et après adaptation du salaire à l'évolution entre 2018 et 2019, le salaire d'invalidé déterminant est de CHF 82'018.-. Toutefois, dans ses écritures du 30 septembre 2024, elle a retenu la valeur médiane des salaires réalisés par les hommes dans toutes les activités avec un niveau de compétence 1, soit CHF 5'417.- par mois. Le recourant estime qu'il n'est plus capable de travailler dans le domaine de la comptabilité ou de la finance, raison pour laquelle il faut se référer au niveau de

compétence 1 pour les activités physiques et manuelles simples, toutes activités confondues. L'intimée l'admet finalement dans ses écritures du 30 septembre 2024, de sorte qu'il y a un consensus sur le salaire d'invalidé. En tenant compte de la durée moyenne du travail (41,5h/semaine), alors que les statistiques sont fondées sur une durée de 40 h, et après adaptation du salaire à l'évolution entre 2018 et 2019 (101,6 – 102,5 base 2015, indice des salaires nominaux 2016-2023), le salaire d'invalidé est de CHF 5'670.- par mois, soit CHF 68'040.- par an. À 50%, le salaire d'invalidé est ainsi de CHF 34'020.-. Le niveau de compétence 1 tient déjà compte des limitations fonctionnelles du recourant au niveau de la concentration et de l'attention, ainsi que de sa faible résistance au stress. Il n'y a aucune raison de procéder à un abattement supplémentaire en raison de la nationalité française du recourant, dans la mesure où il parle parfaitement le français. Dans la mesure où le salaire d'invalidé est fondé sur un niveau de compétence 1, il n'y a pas non plus lieu de procéder à un abattement en raison de l'ancienneté du recourant.

E. 10.2.3

En comparant les salaires avec et sans invalidité, il appert que la perte de gain s'élève à 85,825%. Arrondi au pourcentage supérieur, le recourant peut prétendre à une rente de 86%.

E. 10.3

Le recourant a cependant subi une décompensation avec une incapacité de travail complète de juillet à décembre 2021. Cette péjoration ne constitue toutefois pas d'une modification durable de la capacité de travail, de sorte que les conditions d'une révision de la rente pendant cette période, en application de l'art. 17 LPGA, ne sont pas remplies. Il s'agit d'une rechute limitée dans le temps qui aurait pu éventuellement ouvrir le droit aux indemnités journalières, si le recourant avait réalisé un gain avant la rechute, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

E. 11

Le recourant se fonde par ailleurs sur l'art. 24 al. 2 OLAA pour exiger une augmentation du salaire déterminant.

E. 11.1

Aux termes de cette disposition, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire

A/1345/2022 - 27/33 - déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Par ailleurs, selon l'art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an. Dès le 1er janvier 2016, ce montant a été augmenté à CHF 148'200.-.

E. 11.2

Comme relevé ci-dessus, le droit à la rente est né en avril 2019, soit moins de cinq ans après la survenance de l'accident en date du 2 mars 2015. Par ailleurs, même cinq ans après l'accident, le gain assuré au sens de l'art. 22 al. 1 OLAA reste identique. Seul le salaire déterminant pour le calcul de la rente, pour autant que ce salaire soit inférieur au montant

maximum du gain assuré, aurait pu être augmenté dans cette hypothèse.

E. 12

Le recourant réclame également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, correspondant à une atteinte moyenne selon la table 8 de la SUVA, au lieu des 35% admis par l'intimée, conformément à l'expertise du C_____. Selon les experts judiciaires, le taux d'atteinte à l'intégrité est supérieur à 35%, sans autre précision. Comme mentionné ci-dessus (cf. supra 8.2), les critères élaborés par la SIM concernant l'incapacité de travail sont en principe compatibles avec ceux figurant dans la table 8. Or, une incapacité de travail de 50% a été admise sur la base des critères de la SIM, en admettant le pourcentage d'incapacité de travail supérieur pour un trouble neuropsychologique léger à moyen pour lequel le degré d'incapacité de travail est entre 30 et 50%. Toutefois, selon la table 8, pour une atteinte moyenne, le retour à l'ancienne place de travail doit être compromis également dans des métiers ne requérant que de faibles facultés cognitives et l'assuré doit être uniquement capable d'exécuter les aspects les plus simples d'un travail. Cela ne peut être admis en l'occurrence. Selon les tests neuropsychologiques, les capacités cognitives sont certes atteintes à un degré rendant impossible le retour à l'ancien poste de travail. Cependant, comme relevé ci-dessus, un travail à temps partiel dans son domaine de compétence demeure possible avec quelques restrictions. Il est à cet égard à relever que le recourant a été élu en 2020 en tant que conseiller municipal de son village comme bénévole. Il a certes démissionné en 2021 de ce mandat à cause de sa fatigabilité et de ses difficultés de concentration dans les réunions en soirée. Cela démontre néanmoins qu'il a conservé des facultés cognitives qui dépassent les aspects les plus simples du travail.

A/1345/2022 - 28/33 - L'atteinte ne peut cependant pas non plus être qualifiée de modérée, dans la mesure où, selon la table 8, cela implique l'absence d'altération de la personnalité et un fonctionnement dans la majeure partie des exigences professionnelles intact. Partant, s'agissant d'une atteinte qui est de modérée à moyenne, il sied de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 45%, soit légèrement en-dessous du taux d'incapacité de travail admis.

E. 13

Le recourant conclut en outre à la prise en charge des traitements neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques après l'octroi de la rente.

E. 13.1

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2e phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF

116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du

E. 13.2.1

L'intimée ne reconnaît que la nécessité de la poursuite des traitements antalgiques et pour le sommeil. L'expert psychiatre judiciaire indique qu'un suivi psychiatrique est nécessaire au long cours en raison de la chronicisation des symptômes. Un traitement antidépresseur à potentiel anxiolytique serait indiqué pour améliorer les affects dépressifs de basse intensité. Il n'y a cependant pas de vraisemblance prépondérante pour admettre une modification substantielle de la capacité de travail par les traitements. En effet, aucun traitement permettrait d'améliorer notablement l'état de santé du recourant ou d'empêcher que celui-ci ne subisse une notable aggravation. L'expert psychiatre judiciaire le confirme dans sa réponse à la question du pronostic, en affirmant que les atteintes neuropsychologiques et de l'humeur resteront sans modification pour les années à venir. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il convient de conclure de ce qui précède que les traitements neurologique, neuropsychologique et psychiatrique n'amélioreraient pas de façon considérable la capacité de travail et l'état de santé. Certes, l'expert psychiatrique judiciaire juge ces traitements nécessaires, mais considère parallèlement qu'ils n'amèneraient pas la capacité de travail en indiquant « vraisemblance faible par rapport à une modification substantielle de l'employabilité ». Au demeurant, J_____ mentionne dans son rapport du 23 août 2021 qu'une prise en charge neuropsychologique est importante pour le recourant afin de maintenir ses acquis et une adaptation à ses séquelles persistantes. Elle n'atteste pas qu'un tel traitement améliorerait l'état de santé et la capacité de travail. Partant, le droit du recourant aux traitements autres qu'antalgique et par des somnifères doit être nié après la naissance du droit à la rente, sous réserve de ce qui suit.

E. 13.2.2

Toutefois, durant la décompensation de l'état de santé du recourant pendant la période de juillet à décembre 2021, le recourant a droit au remboursement des traitements neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, en vertu de

A/1345/2022 - 30/33 - l'art. 21 LAA (cf. supra consid. 9.1.3). Cependant, dans la mesure où l'intimée a remboursé à tort les traitements médicaux dès avril 2019 et n'en a pas demandé le remboursement, il sied de considérer que le droit à la prise en charge des traitements médicaux en cause est compensé par les traitements payés entre juin 2019 et le 30 novembre 2020. 14. Le recourant réclame enfin des intérêts moratoires sur les prestations rétroactives dues. 14.1 Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations d'assurances sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à

l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTRAMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 31 ad art. 26 LPGA). Compte tenu des deux délais prévus à l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus au plus tôt douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, dans la mesure où, à ce moment-là, le délai de 24 mois depuis la naissance du droit est écoulé (Sylvie PÉTRAMAND, op cit., n° 38 ad art. 26 LPGA). L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque- là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6; ATAS/559/2019 du 24 juin 2019 consid. 11a). Selon l'art. 7 de de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). 14.2 Par décision du 16 décembre 2020, l'intimée a compensé les indemnités journalières de CHF 168'460.-, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 44'100.-avec les rentes de 64%, soit de CHF 5'376.-, dues dès le 1er avril 2019. Par décision sur opposition du 16 mars 2022, il a reconnu au recourant encore un solde de CHF 41'977.-, en renonçant à reconsidérer sa décision informelle de verser les indemnités journalières du 1er juillet au 30 novembre 2020.

A/1345/2022 - 31/33 - Il n'est par ailleurs pas contesté que le recourant a régulièrement réclamé l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par conséquent, il ne fait pas de doute que l'intimée est tenue de verser un intérêt moratoire de 5% sur les rentes dues après 24 mois, ainsi que sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%. Toutefois, le calcul du moment à partir duquel elle était en demeure pour le versement de ces prestations s'avère complexe au vu de la substitution des indemnités journalières par des rentes d'un montant inférieur et des compensations intervenues. Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour déterminer le moment de la demeure et nouvelle décision sur les intérêts moratoires dus. 15. Au vu de ce qui précède, la décision dont est recours sera réformée dans le sens que le droit aux indemnités journalières est supprimé rétroactivement au 1er avril 2019. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente de 86% dès le 1er avril 2019, sous déduction des indemnités journalières et des rentes de 64% versées dès cette date. Le recourant sera également mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%. Les prestations dues portent un intérêt moratoire de 5% dès le moment où l'intimée était en retard de 24 mois. La cause sera enfin renvoyée à l'intimée pour le calcul du moment de la demeure et nouvelle décision sur les intérêts moratoires dus. 16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée 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]). 17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1345/2022 - 32/33 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

E. 18

avril 2013 consid. 1). Les cas de figure listés à cet article sont exhaustifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 5.2.2 et la référence). S'agissant de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il n'est pas exigé de la personne assurée, partiellement invalide,

qu'elle fasse effectivement usage de sa capacité résiduelle de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5 et la référence, destiné à la publication). Selon la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 let. d LAA s'applique uniquement aux bénéficiaires d'une rente d'invalidité qui présentent une incapacité totale de travail, et ce indépendamment de leur âge (ATF 124 V 52 consid. 4 ; arrêt du

A/1345/2022 - 29/33 - Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 3.1 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5, destiné à la publication). Il s'agit de prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence).

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